



**Les adolescents victimes et auteurs de violence sexuelle.  
Revue de la littérature et étude descriptive clinique  
autour d'une population d'auteurs suivis en soins**

Nicolas Gilles

► **To cite this version:**

Nicolas Gilles. Les adolescents victimes et auteurs de violence sexuelle. Revue de la littérature et étude descriptive clinique autour d'une population d'auteurs suivis en soins. Médecine humaine et pathologie. 2020. dumas-02958704

**HAL Id: dumas-02958704**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02958704>**

Submitted on 6 Oct 2020

**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.

**FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE**  
**ROUEN**

Année 2020

N°

THESE POUR LE  
DOCTORAT EN MEDECINE

Les adolescents victimes et auteurs de violence sexuelle :

Revue de la littérature et étude descriptive clinique  
autour d'une population d'auteurs suivis en soins

Présentée et soutenue publiquement le 08 Septembre 2020 à 16h

Par GILLES Nicolas

Né le 19 Juin 1990 à Saint-Saulve

JURY :

**Président** : Professeur GERARDIN Priscille

**Directeur de thèse** : Docteur PASQUIER Jean-Michel

**Assesseurs** : Professeur APTER Gisèle, Professeur MARGUET Christophe

---

**ANNEE UNIVERSITAIRE 2019 - 2020**

**U.F.R. SANTÉ DE ROUEN**

-----

DOYEN : **Professeur Pierre FREGER**

ASSESSEURS : **Professeur Michel GUERBET**  
**Professeur Benoit VEBER**  
**Professeur Guillaume SAVOYE**

|                     |
|---------------------|
| <b>I - MEDECINE</b> |
|---------------------|

**PROFESSEURS DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS**

|                                    |       |                                                      |
|------------------------------------|-------|------------------------------------------------------|
| Mr Frédéric <b>ANSELME</b>         | HCN   | Cardiologie                                          |
| Mme Gisèle <b>APTER</b>            | Havre | Pédopsychiatrie                                      |
| Mme Isabelle <b>AUQUIT AUCKBUR</b> | HCN   | Chirurgie plastique                                  |
| Mr Jean-Marc <b>BASTE</b>          | HCN   | Chirurgie Thoracique                                 |
| Mr Fabrice <b>BAUER</b>            | HCN   | Cardiologie                                          |
| Mme Soumeya <b>BEKRI</b>           | HCN   | Biochimie et biologie moléculaire                    |
| Mr Ygal <b>BENHAMOU</b>            | HCN   | Médecine interne                                     |
| Mr Jacques <b>BENICHOU</b>         | HCN   | Bio statistiques et informatique médicale            |
| Mr Olivier <b>BOYER</b>            | UFR   | Immunologie                                          |
| Mme Sophie <b>CANDON</b>           | HCN   | Immunologie                                          |
| Mr François <b>CARON</b>           | HCN   | Maladies infectieuses et tropicales                  |
| Mr Philippe <b>CHASSAGNE</b>       | HCN   | Médecine interne (gériatrie)                         |
| Mr Vincent <b>COMPERE</b>          | HCN   | Anesthésiologie et réanimation chirurgicale          |
| Mr Jean-Nicolas <b>CORNU</b>       | HCN   | Urologie                                             |
| Mr Antoine <b>CUVELIER</b>         | HB    | Pneumologie                                          |
| Mr Jean-Nicolas <b>DACHER</b>      | HCN   | Radiologie et imagerie médicale                      |
| Mr Stéfan <b>DARMONI</b>           | HCN   | Informatique médicale et techniques de communication |

|                                 |       |                                                      |
|---------------------------------|-------|------------------------------------------------------|
| Mr Pierre <b>DECHELOTTE</b>     | HCN   | Nutrition                                            |
| Mr Stéphane <b>DERREY</b>       | HCN   | Neurochirurgie                                       |
| Mr Frédéric <b>DI FIORE</b>     | CB    | Cancérologie                                         |
| Mr Fabien <b>DOGUET</b>         | HCN   | Chirurgie Cardio Vasculaire                          |
| Mr Jean <b>DOUCET</b>           | SJ    | Thérapeutique - Médecine interne et gériatrie        |
| Mr Bernard <b>DUBRAY</b>        | CB    | Radiothérapie                                        |
| Mr Frank <b>DUJARDIN</b>        | HCN   | Chirurgie orthopédique - Traumatologique             |
| Mr Fabrice <b>DUPARC</b>        | HCN   | Anatomie - Chirurgie orthopédique et traumatologique |
| Mr Eric <b>DURAND</b>           | HCN   | Cardiologie                                          |
| Mr Bertrand <b>DUREUIL</b>      | HCN   | Anesthésiologie et réanimation chirurgicale          |
| Mme Hélène <b>ELTCHANINOFF</b>  | HCN   | Cardiologie                                          |
| Mr Manuel <b>ETIENNE</b>        | HCN   | Maladies infectieuses et tropicales                  |
| Mr Thierry <b>FREBOURG</b>      | UFR   | Génétique                                            |
| Mr Pierre <b>FREGER</b>         | HCN   | Anatomie - Neurochirurgie                            |
| Mr Jean François <b>GEHANNO</b> | HCN   | Médecine et santé au travail                         |
| Mr Emmanuel <b>GERARDIN</b>     | HCN   | Imagerie médicale                                    |
| Mme Priscille <b>GERARDIN</b>   | HCN   | Pédopsychiatrie                                      |
| M. Guillaume <b>GOURCEROL</b>   | HCN   | Physiologie                                          |
| Mr Dominique <b>GUERROT</b>     | HCN   | Néphrologie                                          |
| Mr Olivier <b>GUILLIN</b>       | HCN   | Psychiatrie Adultes                                  |
| Mr Didier <b>HANNEQUIN</b>      | HCN   | Neurologie                                           |
| Mr Claude <b>HOUDAYER</b>       | HCN   | Génétique                                            |
| Mr Fabrice <b>JARDIN</b>        | CB    | Hématologie                                          |
| Mr Luc-Marie <b>JOLY</b>        | HCN   | Médecine d'urgence                                   |
| Mr Pascal <b>JOLY</b>           | HCN   | Dermato –Vénéréologie                                |
| Mme Bouchra <b>LAMIA</b>        | Havre | Pneumologie                                          |
| Mme Annie <b>LAQUERRIERE</b>    | HCN   | Anatomie et cytologie pathologiques                  |
| Mr Vincent <b>LAUDENBACH</b>    | HCN   | Anesthésie et réanimation chirurgicale               |
| Mr Joël <b>LECHEVALLIER</b>     | HCN   | Chirurgie infantile                                  |
| Mr Hervé <b>LEFEBVRE</b>        | HB    | Endocrinologie et maladies métaboliques              |
| Mr Thierry <b>LEQUERRE</b>      | HB    | Rhumatologie                                         |
| Mme Anne-Marie <b>LEROI</b>     | HCN   | Physiologie                                          |
| Mr Hervé <b>LEVESQUE</b>        | HB    | Médecine interne                                     |
| Mme Agnès <b>LIARD-ZMUDA</b>    | HCN   | Chirurgie Infantile                                  |

|                                                 |     |                                                 |
|-------------------------------------------------|-----|-------------------------------------------------|
| Mr Pierre Yves <b>LITZLER</b>                   | HCN | Chirurgie cardiaque                             |
| Mr Bertrand <b>MACE</b>                         | HCN | Histologie, embryologie, cytogénétique          |
| M. David <b>MALTETE</b>                         | HCN | Neurologie                                      |
| Mr Christophe <b>MARGUET</b>                    | HCN | Pédiatrie                                       |
| Mme Isabelle <b>MARIE</b>                       | HB  | Médecine interne                                |
| Mr Jean-Paul <b>MARIE</b>                       | HCN | Oto-rhino-laryngologie                          |
| Mr Loïc <b>MARPEAU</b>                          | HCN | Gynécologie - Obstétrique                       |
| Mr Stéphane <b>MARRET</b>                       | HCN | Pédiatrie                                       |
| Mme Véronique <b>MERLE</b>                      | HCN | Epidémiologie                                   |
| Mr Pierre <b>MICHEL</b>                         | HCN | Hépto-gastro-entérologie                        |
| M. Benoit <b>MISSET</b> ( <i>détachement</i> )  | HCN | Réanimation Médicale                            |
| Mr Jean-François <b>MUIR</b>                    | HB  | Pneumologie                                     |
| Mr Marc <b>MURAINÉ</b>                          | HCN | Ophtalmologie                                   |
| Mr Christophe <b>PEILLON</b>                    | HCN | Chirurgie générale                              |
| Mr Christian <b>PFISTER</b>                     | HCN | Urologie                                        |
| Mr Jean-Christophe <b>PLANTIER</b>              | HCN | Bactériologie - Virologie                       |
| Mr Didier <b>PLISSONNIER</b>                    | HCN | Chirurgie vasculaire                            |
| Mr Gaëtan <b>PREVOST</b>                        | HCN | Endocrinologie                                  |
| Mr Jean-Christophe <b>RICHARD</b>               | HCN | Réanimation médicale - Médecine d'urgence       |
| Mr Vincent <b>RICHARD</b>                       | UFR | Pharmacologie                                   |
| Mme Nathalie <b>RIVES</b>                       | HCN | Biologie du développement et de la reproduction |
| Mr Horace <b>ROMAN</b> ( <i>disponibilité</i> ) | HCN | Gynécologie - Obstétrique                       |
| Mr Jean-Christophe <b>SABOURIN</b>              | HCN | Anatomie - Pathologie                           |
| Mr Guillaume <b>SAVOYE</b>                      | HCN | Hépto-gastrologie                               |
| Mme Céline <b>SAVOYE-COLLET</b>                 | HCN | Imagerie médicale                               |
| Mme Pascale <b>SCHNEIDER</b>                    | HCN | Pédiatrie                                       |
| Mr Michel <b>SCOTTE</b>                         | HCN | Chirurgie digestive                             |
| Mme Fabienne <b>TAMION</b>                      | HCN | Thérapeutique                                   |
| Mr Luc <b>THIBERVILLE</b>                       | HCN | Pneumologie                                     |
| Mr Christian <b>THUILLEZ</b>                    | HB  | Pharmacologie                                   |
| Mr Hervé <b>TILLY</b>                           | CB  | Hématologie et transfusion                      |
| M. Gilles <b>TOURNEL</b>                        | HCN | Médecine Légale                                 |
| Mr Olivier <b>TROST</b>                         | HCN | Chirurgie Maxillo-Faciale                       |
| Mr Jean-Jacques <b>TUECH</b>                    | HCN | Chirurgie digestive                             |

|                               |     |                                            |
|-------------------------------|-----|--------------------------------------------|
| Mr Jean-Pierre <b>VANNIER</b> | HCN | Pédiatrie génétique                        |
| Mr Benoît <b>VEBER</b>        | HCN | Anesthésiologie - Réanimation chirurgicale |
| Mr Pierre <b>VERA</b>         | CB  | Biophysique et traitement de l'image       |
| Mr Eric <b>VERIN</b>          | HB  | Service Santé Réadaptation                 |
| Mr Eric <b>VERSPYCK</b>       | HCN | Gynécologie obstétrique                    |
| Mr Olivier <b>VITTECOQ</b>    | HB  | Rhumatologie                               |
| Mme Marie-Laure <b>WELTER</b> | HCN | Physiologie                                |

#### **MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS**

|                                                |     |                                     |
|------------------------------------------------|-----|-------------------------------------|
| Mme Noëlle <b>BARBIER-FREBOURG</b>             | HCN | Bactériologie – Virologie           |
| Mme Carole <b>BRASSE LAGNEL</b>                | HCN | Biochimie                           |
| Mme Valérie <b>BRIDOUX HUYBRECHTS</b>          | HCN | Chirurgie Vasculaire                |
| Mr Gérard <b>BUCHONNET</b>                     | HCN | Hématologie                         |
| Mme Mireille <b>CASTANET</b>                   | HCN | Pédiatrie                           |
| Mme Nathalie <b>CHASTAN</b>                    | HCN | Neurophysiologie                    |
| Mme Sophie <b>CLAEYSSSENS</b>                  | HCN | Biochimie et biologie moléculaire   |
| Mr Moïse <b>COEFFIER</b>                       | HCN | Nutrition                           |
| Mr Serge <b>JACQUOT</b>                        | UFR | Immunologie                         |
| Mr Joël <b>LADNER</b>                          | HCN | Epidémiologie, économie de la santé |
| Mr Jean-Baptiste <b>LATOUCHE</b>               | UFR | Biologie cellulaire                 |
| Mr Thomas <b>MOUREZ</b> ( <i>détachement</i> ) | HCN | Virologie                           |
| Mr Gaël <b>NICOLAS</b>                         | HCN | Génétique                           |
| Mme Muriel <b>QUILLARD</b>                     | HCN | Biochimie et biologie moléculaire   |
| Mme Laëtitia <b>ROLLIN</b>                     | HCN | Médecine du Travail                 |
| Mr Mathieu <b>SALAUN</b>                       | HCN | Pneumologie                         |
| Mme Pascale <b>SAUGIER-VEBER</b>               | HCN | Génétique                           |
| Mme Anne-Claire <b>TOBENAS-DUJARDIN</b>        | HCN | Anatomie                            |
| Mr David <b>WALLON</b>                         | HCN | Neurologie                          |
| Mr Julien <b>WILS</b>                          | HCN | Pharmacologie                       |

#### **PROFESSEUR AGREGE OU CERTIFIE**

|                                 |     |               |
|---------------------------------|-----|---------------|
| Mr Thierry <b>WABLE</b>         | UFR | Communication |
| Mme Mélanie <b>AUVRAY-HAMEL</b> | UFR | Anglais       |

## II - PHARMACIE

### PROFESSEURS

|                                                   |                      |
|---------------------------------------------------|----------------------|
| Mr Thierry <b>BESSON</b>                          | Chimie Thérapeutique |
| Mr Roland <b>CAPRON</b> (PU-PH)                   | Biophysique          |
| Mr Jean <b>COSTENTIN</b> (Professeur émérite)     | Pharmacologie        |
| Mme Isabelle <b>DUBUS</b>                         | Biochimie            |
| Mr François <b>ESTOUR</b>                         | Chimie Organique     |
| Mr Loïc <b>FAVENNEC</b> (PU-PH)                   | Parasitologie        |
| Mr Jean Pierre <b>GOULLE</b> (Professeur émérite) | Toxicologie          |
| Mr Michel <b>GUERBET</b>                          | Toxicologie          |
| Mme Isabelle <b>LEROUX - NICOLLET</b>             | Physiologie          |
| Mme Christelle <b>MONTEIL</b>                     | Toxicologie          |
| Mme Martine <b>PESTEL-CARON</b> (PU-PH)           | Microbiologie        |
| Mr Rémi <b>VARIN</b> (PU-PH)                      | Pharmacie clinique   |
| Mr Jean-Marie <b>VAUGEOIS</b>                     | Pharmacologie        |
| Mr Philippe <b>VERITE</b>                         | Chimie analytique    |

### MAITRES DE CONFERENCES

|                                            |                             |
|--------------------------------------------|-----------------------------|
| Mme Cécile <b>BARBOT</b>                   | Chimie Générale et Minérale |
| Mr Jérémy <b>BELLIEN</b> (MCU-PH)          | Pharmacologie               |
| Mr Frédéric <b>BOUNOURE</b>                | Pharmacie Galénique         |
| Mr Abdeslam <b>CHAGRAOUI</b>               | Physiologie                 |
| Mme Camille <b>CHARBONNIER (LE CLEZIO)</b> | Statistiques                |
| Mme Elizabeth <b>CHOSSON</b>               | Botanique                   |
| Mme Marie Catherine <b>CONCE-CHEMTOB</b>   | Législation pharmaceutique  |
| Mme Cécile <b>CORBIERE</b>                 | Biochimie                   |
| Mr Eric <b>DITTMAR</b>                     | Biophysique                 |
| Mme Nathalie <b>DOURMAP</b>                | Pharmacologie               |
| Mme Isabelle <b>DUBUC</b>                  | Pharmacologie               |

|                                       |                              |
|---------------------------------------|------------------------------|
| Mme Dominique <b>DUTERTE- BOUCHER</b> | Pharmacologie                |
| Mr Abdelhakim <b>ELOMRI</b>           | Pharmacognosie               |
| Mr Gilles <b>GARGALA</b> (MCU-PH)     | Parasitologie                |
| Mme NejlaEL <b>GHARBI-HAMZA</b>       | Chimie analytique            |
| Mme Marie-Laure <b>GROULT</b>         | Botanique                    |
| Mr Hervé <b>HUE</b>                   | Biophysique et mathématiques |
| Mme Laetitia <b>LE GOFF</b>           | Parasitologie – Immunologie  |
| Mme Hong <b>LU</b>                    | Biologie                     |
| M. Jérémie <b>MARTINET</b> (MCU-PH)   | Immunologie                  |
| Mme Marine <b>MALLETER</b>            | Toxicologie                  |
| Mme Sabine <b>MENAGER</b>             | Chimie organique             |
| Mme Tiphaine <b>ROGEZ-FLORENT</b>     | Chimie analytique            |
| Mr Mohamed <b>SKIBA</b>               | Pharmacie galénique          |
| Mme Malika <b>SKIBA</b>               | Pharmacie galénique          |
| Mme Christine <b>THARASSE</b>         | Chimie thérapeutique         |
| Mr Frédéric <b>ZIEGLER</b>            | Biochimie                    |

#### **PROFESSEURS ASSOCIES**

|                                   |                      |
|-----------------------------------|----------------------|
| Mme Cécile <b>GUERARD-DETUNCQ</b> | Pharmacie officinale |
| Mr Jean-François <b>HOUIVET</b>   | Pharmacie officinale |

#### **PROFESSEUR CERTIFIE**

|                            |         |
|----------------------------|---------|
| Mme Mathilde <b>GUERIN</b> | Anglais |
|----------------------------|---------|

#### **ASSISTANT HOSPITALO-UNIVERSITAIRE**

|                         |               |
|-------------------------|---------------|
| Mme Anaïs <b>SOARES</b> | Bactériologie |
|-------------------------|---------------|

#### **ATTACHES TEMPORAIRES D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE**

|                           |                  |
|---------------------------|------------------|
| Mme Sophie <b>MOHAMED</b> | Chimie Organique |
|---------------------------|------------------|

|                                                               |
|---------------------------------------------------------------|
| <b>LISTE DES RESPONSABLES DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES</b> |
|---------------------------------------------------------------|

|                                          |                                     |
|------------------------------------------|-------------------------------------|
| Mme Cécile <b>BARBOT</b>                 | Chimie Générale et minérale         |
| Mr Thierry <b>BESSON</b>                 | Chimie thérapeutique                |
| Mr Roland <b>CAPRON</b>                  | Biophysique                         |
| Mme Marie-Catherine <b>CONCE-CHEMTOB</b> | Législation et économie de la santé |
| Mme Elisabeth <b>CHOSSON</b>             | Botanique                           |
| Mme Isabelle <b>DUBUS</b>                | Biochimie                           |
| Mr Abdelhakim <b>ELOMRI</b>              | Pharmacognosie                      |
| Mr Loïc <b>FAVENNEC</b>                  | Parasitologie                       |
| Mr Michel <b>GUERBET</b>                 | Toxicologie                         |
| Mr François <b>ESTOUR</b>                | Chimie organique                    |
| Mme Isabelle <b>LEROUX-NICOLLET</b>      | Physiologie                         |
| Mme Martine <b>PESTEL-CARON</b>          | Microbiologie                       |
| Mr Mohamed <b>SKIBA</b>                  | Pharmacie galénique                 |
| Mr Rémi <b>VARIN</b>                     | Pharmacie clinique                  |
| M. Jean-Marie <b>VAUGEOIS</b>            | Pharmacologie                       |
| Mr Philippe <b>VERITE</b>                | Chimie analytique                   |

### III – MEDECINE GENERALE

#### PROFESSEUR MEDECINE GENERALE

Mr Jean-Loup **HERMIL**(PU-MG)                      UFR      Médecine générale

#### MAITRE DE CONFERENCE MEDECINE GENERALE

Mr Matthieu **SCHUERS** (MCU-MG)                      UFR      Médecine générale

#### PROFESSEURS ASSOCIES A MI-TEMPS – MEDECINS GENERALISTE

Mme Laëtitia **BOURDON**                                      UFR      Médecine Générale

Mr Emmanuel **LEFEBVRE**                                      UFR      Médecine Générale

Mme Elisabeth **MAUVIARD**                                      UFR      Médecine générale

Mr Philippe **NGUYEN THANH**                                      UFR      Médecine générale

Mme Marie Thérèse **THUEUX**                                      UFR      Médecine générale

#### MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS – MEDECINS GENERALISTES

Mr Pascal **BOULET**                                              UFR      Médecine générale

Mr Emmanuel **HAZARD**                                              UFR      Médecine Générale

Mme Marianne **LAINE**                                              UFR      Médecine Générale

Mme Lucile **PELLERIN**                                              UFR      Médecine générale

Mme Yveline **SEVRIN**                                              UFR      Médecine générale

## ENSEIGNANTS MONO-APPARTENANTS

### PROFESSEURS

|                                  |                        |
|----------------------------------|------------------------|
| Mr Serguei <b>FETISSOV</b> (med) | Physiologie (ADEN)     |
| Mr Paul <b>MULDER</b> (phar)     | Sciences du Médicament |
| Mme Su <b>RUAN</b> (med)         | Génie Informatique     |

### MAITRES DE CONFERENCES

|                                            |                                              |
|--------------------------------------------|----------------------------------------------|
| Mr Sahil <b>ADRIOUCH</b> (med)             | Biochimie et biologie moléculaire            |
| Mme Gaëlle <b>BOUGEARD-DENOYELLE</b> (med) | Biochimie et biologie moléculaire (UMR 1079) |
| Mme Carine <b>CLEREN</b> (med)             | Neurosciences (Néovasc)                      |
| M. Sylvain <b>FRAINEAU</b> (med)           | Physiologie (Inserm U 1096)                  |
| Mme Pascaline <b>GAILDRAT</b> (med)        | Génétique moléculaire humaine (UMR 1079)     |
| Mr Nicolas <b>GUEROUT</b> (med)            | Chirurgie Expérimentale                      |
| Mme Rachel <b>LETELLIER</b> (med)          | Physiologie                                  |
| Mme Christine <b>RONDANINO</b> (med)       | Physiologie de la reproduction               |
| Mr Antoine <b>OUVRARD-PASCAUD</b> (med)    | Physiologie (Unité Inserm 1076)              |
| Mr Frédéric <b>PASQUET</b>                 | Sciences du langage, orthophonie             |
| Mr Youssan Var <b>TAN</b>                  | Immunologie                                  |
| Mme Isabelle <b>TOURNIER</b> (med)         | Biochimie (UMR 1079)                         |

**CHEF DES SERVICES ADMINISTRATIFS : Mme Véronique DELAFONTAINE**

*HCN - Hôpital Charles Nicolle*

*HB - Hôpital de BOIS GUILLAUME*

*CB - Centre Henri Becquerel*

*CHS - Centre Hospitalier Spécialisé du Rouvray*

*CRMPR - Centre Régional de Médecine Physique et de Réadaptation*

*SJ – Saint Julien Rouen*

Par délibération en date du 3 mars 1967, la faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

« Temps de la transition, espace de réaménagement psychique, somatique, sociétal et donc identitaire, l'adolescence est un temps de création et donc, peut-être, une forme de hors temps qui se constituera comme un lieu d'expériences novatrices où se mêleront destructivité et créativité et dont le jeune qui les exerce ne pourra dire dans quel sens elles évolueront. » Gutton

# LISTE DES ABREVIATIONS

AVS = Auteur de Violence Sexuelle

CP = Code Pénal

CRIAVS = Centre Ressource pour les Intervenants auprès des Auteurs de Violence Sexuelle

DSM = Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

EMDR = Eyes Movement Desensitization and Reprocessing

ESPT = Etat de Stress Post-Traumatique

ESPT-C = Etat de Stress Post-Traumatique Complexe

OMS = Organisation Mondiale de la Santé

ONDRP = Observatoire National de la Délinquance et des Réponses Pénales

PJJ = Protection Judiciaire de la Jeunesse

SROS = Schéma Régional de l'Organisation des Soins

TCA = Trouble du Comportement Alimentaire

TCC = Thérapie Cognitivo-Comportementale

TDAH = Trouble Déficitaire de l'Attention avec/sans Hyperactivité

VAVS = Victime devenue Auteur de Violence Sexuelle

# SOMMAIRE

|                                                                         |    |
|-------------------------------------------------------------------------|----|
| INTRODUCTION .....                                                      | 20 |
| I CONCEPTS ET LEGISLATION .....                                         | 22 |
| 1.    DEFINITION DES CONCEPTS.....                                      | 22 |
| Santé sexuelle.....                                                     | 22 |
| L'adolescence .....                                                     | 22 |
| Le développement sexuel « normal » des enfants.....                     | 23 |
| Les troubles de l'attachement.....                                      | 26 |
| Le consentement.....                                                    | 27 |
| La subjectivation.....                                                  | 27 |
| Les paraphilies .....                                                   | 28 |
| 2.    LA LOI FRANÇAISE.....                                             | 29 |
| Histoire de la pénalisation des violences sexuelles en France.....      | 29 |
| Le Code Pénal.....                                                      | 31 |
| Des mesures et sanctions applicables aux mineurs .....                  | 32 |
| La justice pour les adolescents auteurs de violence sexuelle (AVS)..... | 33 |
| L'inceste .....                                                         | 34 |
| Différentes dénominations .....                                         | 35 |
| II REVUE DE LA LITTERATURE .....                                        | 36 |
| Méthodologie.....                                                       | 36 |
| Revue de la littérature .....                                           | 36 |
| A.    LES ADOLESCENTS VICTIMES DE VIOLENCE SEXUELLE.....                | 38 |
| 1.    EPIDEMIOLOGIE.....                                                | 38 |
| Des agressions sexuelles subies fréquentes .....                        | 38 |
| Des chiffres en baisse ? .....                                          | 39 |
| Peu de dénonciations durant l'enfance.....                              | 39 |
| Le sexe féminin plus touché .....                                       | 40 |
| Des périodes plus à risque .....                                        | 40 |
| 2.    FACTEURS ENVIRONNEMENTAUX ET FAMILIAUX .....                      | 41 |
| Un milieu familial difficile .....                                      | 41 |
| Des conflits entre les parents fréquents.....                           | 41 |
| Non spécifique d'une ethnie .....                                       | 42 |
| Tout niveau socio-économique.....                                       | 42 |
| Une transmission intergénérationnelle fréquente.....                    | 42 |

|                                                                          |    |
|--------------------------------------------------------------------------|----|
| Le vécu traumatique de la mère .....                                     | 43 |
| La figure paternelle.....                                                | 44 |
| Les lieux de placement plus à risque.....                                | 45 |
| Scolarité plus difficile .....                                           | 45 |
| Orientation vers la délinquance plus fréquente .....                     | 45 |
| 3. SYMPTOMATOLOGIE.....                                                  | 46 |
| Troubles de l'attachement .....                                          | 46 |
| Des troubles psychiatriques nombreux.....                                | 47 |
| Des troubles plutôt intériorisés chez les enfants d'âge préscolaire..... | 49 |
| ...mais également extériorisés chez les adolescents.....                 | 50 |
| Des tentatives de suicide plus fréquentes.....                           | 50 |
| Sexualité à risque et revictimisation.....                               | 50 |
| La déficience augmente le risque d'être agressé.....                     | 51 |
| Troubles du comportement alimentaire chez les victimes .....             | 54 |
| Résilience chez les victimes .....                                       | 54 |
| 4. PSYCHOPATHOLOGIE.....                                                 | 56 |
| Les dynamiques traumagéniques de Finkelhor et Browne (1985).....         | 56 |
| Le modèle transactionnel de Newberger et DeVos (1988) .....              | 57 |
| Le modèle de Conte (1985-1990) .....                                     | 57 |
| La théorie de la réduction de la tension de Brière (1992) .....          | 58 |
| Le modèle transactionnel de Spaccarelli (1994).....                      | 58 |
| Le modèle des symptômes de stress post-traumatique .....                 | 59 |
| Le trauma complexe d'Herman (1992).....                                  | 60 |
| 5. PRISE EN CHARGE .....                                                 | 62 |
| La prévention .....                                                      | 62 |
| Les psychothérapies.....                                                 | 63 |
| Intérêt de prendre en charge la famille .....                            | 65 |
| B. LES ADOLESCENTS AUTEURS DE VIOLENCE SEXUELLE .....                    | 68 |
| 1. EPIDEMIOLOGIE.....                                                    | 70 |
| Une proportion non négligeable d'adolescents .....                       | 70 |
| Les adolescents AVS, une population sous-détectée .....                  | 71 |
| Les auteurs sont majoritairement de sexe masculin .....                  | 71 |
| L'agresseur connaît souvent sa victime .....                             | 72 |
| Fréquence d'antécédents de délinquance .....                             | 72 |
| Différents types de violence sexuelle chez les adolescents .....         | 73 |
| La coercition comme moyen d'agir .....                                   | 73 |

|    |                                                                |    |
|----|----------------------------------------------------------------|----|
|    | Une faible récidence .....                                     | 73 |
|    | Des facteurs de risque de devenir AVS .....                    | 74 |
| 2. | FACTEURS ENVIRONNEMENTAUX ET FAMILIAUX .....                   | 74 |
|    | Un environnement familial dysfonctionnel.....                  | 74 |
|    | Des troubles de l'attachement .....                            | 75 |
|    | Un sens du mot « famille » déstructuré .....                   | 76 |
|    | L'agression sur des proches.....                               | 76 |
|    | Un milieu familial incestuel .....                             | 77 |
|    | Une sexualité de l'adolescent non respectée.....               | 78 |
|    | Des expériences de vie spécifiques.....                        | 78 |
|    | L'agression sexuelle, un lien au dehors.....                   | 80 |
|    | Des contacts flous avec la pornographie .....                  | 81 |
|    | Trois typologies selon l'environnement familial .....          | 81 |
| 3. | SYMPTOMATOLOGIE.....                                           | 82 |
|    | Deux groupes selon l'âge de la victime .....                   | 82 |
|    | Troubles de l'attachement .....                                | 84 |
|    | Les AVS adolescents, plus de trauma que chez les adultes ..... | 84 |
|    | Des troubles psychiatriques plus fréquents chez les AVS .....  | 84 |
|    | Des troubles anxiodépressifs fréquents.....                    | 84 |
|    | Déni des faits.....                                            | 85 |
|    | Des distorsions cognitives .....                               | 85 |
|    | Relation à la sexualité plus complexe.....                     | 85 |
|    | Le handicap, plus fréquent chez les AVS .....                  | 85 |
|    | Les toxiques, facteurs précipitants du passage à l'acte .....  | 86 |
|    | Des facteurs identifiés chez les récidivistes .....            | 86 |
| 4. | PSYCHOPATHOLOGIE.....                                          | 87 |
| A. | LES MODELES .....                                              | 87 |
|    | Le modèle de Finkelhor (1984) .....                            | 87 |
|    | Le modèle de Hall et Hirschman (1992).....                     | 88 |
|    | Le modèle de Marshall et Barbaree (1990).....                  | 88 |
|    | Le modèle de Lane (1997).....                                  | 88 |
|    | Le modèle de Hamon (1999) .....                                | 89 |
|    | Le modèle de Ward et Siegert (2002) .....                      | 91 |
| B. | PSYCHODYNAMIE .....                                            | 91 |
|    | L'adolescence, période de « corps en acte ».....               | 92 |
|    | La violence sur le corps de l'autre .....                      | 92 |

|                                                                        |     |
|------------------------------------------------------------------------|-----|
| La violence sexuelle, prévisible ? .....                               | 93  |
| La perversité pour mode de fonctionnement.....                         | 93  |
| Les différents registres de l'expression de la violence sexuelle ..... | 94  |
| Un débordement de la libido .....                                      | 94  |
| La relation à la mère.....                                             | 96  |
| Une lutte contre l'effondrement narcissique.....                       | 97  |
| Le clivage pour dépasser l'acte .....                                  | 97  |
| Pulsionnalité et déficience .....                                      | 99  |
| Photographie de L'AVS .....                                            | 100 |
| 5. PRISE EN CHARGE .....                                               | 100 |
| Soin et justice.....                                                   | 100 |
| La prévention par l'accompagnement familial .....                      | 101 |
| L'accueil adapté des adolescents.....                                  | 102 |
| L'importance de l'aveu dans la prise en charge .....                   | 103 |
| Le travail de groupe, une option intéressante .....                    | 104 |
| Le modèle de Powell, aussi pour les AVS .....                          | 105 |
| C. LES ADOLESCENTS VICTIMES-AUTEURS DE VIOLENCE SEXUELLE .....         | 107 |
| 1. EPIDEMIOLOGIE.....                                                  | 107 |
| Une victimisation sexuelle fréquente chez les AVS .....                | 107 |
| Les VAVS deviennent victimes sexuelles durant leur pré-adolescence .   | 109 |
| Les VAVS agressent rapidement après leur propre agression.....         | 109 |
| Des victimes de sexe masculin.....                                     | 109 |
| Des victimes mineures .....                                            | 110 |
| Des victimes plus nombreuses .....                                     | 110 |
| Des agressions plus variées ou plus graves ? .....                     | 110 |
| Des antécédents pénaux de violence sexuelle identiques aux AVS .....   | 111 |
| 2. FACTEURS ENVIRONNEMENTAUX ET FAMILIAUX .....                        | 111 |
| Des familles inadaptées .....                                          | 111 |
| Des familles faiblement protectrices .....                             | 111 |
| Troubles de l'attachement .....                                        | 112 |
| Une victimisation plus fréquente.....                                  | 112 |
| Des pères violents et absents.....                                     | 112 |
| L'agression sexuelle vécue comme une initiation .....                  | 112 |
| Un environnement familial incestuel .....                              | 113 |
| Des parents aux antécédents psychiatriques .....                       | 113 |
| Toxicomanie familiale .....                                            | 113 |

|    |                                                                           |     |
|----|---------------------------------------------------------------------------|-----|
|    | Le lien à l'agresseur des VAVS .....                                      | 113 |
|    | L'agression des VAVS par les proches accentue l'hypersexualisation...     | 114 |
|    | L'agression des VAVS par une femme, facteur du devenir VAVS.....          | 114 |
|    | Inceste et pédophilie augmentent le risque de devenir VAVS .....          | 114 |
|    | Des facteurs familiaux prédictifs de devenir VAVS ? .....                 | 115 |
|    | Fugues et placements en institution fréquents.....                        | 115 |
|    | Scolarité plus compliquée.....                                            | 115 |
| 3. | SYMPTOMATOLOGIE.....                                                      | 116 |
|    | Troubles psychiatriques.....                                              | 116 |
|    | Des épisodes de dissociation .....                                        | 116 |
|    | Une sexualité atypique .....                                              | 117 |
|    | Un trouble pédophilique ? .....                                           | 117 |
|    | Faible empathie.....                                                      | 117 |
|    | Une déficience intellectuelle souvent retrouvée .....                     | 117 |
|    | La résilience .....                                                       | 118 |
|    | Adolescent VAVS de sexe féminin .....                                     | 119 |
|    | Un faisceau de variables prédisposantes ? .....                           | 120 |
| 4. | PSYCHOPATHOLOGIE.....                                                     | 122 |
| A. | LES MODELES .....                                                         | 123 |
|    | Le cycle abusé-abuseur .....                                              | 123 |
|    | Les théories de Garland et Dougher (1990) .....                           | 124 |
|    | Le modèle TOPA de Rasmussen (1992).....                                   | 125 |
|    | Les pathologies limites de l'enfance de Misès (2004) .....                | 127 |
| B. | PSYCHODYNAMIE .....                                                       | 127 |
|    | Victimes et auteurs, pas si éloignés ?.....                               | 128 |
|    | La confusion des langues.....                                             | 129 |
|    | Le traumatisme déstabilise le processus adolescent .....                  | 129 |
|    | Le trauma sexuel, terreau des fantasmes agressifs.....                    | 130 |
|    | L'agression, source de plaisir ? .....                                    | 130 |
|    | L'expérience du « même » .....                                            | 130 |
|    | La réduction du clivage.....                                              | 133 |
| 5. | PRISE EN CHARGE .....                                                     | 133 |
| A. | GENERALE .....                                                            | 133 |
|    | Repérer les victimes précocement.....                                     | 133 |
|    | Facteurs protecteurs de l'orientation des victimes vers le statut d'AVS . | 133 |
|    | Evaluer et travailler avec les familles.....                              | 134 |

|                                                               |     |
|---------------------------------------------------------------|-----|
| Réparation d'attachement.....                                 | 135 |
| Gestion de la dérégulation émotionnelle.....                  | 136 |
| Développer un sens de soi positif.....                        | 136 |
| Travailler la réadaptation à la vie familiale.....            | 138 |
| Travailler sur les expériences de victimisation des VAVS..... | 139 |
| Traitements pharmacologiques.....                             | 140 |
| L'importance du suivi pour limiter la récidive.....           | 142 |
| B. UNITE DE SOINS SPECIFIQUES ADOLESCENTS (USSA).....         | 142 |
| Création de l'unité.....                                      | 142 |
| Missions.....                                                 | 144 |
| III ETUDE OBSERVATIONELLE.....                                | 146 |
| 1. OBJECTIFS DE L'ETUDE.....                                  | 146 |
| 2. MATERIELS ET METHODES.....                                 | 146 |
| 3. RESULTATS.....                                             | 147 |
| Des VAVS plus malades.....                                    | 147 |
| Clinique et émotions.....                                     | 149 |
| Victimisation.....                                            | 150 |
| Personnalité.....                                             | 151 |
| Pénal.....                                                    | 152 |
| Caractéristiques criminologiques des VAVS.....                | 154 |
| Caractéristiques des victimes des VAVS.....                   | 158 |
| Caractéristiques de l'agression subie par le VAVS.....        | 160 |
| Familial.....                                                 | 162 |
| Scolarité.....                                                | 166 |
| Environnement.....                                            | 167 |
| Suivi USSA.....                                               | 167 |
| 4. DISCUSSION.....                                            | 168 |
| 5. HYPOTHESES.....                                            | 173 |
| 6. PROFILS TYPES.....                                         | 181 |
| CONCLUSION.....                                               | 183 |
| BIBLIOGRAPHIE.....                                            | 185 |
| Annexe 1.....                                                 | 221 |
| Annexe 2.....                                                 | 225 |
| RESUME.....                                                   | 246 |

# INTRODUCTION

L'adolescence est une période clé du développement psychosexuel. Quelle qu'en soit la temporalité, la puberté engage un ensemble de transformations complexes sur le plan physiologique et psychologique, aboutissant à l'accès de la maturité sexuelle et à la capacité de reproduction. Ce processus de maturation génère des remaniements psychiques, identitaires et narcissiques, de même qu'un accroissement des pulsions sexuelles. D'une sexualité prépubère exploratoire, principalement auto-érotique, l'adolescent chemine vers l'expérimentation des premiers échanges sexuels, le plus souvent au sein de relations sentimentales.

Le développement psychosexuel est actuellement considéré comme une étape développementale majeure de l'adolescence et est étudié en tant qu'opportunité permettant à l'adolescent d'acquérir de nouvelles compétences interpersonnelles en vue de satisfaire ses besoins d'intimité et de proximité émotionnelle avec d'éventuels partenaires amoureux. L'adolescent va vivre de nouvelles expériences au travers de ses rapprochements intimes tels que les jeux de séduction, la reconnaissance et l'expression des besoins, la confiance mutuelle et le respect, et développera une conception du consentement.

Toutefois, la découverte et l'apprentissage de la sexualité au cours de l'adolescence ne se déroulent pas toujours sans heurts. Les comportements de coercition sexuelle seraient une modalité d'agir et d'interagir la sexualité sur un mode violent, et sont reconnus comme assez fréquents chez les adolescents. Par ailleurs, il faut garder à l'esprit que de nombreuses recherches (Cicchetti et al(1), Widom(2), Wodarski et al(3)) suggèrent que le fait d'être maltraité pendant l'enfance augmente le risque de diverses conséquences négatives durant l'enfance, l'adolescence et l'âge adulte.

Les violences sexuelles peuvent revêtir de multiples formes, parmi elles, dans le cadre de notre travail nous aborderons plus spécifiquement les agressions sexuelles qui consistent en des « situations de mise sous contrainte non justifiées d'un tiers, par un sujet, ou un groupe de sujets, dans un but évident d'en tirer un bénéfice de type sexuel au seul profit du ou des agresseurs ». Ceci implique deux personnes au moins dont l'une est non consentante, elle exclut donc certaines paraphilies (fétichisme, zoophilie, masochisme, travestisme...) Les viols de guerre, les réseaux proxénètes et les mariages forcés même s'il s'agit d'agressions sexuelles au niveau individuel, ont une dimension politique et sociologique qui dépasse la définition d'agression sexuelle telle que nous l'entendons ici.

L'agression sexuelle implique donc au moins une victime et au moins un auteur. Il est assez caricatural de s'imaginer 2 personnes bien distinctes, aux parcours différents, à la vie différente qui se trouvent, par diverses circonstances, réunies au moment de l'agression. Les conséquences de cette agression seraient bien différentes pour les 2 protagonistes. La victime s'en trouvera marquée, avec plus ou moins de difficultés à surmonter l'agression. L'auteur retournera à sa vie habituelle, ou pourra être poursuivi pour les faits. Et pourtant, il est surprenant de constater que la moitié des auteurs de violence sexuelle ont, eux même, été une victime de ces violences durant l'enfance.

Stathopoulos(4) a fait valoir qu'un enfant qui a été témoin de victimisation ou qui a subi une victimisation peut présenter des comportements sexuels problématiques. Rayment-McHugh et al(5) ont suggéré qu'un enfant qui affiche des comportements abusifs pourrait être dans *l'acting out* (pourrait extérioriser) un traumatisme sous la forme d'un comportement inapproprié sur le plan du développement ou comportement sexuel problématique. O'Brien(6) a noté que « victime » et « auteur » ne sont pas toujours des catégories mutuellement exclusives. Qu'est-ce qui pousse donc une victime à devenir elle-même auteur de violence sexuelle, violence qui l'a marqué à vie et qui a influencé son état somatique et psychique ?

Nous chercherons à voir si, dans la population adolescente, les victimes devenues auteurs de violence sexuelle présentent une pathologie mentale plus fréquente que les auteurs non-victimes. Cela influence-t-il le passage à l'acte ?

Dans une première partie, nous ferons un rappel précis sur l'adolescence, l'agression sexuelle et d'autres notions connectées tels que le consentement, la paraphilie, la pédophilie ainsi que sur la législation en vigueur en France.

La seconde partie permettra de comprendre, de manière synthétique, ce qu'est une victime mineure de violence sexuelle et un auteur mineur de violence sexuelle aussi bien au niveau individuel, que familial, mais également les troubles associés, la psychopathologie et la prise en charge. Il est nécessaire de bien cerner ce qui différencie et spécifie les victimes et les auteurs afin de pouvoir déceler ce qui les fait passer du statut d'abusé à abuseur.

Dans la troisième partie, nous nous pencherons sur une étude observationnelle rétrospective régionale menée à Rouen au sein de l'Unité de Soins Spécifiques Adolescents comparant un groupe d'adolescents auteurs de violence sexuelle à un groupe d'adolescents victimes devenues auteurs de violence sexuelle pour un total de 54 patients. L'objectif principal est de comparer la décompensation psychiatrique entre les deux populations. Nous analyserons également les résultats du recueil de données sur dossier dans différents domaines : médical, pénal, familial, le suivi psychiatrique dans l'unité, le passage à l'acte en tant que victime et en tant qu'auteur.

# I CONCEPTS ET LEGISLATION

## 1. DEFINITION DES CONCEPTS

Dans la littérature médicale, il existe un consensus relatif à la difficulté de définir la notion d'agression sexuelle sur un enfant (0 à 17 ans) (Fredrick(7)). **L'agression sexuelle chez l'adolescent** regroupe des notions juridiques, morales, culturelles, géographiques qu'il est important de délimiter afin d'avoir une idée précise des thèmes que nous aborderons même s'il n'existe pas de critère unanime pour les définir (Putnam(8)).

### *Santé sexuelle*

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit la santé sexuelle comme l'intégration des aspects somatiques, affectifs, intellectuels et sociaux de l'être sexué de façon à parvenir à un enrichissement et à un épanouissement de la personnalité humaine, de la communication et de l'amour. Les agresseurs sexuels désignent des personnalités dont le comportement sexuel est considéré comme agressif au regard de déterminants plurifactoriels.

### *L'adolescence*

L'OMS considère que l'adolescence est la période de croissance et de développement humain qui se situe entre l'enfance et l'âge adulte (entre 10 et 19 ans). Elle représente une période de transition critique dans la vie et se caractérise par un rythme important de croissance et de changements qui n'est supérieur que pendant la petite enfance. Les processus biologiques conditionnent de nombreux aspects de cette croissance et de ce développement, l'apparition de la puberté marquant le passage de l'enfance à l'adolescence.

Les déterminants biologiques de l'adolescence sont universels. En revanche, la durée et les caractéristiques de ce temps si particulier peuvent varier dans le temps, entre cultures et selon les situations socio-économiques. Nous avons assisté à de nombreux changements pendant cette période au cours du siècle dernier, notamment avec l'apparition plus précoce de la puberté, l'âge plus tardif du mariage, l'urbanisation, la communication au niveau mondial, et l'évolution des attitudes et des comportements sexuels.

De nombreux adolescents doivent faire face à des pressions et sont amenés à consommer de l'alcool, fumer ou consommer d'autres drogues et avoir des relations sexuelles à un âge précoce. Cela leur fait courir un risque élevé de traumatismes volontaires ou involontaires, de grossesses non désirées et d'infections sexuellement transmissibles (IST), y compris par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH).

Beaucoup connaissent également de nombreux problèmes de santé mentale ou d'adaptation. Les modes de comportement qui s'instaurent au cours de ce processus, telles que la consommation ou la non-consommation de drogues ou la protection ou la non-protection lors des rapports sexuels, peuvent avoir des effets positifs ou négatifs durables

sur la santé et le bien-être futur. De ce fait, au cours de cette période, les adultes ont une possibilité unique d'influencer les jeunes.

Les adolescents se distinguent à la fois des jeunes enfants et des adultes. Ils ne sont pas entièrement capables de comprendre des concepts complexes où les relations entre un comportement et ses conséquences, ou encore le degré de maîtrise qu'ils ont ou peuvent avoir sur la prise de décisions en matière de santé, y compris s'agissant du comportement sexuel. Cette inaptitude peut les rendre particulièrement vulnérables à l'exploitation sexuelle ou à des comportements à haut risque. Les lois, les coutumes et les pratiques peuvent aussi influencer les adolescents autrement que les adultes.

Que nous soyons enfant, adolescent ou adulte, les agressions et crimes de nature sexuelle révèlent de ce qui, d'un point de vue juridique, implique coercition, force physique, contrainte, ou séduction obligeant une victime à subir des activités sexuelles qui transgressent conventions et tabous, victime mineure ou personne majeure non consentante et/ou en état de faiblesse.

### *Le développement sexuel « normal » des enfants*

Il est difficile de trouver un modèle consensuel sur le développement sexuel chez l'être humain. Le premier modèle est celui du développement libidinal psychanalytique de Freud. D'autres modèles s'intéressent d'abord à ce « que nous montrent les enfants ». Les comportements sexuels observés par les parents, rapportés par les enfants ou encore ceux dont se souviennent les adultes, permettent de se faire une idée sur le développement sexuel « normal » des enfants.

Il est impossible toutefois de tracer une ligne claire entre les comportements sexuels normaux et problématiques, tant les manifestations sont différentes d'un enfant à un autre. Au final, quelques auteurs s'accordent pour dire que les comportements sexuels des enfants « prennent la forme d'un continuum qui va des comportements normaux aux comportements problématiques » (Ryan(9)).

#### *-La première année de vie*

Même avant la naissance, il semble que le phénomène de vasocongestion génitale sur des fœtus in utero ait été observé, donc le réflexe physiologique d'excitation sexuelle est présent semble-t-il très précocement (Calderone(10)). La réponse sexuelle physiologique, à savoir les érections chez les garçons et la lubrification du vagin chez les filles, est présente dès la naissance, en ce qui concerne les érections. Cela est d'ailleurs rapporté fréquemment par les mères au moment du change (Ryan et al(11)).

Il est évident que ces réactions réflexes ne font référence à aucune intention, ni symbolisation érotique en ce qui concerne le bébé. Les capacités de symbolisation ne surviennent que bien plus tard dans le développement de l'enfant.

La première année de vie est marquée au-delà du réflexe de l'excitation sexuelle physiologique par des conduites auto érotiques et exploratoires. Très tôt, dès quelques mois de vie, l'adulte peut observer, chez certains enfants, qu'ils vont commencer à toucher leurs parties génitales, mais également que certains enfants, notamment de sexe féminin, s'adonneraient « à des contractions rythmiques de leur musculature pelvienne et de leurs cuisses, ainsi qu'à des pressions dans la région des organes génitaux et du pubis » (Deda et

al(12)). Il s'agit d'un mode d'excitation archaïque tel que décrit dans une approche sexocorporelle. Ces jeux exploratoires ne sont d'aucune façon accompagnés de fantasme ou de mentalisation érotique puisque l'enfant est loin d'avoir les capacités de symbolisation suffisantes (Chatton et al(13)).

Il ne s'agit pas encore de conduites masturbatoires à proprement parler, le contrôle des muscles pelviens ne le permet pas encore et nous ne pouvons pas parler d'actes volontaires (Ryan et al(11)). Il arrive souvent que les adultes ne voient pas les comportements sexuels présents chez des enfants de cet âge de manière « innocente » mais il s'agit alors de leurs propres projections d'adultes.

Pour l'enfant, quand il touche ses parties génitales et qu'il découvre que les sensations sont différentes d'autres parties de son corps et que ces sensations peuvent être agréables, il n'a pas dans l'idée d'aller plus loin. Nous sommes bien loin de la sexualité génitale de l'adulte. A cet âge, le fait que l'enfant se touche est à considérer comme de l'exploration de soi normale (dans la mesure où cette exploration fait partie d'un ensemble d'autres explorations dans différents domaines, ce qui caractérise le développement psychosocial de l'enfant) (Ryan et al(14)).

Le développement sexuel, est très lié au concept d'attachement développé par Bowlby(15). En effet, la dyade mère-enfant qui caractérise les premiers mois de vie d'un enfant, et ce lorsqu'il s'agit d'un attachement dit sécure, à travers la proximité physique, le toucher, le holding de la mère pour son enfant, constitue la base qui permettra à l'enfant une bonne régulation émotionnelle plus tard et la capacité d'investir sa vie sexuelle dans le cadre de relations intimes une fois adulte (Ryan et al(11)).

#### -Développement sexuel chez les enfants de 2 à 5 ans environ

Dans une étude datant de 2000, 147 enfants âgés de 2 à 6 ans sont interrogés. L'étude conclut que les enfants de cette classe d'âge ont des connaissances sur l'identité sexuelle, les différences génitales entre les hommes et les femmes et les parties sexuelles, mais qu'ils n'ont que peu de connaissances sur des questions concernant la grossesse, la procréation, l'accouchement, et presque aucune connaissance sur les comportements sexuels adultes. 73,5% de ces jeunes ont mentionné des comportements tels que le fait de s'embrasser ou de s'enlacer, seul 8% de ceux âgés de 6 ans et 3% des enfants âgés de 5 ans ont décrit des comportements sexualisés d'adultes (Volbert(16)).

C'est à cet âge qu'apparaîtraient les premières conduites masturbatoires pour certains enfants (Ryan(9)), même si la majorité des enfants les commenceraient bien plus tard. En effet, Reynolds et al(17) rapportent que 80% des hommes auraient commencé à se masturber entre 2 ans avant et 2 ans après le début de la puberté (marqué par l'apparition des premières éjaculations), contrairement à ce que les femmes remarquent. Ces dernières rapportant leur premières conduites masturbatoires à des âges bien plus dispersés, ce qui veut dire qu'en ce qui concerne les hommes, les premières masturbations sont pour la majorité d'entre eux, marquées par la puberté, ce qui n'est pas le cas pour les femmes.

De manière générale, à l'âge de 2 à 5 ans et même après, les comportements sexuels observés chez les enfants sont en général normaux et transitoires et apparaissent dans une trajectoire développementale où ce qui prime est la curiosité et la découverte, ainsi que le fait de tester les barrières interpersonnelles. Tant que ces comportements ne sont pas

abusifs, qu'ils ne sont pas gênants dans le fonctionnement global de l'enfant et qu'ils font partis d'autres explorations non sexuelles, il y a de fortes raisons de penser qu'il s'agit d'un développement sexuel normal. De plus, il arrive que le contexte dans lequel évolue l'enfant, influe de manière transitoire sur l'importance de ces comportements sexualisés (Kellogg(18)).

#### -Développement sexuel normal entre 6 et 11 ans

Si nous nous référons aux théories psychanalytiques, cette période correspond à une période de latence avec une baisse d'intérêt des enfants à tout ce qui a trait au sexuel. En effet, dans une étude concernant 1114 enfants âgés de 2 à 12 ans, les parents observent une présence nettement plus importante de comportements sexualisés chez les enfants de 2 à 5 ans par rapport aux enfants âgés de 6 à 12 ans (Friedrich et al(19)).

Pourtant de nombreux hommes et femmes adultes rapportent des activités de découvertes sexuelles entre l'âge de 7 et 11 ans, seul et en groupe. En réalité, il semble que les enfants de cette tranche d'âge ne voient pas leur comportement sexuel baisser, mais qu'ils les montrent moins/pas à l'adulte puisqu'ils sont souvent découragés par ces derniers, et qu'ils prennent conscience du caractère intime de tels comportements (Chatton(13), Ryan et al(11)).

#### -Développement sexuel chez les préadolescents puis les adolescents

Une étude de 2003 auprès de jeunes adultes montre que les premières expériences d'excitation sexuelle arrivent bien avant la puberté pour les filles comme les garçons, avec un âge moyen de 9 ans. La première fois qu'ils/elles ont été attirés sexuellement arriverait autour de 11,7 ans en moyenne pour les garçons et bien plus tard pour la majorité des filles (62%), à 13,7 ans en moyenne. Enfin en ce qui concerne l'arrivée des premiers fantasmes sexuels chez les garçons, ils apparaissent autour de 11 ans et demi. Nous les retrouvons chez les filles sur une période de temps beaucoup plus large, mais là aussi la majorité (62%) d'entre elles rapportent avoir présenté leur premiers fantasmes sexuels en post puberté (la puberté étant marquée par l'apparition des ménarches) en moyenne à l'âge de 14,4 ans (Reynolds et al(17)).

Concernant un aspect plus relationnel, cette même étude a trouvé que l'âge moyen auquel un enfant expérimentait son premier « coup de foudre » était de 8 à 9 ans. L'âge auquel il / elle avait sa/son premier(e) petit(e) ami(e) était de 12-13 ans et les premiers « vrais rencarts » avaient lieu vers 14-15 ans. L'âge des premiers rapports sexuels, en France, pour les hommes, aurait lieu autour de 17-18ans. Il y a eu très peu de changement des années 20-30 aux années 70-80. Pour les femmes par contre nous notons une baisse de l'âge du premier rapport de 3 ans en moyenne, avec un premier rapport en moyenne à l'âge de 21,1 ans dans les années 20-30, et de 18,1 ans dans les années 70-80 (Bozon et al(20)).

Une tendance persiste cependant : le sens de ce premier rapport est différent pour un homme et une femme. Il semble que les jeunes hommes voient ce premier rapport sexuel comme une étape, une expérience adolescente sans engagement particulier envers sa partenaire, alors que pour une femme, cette étape se base sur une relation stable, avec un engagement affectif fort (Bozon(21)).

Il s'agit là de tendances tout comme les constatations que délivre Bozon(21) : « un âge précoce ou tardif au premier rapport signale aussi une attitude à l'égard de la sexualité, et plus largement à l'égard du couple, voire de la vie familiale. Les individus les plus précoces sexuellement ont une vie plus complexe que les autres ; ce sont eux qui ont le plus de séparations, et qui par ailleurs ont le répertoire de pratiques sexuelles le plus diversifié ».

Ceux qui sont entrés tardivement dans la vie sexuelle ont un profil plus traditionnel. Ils ont beaucoup moins de partenaires et restent plus souvent avec le même conjoint. Ils se refusent à séparer couple, sexualité et sentiments. Ces différences d'attitudes et de comportement sont très marquées chez les hommes. Elles ressortent beaucoup moins nettement chez les femmes, surtout dans les générations anciennes ; les femmes tendent toujours à associer systématiquement sexualité et sentiment (Bozon(21)).

### *Les troubles de l'attachement*

L'attachement est défini par Bowlby(22) comme le lien entre un enfant et ses parents ou son principal gardien qui procure à l'enfant un sentiment de sécurité. Cette base sécurisante permet au mineur de se concentrer sur le monde environnant et de développer ses capacités exploratoires. Il s'agit dans ce cas d'un attachement dit *sécure*. Ce type d'attachement permet à l'enfant en développement de construire une image de soi positive, les relations d'attachements sécures forment la base pour les relations sociales ultérieures avec les pairs.

L'attachement dit insécure est divisé en 3 types :

- **Évitant**, l'enfant présente un comportement indifférent, voir évitant envers sa figure d'attachement, cette dernière n'étant pas considérée par l'enfant comme « sécurisante ». Ce sont des enfants qui, ne sachant pas vers qui se tourner en cas de détresse, ont « éteint » leur système d'attachement. Ils manifestent peu d'émotions, se tournent vers l'exploration et donnent l'impression d'une autonomie précoce. Cette base servira là aussi de modèle dans leurs relations futures, avec un fonctionnement détaché, évitant toute relation intime. Cependant, même si au niveau comportemental ces enfants devenus adultes adoptent un comportement détaché, il n'en demeure pas moins qu'ils présentent un besoin tout aussi important de relations humaines/intimes que les autres ;
- **Préoccupé/ambivalent**, l'enfant présente une hyperactivation de son système d'attachement. Il n'arrive pas à utiliser la figure d'attachement comme base sécurisante, ce qui le « préoccupe » et l'empêche de développer ses capacités exploratoires. A l'âge adulte, il aura tendance à s'accrocher à son/sa partenaire, présentant une dépendance affective marquée avec un besoin de contact constant avec ce/cette dernier(e) ;
- **Désorganisé**, correspondant à des comportements incompréhensibles, des attitudes contradictoires vis à vis de la figure d'attachement. Cela témoigne de l'absence de construction d'un système d'attachement cohérent. Ce type d'attachement insécure se retrouve chez des enfants de parents maltraitants. Ces enfants perpétuent très souvent ce modèle à l'âge adulte.

## *Le consentement*

La notion de non-consentement est considérée par certains comme primordiale pour définir le concept d'abus. Cependant, dans certains cas, des hommes ayant connu des contacts sexuels en bas âge, qualifient ces contacts de non abusifs et consentants (Fondacaro et al(23)). Aussi, ils sont exclus des recherches ayant pour critère d'inclusion la notion de non-consentement lors des contacts sexuels précoces avec des adultes. Or, il s'agit là d'une démarche simpliste, niant la complexité psychologique du sujet et des stratégies d'adaptation déployées pour faire face à une situation qui lui est inconnue. Il semble alors difficile de distinguer les sentiments d'origine du sujet et les mécanismes d'adaptation mis en place pour donner un sens à un événement interdit et tabou. Par exemple, il est difficile de distinguer le déni d'un sentiment d'impuissance vécu lors de tels contacts, et le consentement réel.

Dans un tel contexte, il semble pertinent de recourir à des critères précis afin d'établir une définition unique et universelle de l'abus sexuel, définition qui prendrait en considération à la fois le vécu, la perception et les limites du sujet, mais aussi les valeurs morales, sociales et les lois criminelles. En effet, des contacts sexuels entre adulte et enfant /adolescent seraient considérés comme inappropriés selon les normes morales, sociales, légales et développementales, compte tenu de leur caractère précoce et ce, indépendamment des caractères abusifs ou brutaux de ces contacts ou de la perception du jeune, sujet cognitivement et émotivement inapte à gérer les connotations complexes de la sexualité. Parallèlement, il faut éviter de réduire l'abus sexuel à des définitions trop rigides qui risqueraient d'exclure les cas d'abus de différentes formes (Finkelhor(24)).

Le concept de consentement lors des contacts sexuels entre enfant et adulte est traité par Constantine(25), qui met l'accent sur l'importance de la compréhension qu'aurait l'enfant de ces événements. Selon cet auteur, le développement de l'enfant serait en fonction de son consentement et de sa compréhension lors de ces contacts sexuels avec un adulte. Ainsi, si l'enfant ne subit pas de contrainte et s'il dispose de connaissances suffisantes sur la sexualité lors des contacts sexuels, ces contacts n'entraveraient en aucun cas son développement, alors qu'un enfant totalement ignorant sur le plan de la sexualité ou ayant intégré des concepts négatifs relatifs à la sexualité développerait, suite à ces contacts, des sentiments de confusion, de honte et de culpabilité qui seraient alors à l'origine de troubles psychologiques ou comportementaux ultérieurs.

## *La subjectivation*

Il s'agit d'un travail d'autocréation du monde produisant une différenciation entre l'interne (le moi intérieur) et l'externe (l'environnement) à partir de la rencontre avec l'objet (l'autre individu). Elle est la capacité à établir des liens psychiques, à fonctionner selon un incessant processus introjectif et projectif dans la relation d'objets. Un certain nombre de travaux mettent l'accent, d'une manière ou d'une autre, sur ce que nous pouvons identifier comme un accès problématique des adolescents à la subjectivité et, de là, un accès problématique à la subjectivation des agirs dans lesquels ils se trouvent engagés. La difficulté d'accès à la subjectivation peut être repérée à partir des trois constats suivants :

- Le défaut de la reconnaissance de l'autre, comme sujet singulier ;
- La fragilité de l'évaluation et la composition des affects ;

- La distorsion dans l'évaluation du consentement de la victime.

Ces différentes figures d'empêchement dans l'accès aux affects et à une représentation de l'acte rendent compte d'un défaut dans le travail de symbolisation de ce qui agit l'adolescent. Si nous pouvons considérer que l'agir violent à l'adolescence s'inscrit dans une forme de retournement passif-actif (Jeammet(26)) permettant l'adolescent de se déprendre d'un vécu de passivation lié à l'émergence pulsionnelle de la puberté, nous pouvons relever qu'une part de cet agir échappe au contrôle de l'adolescent (tant au plan de l'engagement moteur dans l'acte que du travail de pensée qui l'accompagne).

Ces empêchements à symboliser l'agir violent et les sources pulsionnelles qui les sous-tendent ne sont certes pas spécifiques de la clinique des adolescents auteurs d'infractions à caractère sexuel. Cependant, ils s'y trouvent sans doute exacerbés dans la mesure où ils témoignent d'une incertitude narcissique et identificatoire, dans le contexte des remaniements psychiques de l'adolescence.

### *Les paraphilies*

Le Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) V introduit le terme de **paraphilie** pour définir une anomalie de la sexualité, un trouble du comportement sexuel déviant. Il concerne la pédophilie, le frotteurisme, le fétichisme, le masochisme, le sadisme, l'éonisme ou transvestisme, l'exhibitionnisme et le voyeurisme. Nous pouvons y ajouter la zoophilie, la coprophilie, l'urophilie, la klysmaphilie (lavements), la mysophilie (saleté), la scatologie téléphonique et la nécrophilie. Il traduit la recherche de satisfaction autoérotique avec instrumentalisation de l'autre. Il n'y a pas de culpabilité authentique, ni de souffrance ni d'autocritique. Le déni et le clivage sont utilisés contre l'angoisse de castration.

Le **trouble pédophile** est un diagnostic psychiatrique qui est défini comme une attirance sexuelle persistante pour les enfants prépubères (généralement moins de 13 ans), comme en témoignent les fantasmes sexuels, les pulsions, les pensées, les modèles d'excitation ou les comportements (American Psychiatric Association APA 2013(27)). Les critères diagnostics du trouble pédophile nécessitent également de préciser si l'individu est du type exclusif (attiré uniquement par les enfants) ou non exclusif (attiré par les adultes et les enfants). Les critères recherchent aussi si l'individu est sexuellement attiré par les garçons, les filles ou les deux et si les pulsions sexuelles se limitent à l'inceste.

Certains experts distinguent davantage la pédophilie de l'hébéphilie : l'attirance sexuelle pour les enfants pubères qui présentent des signes de développement sexuel secondaire mais qui ne sont pas encore sexuellement matures ou qui ont atteint l'âge légal du consentement (Seto(27)). La pédophilie est souvent assimilée à des actes d'abus sexuels sur des enfants. Cependant, il est important de différencier le trouble pédophile des actes illégaux de violence sexuelle envers les enfants.

Un diagnostic de trouble pédophile nécessite que les individus aient des pulsions sexuelles ou suscitent des fantasmes sur les enfants qui provoquent une détresse marquée ou des difficultés interpersonnelles avec ou sans actes réels de violence sexuelle envers ces derniers. Bien que la pédophilie augmente le risque que la personne se livre à des abus sexuels sur des enfants, toutes les personnes atteintes de troubles pédophiles n'ont pas abusé d'enfants. En réalité, seulement la moitié environ de toutes les personnes qui abusent

sexuellement d'enfants répondent aux critères diagnostics de la pédophilie (Tenbergen et al(28)).

La pédophilie fait référence à un intérêt sexuel déviant chez les enfants prépubères, qui peut ou non conduire, à l'abus sexuel d'un enfant, tandis que l'abus sexuel d'enfant fait référence à la réalisation d'au moins une infraction sexuelle sur un enfant, qui peut ou non, être commise par un pédophile (Sigre-Leirós et al(29)).

Environ 40% à 50% de ceux qui abusent sexuellement des enfants ne sont pas des pédophiles, car ils ne sont pas attirés de manière préférentielle par les enfants (Eastvold et al(30)). Strassberg et al(31) ont constaté que les agresseurs sexuels d'enfants non pédophiles montraient plus de troubles psychiques que les pédophiles. Peut-être que la psychopathologie explique pourquoi un adulte sans désir sexuel intrinsèque pour les enfants choisirait d'abuser sexuellement un enfant. Les auteurs supposent que les personnes qui possèdent des qualités sociopathes, tels que l'égoïsme, l'impulsivité, le manque d'empathie pour les autres, la manipulation et le manque de conscience, sont plus susceptibles de commettre une multitude d'actes antisociaux, y compris les abus sexuels sur les mineurs.

## 2. LA LOI FRANÇAISE

### *Histoire de la pénalisation des violences sexuelles en France*

C'est le Code pénal napoléonien de 1810 qui introduit l'interdit des violences sexuelles dans la loi. Elles sont réprimées dans le chapitre « *Attentats aux mœurs* ». Le harcèlement sexuel n'est alors pas répréhensible. L'article 330 disait : « *Toute personne qui aura commis un outrage public à la pudeur, sera punie d'un emprisonnement de trois mois à un an, et d'une amende de seize francs à deux cents francs* ». L'exhibition sexuelle est l'équivalent contemporain de l'outrage public à la pudeur.

L'article 331 : « *Quiconque aura commis le crime de viol, ou sera coupable de tout autre attentat à la pudeur, consommé ou tenté avec violence contre des individus de l'un ou de l'autre sexe, sera puni de la réclusion.* »

Les articles suivants aggravaient la peine si le crime de viol était commis :

- Sur un mineur de moins de quinze ans : peine des travaux forcés ;
- Les coupables sont de la classe de ceux qui ont autorité sur la personne envers laquelle ils ont commis l'attentat, s'ils sont ses instituteurs ou ses serviteurs à gages, ou s'ils sont fonctionnaires publics, ou ministres d'un culte, ou si le coupable, quel qu'il soit, a été aidé dans son crime par une ou plusieurs personnes : peine de perpétuité.

L'expression « tout autre attentat à la pudeur » vise ce qui est aujourd'hui appelé une agression sexuelle. Ce qui est dorénavant un délit était donc un crime. Le « crime de viol » n'était pas défini laissant aux magistrats le soin de le faire. La jurisprudence a longtemps considéré que le viol n'était que la pénétration forcée du sexe d'une femme par le sexe d'un

homme. Il n'était retenu que lorsque l'homme avait utilisé la violence pour violer une femme. A cette époque, le viol n'est possible qu'en dehors du mariage (pas de viol possible d'un mari sur son épouse). Les hommes ne peuvent pas non plus être violés et un viol anal, buccal ou digital est un attentat à la pudeur.

En 1857, l'arrêt Dubas (toujours en vigueur) introduit les éléments de surprise et de contrainte. Le « cas d'espèce » était le suivant : un homme s'est introduit dans le lit d'une femme qui pensait qu'il s'agissait de son mari. Elle s'est rendu compte après le « rapport sexuel » qu'elle avait été « trompée sur la marchandise ». Le viol par « surprise » est consacré. La cour de cassation prend par ailleurs une position de principe : *« le crime de viol consiste dans le fait d'abuser une personne contre sa volonté, soit que le défaut de consentement résulte de la violence physique ou morale exercée à son égard, soit qu'il résulte de tout autre moyen de contrainte ou de surprise pour atteindre, en dehors de la volonté de la victime, le but que se propose l'auteur de l'action »*.

En 1980, une loi définit pour la première fois le crime de viol, en reprenant les éléments de la jurisprudence de toutes les années passées. Le viol est alors défini comme : *« Tout acte de pénétration sexuelle, de quelque nature qu'il soit, commis sur la personne d'autrui par violence, contrainte ou surprise »*.

Il est donc faux de croire, comme c'est le cas souvent, que le viol a été criminalisé en 1980. Au même moment, les agressions sexuelles (« attentats à la pudeur ») deviennent des délits, punis de 5 ans d'emprisonnement et non plus des crimes. Le viol est alors sanctionné de 10 ans d'emprisonnement alors qu'il était puni de la réclusion à perpétuité avant.

Avec la réforme du code pénal en 1992, entrée en vigueur en 1994, les « menaces » sont ajoutées dans les moyens utilisés par l'agresseur pour violer. L'échelle des peines du code est entièrement revue, le crime de viol est désormais puni de 15 ans de réclusion criminelle.

En 2006, une modification très dangereuse du crime de viol complétée par : *« dans ce cas (le mariage) la présomption de consentement des époux vaut jusqu'à preuve du contraire »* est introduite dans le code pénal. La loi validait donc une présomption de consentement aux actes sexuels entre époux, sans susciter l'effroi des associations féministes, hormis l'AVFT (Association européenne contre les Violences faites aux Femmes au Travail). Grâce à son action, cette notion a heureusement été supprimée par la loi du 09 juillet 2010.

Pour améliorer la lutte contre les violences sexuelles et sexistes, la loi Schiappa du 6 août 2018 comprend plusieurs points :

- Elle porte à 30 ans après la majorité des victimes présumées le délai de prescription des crimes sexuels commis sur des mineurs (ce délai était de 20 ans). Il court à partir de la majorité de la victime ;
- Elle renforce des dispositions du code pénal pour réprimer les infractions sexuelles sur les mineurs. La contrainte morale sur la personne mineure peut résulter de la différence d'âge existant entre la victime et l'auteur des faits et de l'autorité de droit ou de fait que celui-ci exerce sur la victime ;

- Elle crée une infraction d'outrage sexiste pour réprimer le harcèlement dit « de rue ». Cette infraction sera sanctionnée d'une amende pouvant aller jusqu'à 3 000 euros en cas de récidive. L'outrage sexiste est caractérisé par des propos ou des comportements à connotation sexuelle ou sexiste qui soit porte atteinte à sa dignité en raison de son caractère dégradant ou humiliant, soit créé à son encontre une situation intimidante, hostile ou offensante. La loi sanctionne également le fait d'user de tout moyen pour apercevoir les parties intimes d'une personne à son insu ou sans son contentement ;
- Elle élargit la définition du harcèlement en ligne afin de pouvoir réprimer les cas où une personne est victime d'une attaque coordonnée de plusieurs internautes, même lorsque chacune des personnes n'a pas agi de façon répétée. Le juge pourra distinguer l'instigateur et les comparses et adapter les peines à la gravité des actes commis ;
- La notion de viol s'élargit au cas de la pénétration commise « sur la personne de l'auteur ». Auparavant le viol ne comprenait que la pénétration de l'auteur sur la personne de la victime.

### *Le Code Pénal*

Au plan juridique français, c'est l'article 222.22 du Code Pénal (CP) qui définit **l'agression sexuelle** comme toute atteinte sexuelle commise avec violence, contrainte ou surprise.

Le **délit** d'agression sexuelle implique une relation sexuelle type attouchement, caresse à l'exclusion de l'acte de pénétration. Nous distinguons dans les délits l'exhibition sexuelle (accessible aux regards du public et constatée par un agent verbalisateur), le harcèlement sexuel (article 222.33 de la loi du 2 janvier 1992 avec abus de l'autorité), le délit d'atteinte sexuelle (agression sexuelle sans violence sur mineur), la pornographie (article 227.23 du CP, réseaux pédophiles, diffusions pornographiques pour un mineur y compris à domicile), les abus sur mineur (stimulation sexuelle de l'adulte par l'enfant, atteinte à la santé de l'enfant).

Les **crimes** concernent le viol (article 223.22 du CP) qui est tout acte de pénétration de quelque nature que ce soit par violence, contrainte, menace ou surprise. Nous y incluons la pénétration digitale ou par un objet dans le vagin ou l'anus, la fellation ou la sodomie. Toute relation sexuelle avant l'âge de quinze ans est punissable que ce soit de la part d'un adulte ou entre mineurs de moins de quinze ans. Au-delà, cela est punissable s'il y a une relation d'ascendance ou d'autorité, ainsi qu'en cas de violence.

Les **atteintes sexuelles** ne sont punissables par la loi pénale que lorsque la victime est mineure. Toutefois, si la victime est âgée de plus de 15 ans et n'est pas émancipée par le mariage, l'atteinte sexuelle sur mineur n'est punie que si elle est commise par une personne ayant autorité sur celui-ci. L'autorité peut être celle exercée par un parent ou par une personne à qui les parents ont délégué leur autorité.

Dans le code pénal, les atteintes sexuelles ne sont pas les seules infractions destinées spécifiquement à assurer la protection des mineurs. Il en va également ainsi de :

- La corruption ou tentative de corruption de mineur (article 227-22) qui correspond à l'incitation de mineur à la débauche ;
- L'incitation d'un mineur à l'usage illicite de stupéfiants (article 227-18), au trafic de stupéfiants (article 227-18-1), à la consommation habituelle de boissons alcooliques (article 227-19), à la mendicité (article 227-20) ou à commettre habituellement des crimes ou des délits (article 227-21) ;
- L'enregistrement ou la transmission, en vue de sa diffusion, de l'image pornographique d'un mineur (article 227-23) ;
- La fabrication, le transport ou la diffusion d'un message à caractère violent, pornographique ou de nature à porter gravement atteinte à la dignité humaine lorsque ce message est susceptible d'être vu ou perçu par un mineur (article 227-24) ;
- La privation d'aliments ou de soins au point de compromettre gravement la santé (article 227-15).

Pour de nombreuses infractions, le fait que la victime soit un mineur âgé de moins de 15 ans constitue souvent une circonstance aggravante.

#### *Des mesures et sanctions applicables aux mineurs*

Si l'auteur de faits répréhensibles est mineur, un régime particulier de sanctions est appliqué. Toutefois, plus un mineur se rapproche de sa majorité, plus il encourt un nombre significatif de sanctions. Si la **responsabilité civile** est engagée, l'indemnisation de victimes de fautes commises par des mineurs incombe aux parents. **Pénalement**, la loi ne fixe pas d'âge minimum en dessous duquel un mineur ne peut être condamné. Le discernement, la capacité à comprendre les conséquences de ses actes sont prises en compte. En revanche, selon son âge, le mineur risque différentes catégories de sanctions.

Un mineur relève du juge des enfants ou d'un tribunal pour mineur.

**Un mineur de moins de 10 ans** ne peut être condamné qu'à des mesures éducatives :

- Une remise aux parents ;
- Une remise aux services d'assistance à l'enfance ;
- Un placement dans un établissement d'éducation **ou dans un établissement médical** ;
- Une admonestation ;
- Une mesure de liberté surveillée ;
- Une mesure d'activité de jour.

**Un mineur de 10 à 12 ans** peut être sanctionné des mêmes mesures qu'un mineur de moins de 10 ans. Il risque également des sanctions éducatives :

- Un avertissement solennel, une forme plus sévère de l'admonestation prononcée par le tribunal et non le juge des enfants ;
- Une interdiction (jusqu'à 1 an) de paraître dans certains lieux ;
- Une interdiction (jusqu'à 1 an) de fréquenter certaines personnes ;
- Une confiscation d'objets ;

- Une mesure d'aide ou de réparation ;
- Ou du suivi obligatoire d'un stage de formation civique.

La violation d'une de ces obligations peut être sanctionnée par un placement.

**Un mineur de 13 à 15 ans** peut être condamné aux mêmes mesures et sanctions qu'un mineur de 10 à 12 ans. Il risque également :

- Une amende de 7 500 € maximum ;
- Un placement dans un centre éducatif fermé dans le cadre d'un sursis avec mise à l'épreuve ;
- Une peine de prison, qui ne peut excéder la moitié du maximum prévu pour un majeur coupable des mêmes faits.

**À partir de 16 ans**, un mineur risque, en plus des mesures citées ci-dessus, un travail d'intérêt général. En outre, le tribunal peut le condamner à plus de la moitié voire à la totalité de la peine de prison prévue pour un adulte en fonction :

- De sa personnalité ;
- Des circonstances de l'infraction.

Il peut être condamné à la même peine d'amende qu'un adulte.

D'autres mesures sont possibles, avec l'accord des parents :

- L'orientation vers une structure sanitaire, sociale ou professionnelle ;
- Un stage de formation civique ;
- Une consultation chez un psychiatre ou un psychologue ;
- Une réparation des dommages ;
- Une médiation entre l'auteur et la victime ;
- Une composition pénale, si le mineur a plus de 13 ans (mesures libres décidées par le procureur de la République).

### *La justice pour les adolescents auteurs de violence sexuelle (AVS)*

Comme nous pouvons le voir, les soins peuvent déjà être ordonnés pour des mineurs. Cela s'explique par la double fonction de protection et de répression de la délinquance qui incombe à la justice des mineurs. Dans une perspective de soins, l'arrivée d'un patient en thérapie sous contrainte peut poser problème si le patient ne se voit pas comme acteur de sa prise en charge.

Un autre aspect à travailler sera le placement dans un établissement de soins. Dans le cas d'un placement hospitalier, se pose la question de la marge de manœuvre du praticien, l'hospitalisation restant une prescription médicale. Cela vaut pour l'entrée et la sortie d'hospitalisation.

Un travail avec le milieu judiciaire est donc nécessaire afin de coordonner au mieux les pratiques. Les adolescents AVS peuvent être condamnés, selon leur âge aux différentes peines mentionnées ci-dessus. Le juge, ou le tribunal pour enfant, estime la peine au cas par cas.

Les directives ministérielles distinguent agression et atteinte sexuelles. Elles soulignent d'abord que les AAVS sont des mineurs en danger que la société a le devoir de protéger avec une approche éducative.

Rabaux(32) propose une formulation intéressante :

« La loi ne prend donc pas en compte la situation dans laquelle un mineur de 16 ou 17 ans aurait une relation consentie avec un jeune de quelques années son cadet. Le juge ne serait-il pas alors tenté ou contraint de qualifier ces faits en « *agression sexuelle* », voire même en « *viol* », ne disposant pas d'un texte approprié à la situation ? La différence est pourtant indéniable entre un mineur abusant d'un jeune frère ou d'une jeune sœur, sous la menace ou le chantage, et un mineur ayant une relation sexuelle plus ou moins consentie avec une adolescente, certes plus jeune que lui, mais qui n'a pas forcément ressenti l'acte comme une agression de nature sexuelle. Une fois le juge des enfants saisi d'une telle affaire, est mise en place, outre l'expertise psychiatrique, une mesure spécifique d'Investigation et d'Orientation Educative (IOE). Menée par une équipe pluridisciplinaire composée d'un assistant social, d'un éducateur, d'un psychologue et d'un psychiatre, elle présente l'avantage de durer 6 mois ».

Il existe donc plusieurs spécificités concernant le traitement judiciaire des adolescents AVS. Nous soulignons d'abord une longue période d'instruction, destinée à qualifier les faits mais aussi à mieux appréhender le patient dans son environnement. Cela permet d'adapter au mieux la réponse pénale aux faits reprochés. Là encore, la question du temps est importante puisque le prononcé d'éventuelles mesures de soins et de protection n'est pas directement lié aux résultats des soins eux-mêmes mais aussi aux faits reprochés, et aux jugements réguliers de renouvellement ou non des mesures. Ensuite, le juge dispose d'une grande latitude dans l'appréciation de la réponse à donner. Il est donc nécessaire qu'une analyse pluridisciplinaire puisse être menée. Des lieux spécifiques de prise en charge des AAVS ont été développés en lien avec la réflexion du milieu judiciaire et éducatif autour de ces jeunes.

### *L'inceste*

C'est un interdit anthropologique, une notion développée et analysée en sciences sociales qui fait appel à une dimension biologique, culturelle, psychologique difficile à traduire juridiquement. Il s'agit d'une notion qui recouvre des réalités multiples, variable d'une société à une autre, qui évolue dans le temps. Défini par le dictionnaire le *Grand Robert* de la langue française comme les « relations sexuelles entre un homme et une femme, parents ou alliés à un degré qui entraîne la prohibition du mariage entre parents très proches (au premier degré) ». L'inceste désigne en langage plus juridique « les relations sexuelles entre personnes qui sont apparentées ou alliées au degré prohibé par les lois et coutumes ».

En droit pénal, l'inceste entre personnes majeures et consentantes n'est pas réprimé. Les débats des dernières décennies ont été l'occasion de s'interroger sur l'opportunité de voir l'ensemble des relations incestueuses faire l'objet d'une interdiction pénale mais aucun consensus ne s'est dégagé en faveur de cette option. Concernant les majeurs non consentants, c'est le droit commun des infractions de nature sexuelle qui est applicable.

Pour les mineurs, le CP aggrave les infractions sexuelles commises par un ascendant ou toute personne ayant autorité et fait en outre bénéficier les personnes mineures de moins de quinze ans d'une protection renforcée, aggravant encore les agressions sexuelles commises à leur encontre et réprimant les atteintes sexuelles les concernant (article 222-29-1 du CP pour les agressions sexuelles et 227-25 du CP pour les atteintes sexuelles)(Kail et al(33)). En France, des travaux ont montré que les violences au sein de la famille représentent 43% des violences sexuelles commises par des adolescents(Kail et al(33)).

### *Différentes dénominations*

Nous allons enfin nous attarder sur les désignations d'**auteur de violence sexuelle** les plus souvent rencontrées et sur leurs implications :

- *Auteur d'agressions sexuelles/de transgressions sexuelles* : cette nomination apparaît comme une nomination générique, qui nécessite la référence à un corpus législatif clairement identifié, qui diffère d'un pays à l'autre ;
- *Auteur d'infraction à caractère sexuel* : désignation explicitement juridique, en référence à une législation et à un code pénal, qui permet de différencier les types d'infraction (en France, nous différencions par exemple agression sexuelle et viol), ainsi que la définition précise de chacune des qualifications (la définition du viol diffère en France de la Suisse où le viol se limite à tout acte de pénétration vaginale ; un homme ne pouvant donc être victime de viol) ;
- *Auteur d'abus sexuel* : terminologie fréquemment utilisée, tant dans le champ clinique que sociologique et contient un risque quant à la définition même du terme d'abus ; en effet, ce terme contient une double référence à la quantité (il s'agirait alors de nommer un excès de sexualité là où l'enjeu se tient non du point de vue de la sexualité mais du point de vue de l'excitation), et à une norme morale (nous nous attacherions alors à définir des références qui permettraient de qualifier la sexualité dans sa valence abusive) ;
- *Auteur de violence sexuelle* : c'est la référence clinique qui domine cette désignation, mettant l'accent sur la place de la violence dans les processus de la vie psychique et dans le processus adolescent tout particulièrement. La violence est ici considérée davantage dans sa dimension processuelle que comme référence à une description phénoménologique. Il existe en effet des formes de violence sexuelle sans violence comportementale, comme dans certain cas d'inceste par exemple ;
- *Adolescent engagé dans des agirs sexuels violents* : la référence psychologique est ici mise en valeur, avec une désignation qui inscrit l'adolescent dans le champ des pathologies de l'agir et qui implique une pensée de l'agir dans un continuum développemental (l'agir comme soutien des processus de symbolisation), spécifiquement référé au processus adolescent (place privilégiée de l'agir, hétéro et/ou auto agressif dans le temps de l'adolescent).

## II REVUE DE LA LITTERATURE

### *Méthodologie*

Deux méthodes ont été utilisées pour le recueil des références au vu de la spécificité de la population étudiée et du faible nombre d'études ayant traité le sujet.

D'abord, nous avons recherché les études sur PUBMED et GOOGLE SCHOLAR entre 1971 et mai 2020. Les mots clés *child, young, adolescent, enfant, abused, victim, offended, victime, perpetrator, offender, agresseur, abuseur, sexual abused, sexual aggression, sexual offender, aggression sexuelle, violence sexuelle* ont été utilisés.

Pour être incluses, les études devaient remplir les critères suivants :

- En français ou anglais ;
- Population adolescente ;
- Un groupe victime devenu auteur de violence sexuelle ;
- Article entièrement accessible à la lecture, non uniquement l'abstract.

Une lecture des abstracts a été réalisée permettant d'effectuer une première sélection des articles. Ces articles ont ensuite été lus intégralement permettant une seconde sélection, manuelle cette fois ci. Des articles d'intérêt, cités en bibliographie dans les documents, ont été sélectionnés puis recherchés dans les bases de données citées précédemment.

### *Revue de la littérature*

De nombreux auteurs s'accordent à considérer que l'adolescence n'est pas une période déterminée de la vie mais un ensemble de processus physiques et psychiques se développant en interrelation. Aux transformations physiologiques correspondent **un travail psychique** que Gutton(34) a développé sous le terme de **pubertaire**, et qui correspond à la renégociation du sexuel infantile.

L'accès à la maturité sexuelle réactive ainsi, au plan psychique, les fantasmes incestueux et parricides de l'Œdipe (la psychanalyse identifie trois étapes fondamentales de développement psycho-affectif : le stade oral, le stade anal et le stade phallique lors duquel survient chez le garçon, comme chez la fille mais d'une toute autre manière, le complexe d'Œdipe. C'est en effet de 3 à 5 ans environ que le désir libidinal portant sur le parent de sexe opposé apparaît, et que le parent de même sexe est perçu comme un rival. Le complexe connaît ensuite un déclin avec la puberté. L'adolescent affronte le complexe et son désir libidinal et se dirige alors vers d'autres objets pouvant le soulager de ce complexe.). En rendant possible la réalisation de ces fantasmes, les changements corporels imposent, au plan psychique, un travail de renoncement et de deuil, portant sur l'infantile et les objets de l'enfance. Ce travail peut s'avérer difficile chez des sujets présentant d'importantes failles narcissiques, comme en témoigne la clinique des adolescents engagés dans des agirs sexuels violents.

Marty(35) propose de comprendre l'accès à la génitalité dans la perspective d'un refoulement de la sexualité infantile : « le génital pubertaire constitue l'infantile en le refoulant, l'adolescence émerge sur ce refoulement de l'infantile ». Cette conception, qui met en perspective un échec dans le travail de refoulement, apparaît particulièrement intéressante pour concevoir l'agir comme témoin d'un échec de la représentation. Le passage à l'acte, ou passage par l'acte, serait alors à considérer comme un mode de traitement sur la scène de la réalité externe de ce qui ne peut être traité sur la scène interne.

Pour Lemitre et Coutanceau(36), la violence sexuelle à l'adolescence s'ancre dans une fragilité des enveloppes psychiques assurant mal leurs fonctions de contenance et de pare-excitation. Un défaut de la structure de la membrane du « Moi-peau » confronterait ces adolescents à une réalité sensorielle beaucoup trop excitante. Ce ne serait pas la discrimination « dedans-dehors » qui chez eux ferait défaut, mais la capacité à moduler les contenus psychiques pour les faire circuler de manière souple entre le monde interne et la réalité extérieure.

Les transformations corporelles et l'émergence d'une pulsionnalité nouvelle peuvent provoquer un vécu d'intrusion chez l'adolescent, en le confrontant à l'expérience d'être agi de l'extérieur, introduisant une forme de doute quant à la vectorisation pulsionnelle et quant à la définition de la qualité des enveloppes (fiabilité des frontières entre le dedans et le dehors). La puberté comporte alors une dimension potentiellement traumatique et, dans ce contexte, l'agir violent peut constituer, par retournement, une tentative d'échapper à cette expérience d'être agi, tentative d'échapper au risque de la passivation (Jeammet(26)).

Cette peur de la passivité peut être comprise avec Balier(37), en écho à l'angoisse d'inexistence du sujet. Couraud(38), dans un travail consacré aux adolescents pris en charge dans le cadre de la Protection Judiciaire de la Jeunesse (PJJ), souligne les difficultés de ces adolescents, qui n'ont pu faire l'expérience dans l'enfance, d'un environnement suffisamment fiable et contenant, à nouer une relation amoureuse. Ces adolescents ne pourraient supporter les risques que comporte l'attachement : se mettre dans une position de besoin, de dépendance par rapport à l'autre, s'exposer à l'échec, à la perte, et prendre le risque de réactiver la souffrance liée à d'autres pertes, d'autres échecs.

C'est ce que souligne Balier(39) : « l'envie de vivre accompagnée de plaisir (c'est cela la poussée pulsionnelle) est orientée par une formidable attraction vers les objets environnants mais aussi par une puissante envie de se déprendre d'eux par crainte de la fusion ». Paradoxalement, l'agir sexuel violent, qui est requis comme moyen de sauvegarde, pourrait exprimer un besoin vital de liaison qui ne peut s'exercer que dans une violence sexuelle à caractère traumatique dont l'autre serait le dépositaire. C'est ce que Guillaumin(40) propose de penser avec l'introduction de la notion de « traumatisme traumatophilique » : la construction du traumatique par le traumatisme permet d'édifier un traumatisme dont on se souvient afin de pallier l'inaccessibilité d'un traumatisme perdu pour l'histoire personnelle.

## **A. LES ADOLESCENTS VICTIMES DE VIOLENCE SEXUELLE**

L'agression sexuelle sur un mineur est définie comme tout acte ou jeu sexuel, hétérosexuel ou homosexuel, entre une ou des personnes en situation de pouvoir, d'autorité ou de contrôle, et un enfant (de moins de 18 ans). Ces actes sexuels ont pour but de stimuler sexuellement le jeune ou de l'utiliser pour se stimuler soi-même sexuellement ou pour stimuler une autre personne. Lorsqu'il s'agit d'un adulte ou d'une personne ayant de trois à cinq ans de plus que la victime, les lois de plusieurs pays prévoient qu'il y ait automatiquement une situation de pouvoir et qu'il s'agit donc d'agression sexuelle. Lorsqu'il n'y a pas de situation de pouvoir ou de contrôle, il y a agression sexuelle si la victime ne consent pas à l'activité sexuelle.

### **1. EPIDEMIOLOGIE**

#### *Des agressions sexuelles subies fréquentes*

Dans une recension d'une vingtaine d'études d'incidence effectuées principalement en Amérique du Nord, Lavergne et Tourigny (41) concluent que les mineurs agressés sexuellement constituent **10 à 12% des enfants maltraités** signalés aux services de protection de l'enfance et que les taux d'incidence, varient, selon les études de 0.7 à 4.5 cas d'enfants agressés sexuellement pour 1000 enfants. Aux Etats-Unis, une étude de 2006 de l'US Department of Health and Human Services(42) indique que les cas d'agression sexuelle constitueraient près de 9% de tous les cas de mauvais traitements fondés signalés aux services de protection de l'enfance américains avec 80 000 cas.

En 2016, selon la source précédente(43), plus de 57 000 enfants vivants ont été victimes d'abus sexuels. Sur la base d'études rétrospectives sur les adultes, il est clair que ce nombre ne représente que la pointe de l'iceberg, avec seulement environ une victime sur 20 l'ayant révélé dans l'enfance (Kellogg et al(44)).

La prévalence des agressions sexuelles varie de 2 à 71% chez les femmes et 3 à 76% chez les hommes, en fonction de la méthodologie, des populations étudiées, des définitions. Gorey et al(45) ont effectué une recension de 16 études nord-américaines de prévalence de l'agression sexuelle durant l'enfance auprès d'échantillons d'adultes dont 75% étaient aléatoires et représentaient diverses populations. Les auteurs estiment que le taux de prévalence pour les femmes serait de 22.3% et les hommes de 8.5%. Pereda et al(46), dans une méta-analyse de 65 articles scientifiques sur 22 pays, retrouvent un taux de 19.7% chez les femmes et 7.9% chez les hommes. Globalement, dans la littérature, nous retrouvons des taux de 1 femme sur 5 et 1 homme sur 10.

La prévalence au cours de la vie des violences sexuelles subies sur les enfants et les adolescents, dans une définition plus large, est estimée entre 4,1% pour les garçons d'ethnie asiatiques et 21,5% pour les filles australiennes (Stoltenborgh et al(47)), tandis que la

prévalence en Amérique du Nord, est estimée à 8,0% (garçons) et 20,1% (filles) et en Europe à 5,6% (garçons) et 13,5% (filles).

### *Des chiffres en baisse ?*

Une première augmentation importante des taux d'incidence des cas de violence sexuelle a eu lieu au début des années 80 aux Etats-Unis (Jones et Finkelhor, 2001(48)), mais les données provenant des différentes agences de protection de l'enfance américaines montrent toutefois que l'incidence des cas d'agressions sexuelles jugés fondés aurait diminué au cours des 20 dernières années, avec une baisse moyenne de 53% entre 1992 et 2006 (Finkelhor et Jones, 2006(49)). Ils rapportent certains facteurs explicatifs de cette diminution significative des taux d'incidence d'agression sexuelle aux Etats-Unis.

Le début du déclin coïnciderait avec une amélioration soutenue de l'économie, une augmentation des effectifs policiers et du personnel travaillant pour la protection de l'enfance, des politiques criminelles plus persuasives, une prise de conscience plus grande de la société à cette problématique, une diffusion plus grande d'options de traitements, l'adoption de lois permettant l'établissement de registres de délinquants dangereux. Cependant, il est difficile de se baser sur ces taux car ces statistiques ne représentent que le nombre de victimes connues des autorités (Collin-Vézina et al(50)).

Une étude d'incidence québécoise ayant documenté près de 10 000 situations signalées à la Direction de la Protection de la Jeunesse (DPJ) en 1998-1999 permet de décrire les caractéristiques des agressions sexuelles vécues par les enfants (Tourigny(51)). Pour les 1500 enfants dont l'agression sexuelle a été jugée fondée par la DPJ, les résultats indiquent que dans 65% des cas, il s'agit d'attouchements, suivi de relations sexuelles complètes dans 14% des cas, de tentatives de relations sexuelles complète dans 9%, et de situation d'exhibitionnisme-voyeurisme pour 6%. 43% d'entre eux subissaient ces agressions depuis plus de six mois au moment de leur signalement, alors que 31% avaient été agressés une seule fois. 8% des enfants avaient des blessures ou des atteintes physiques lors de l'évaluation qui a suivi le signalement. Parmi eux, 33% ont eu besoin d'un traitement médical. Les blessures étaient le plus souvent des ecchymoses, des coupures et des éraflures.

### *Peu de dénonciations durant l'enfance*

Ces données ne donnent toutefois qu'une image partielle de l'ampleur du phénomène des agressions sexuelles sur les mineurs. Ces taux ne concernent que les cas d'agression sexuelle connus et jugés fondés par les services de protection de l'enfance, ce qui ne représenterait qu'une faible proportion des agressions sexuelles sur les mineurs (Wolfe(52)). En effet, certaines études montrent clairement que la majorité des agressions sexuelles dont sont victimes les mineurs ne seront pas dévoilées à leur entourage ou aux autorités avant que ceux-ci n'atteignent l'âge adulte ou ne seront jamais dévoilées.

Dans une recension des études de prévalence internationales rétrospectives effectuées auprès d'échantillons d'adultes, London et al(53) soutiennent qu'en dépit de variations méthodologiques entre les études recensées, une proportion importante des adultes ayant été victimes d'agressions sexuelles rapportent n'avoir jamais dévoilé leurs agressions sexuelles, et que seulement une minorité de ces adultes les ont rapportées aux autorités. Selon les auteurs, 10 à 46% des victimes n'avaient jamais dévoilé les agressions

sexuelles, **5 à 18% les avaient rapportées** aux autorités au moment de l'étude. Plusieurs autres études québécoises, relativement récentes, réalisées auprès d'échantillons représentatifs d'adultes, rapportent que 31% des hommes n'ont jamais dévoilé les agressions sexuelles dont ils ont été victimes dans l'enfance, et de 16 à 26% chez les femmes (Baril et al(54), Hébert et al (55)).

#### *Le sexe féminin plus touché*

Les enfants victimes de violence sexuelle sont majoritairement de sexe féminin, quoiqu'il y ait une proportion non négligeable de victimes de sexe masculin. Nous estimons que les filles représentent **75 à 80% des victimes de violence sexuelle** (Black et al(56), Finkelhor et al(24), Knutson(57), Wolfe(52)). Par exemple, dans la recension des facteurs de risques associés aux violences sexuelles sur les enfants, Black et al(56) soutiennent que les filles risquent 3 fois plus que les garçons d'être victimes de violence sexuelle pendant leur enfance.

#### *Des périodes plus à risque*

Chez les mineurs, certains groupes d'âge semblent plus à risque. Les filles âgées de 6 à 7 ans et celles âgées de 10 à 12 ans risquent le plus d'être victimes de violence sexuelle, alors que les enfants de moins de 6 ans sont les moins à risque (Finkelhor et al(24), Wolfe(52)).

Par contre, Russell(58) constate peu de différences dans la prévalence selon les âges, mais note que les adolescentes sont davantage agressées par leurs pairs. Holmes et al(59) soulignent que, chez les garçons victimes, la première agression sexuelle survient quand la victime a environ 10 ans.

Il semble que les enfants de moins de 12 ans, notamment ce qui ont entre 6 et 11 ans soient particulièrement à risque de violence sexuelle intrafamiliale (Alter-Reid et al(60), Vander-Mey et al(61)). Dans le cadre de leur recension, Black et al(56) prétendent toutefois qu'en dépit de résultats mitigés, l'adolescence est la période pendant laquelle les enfants (principalement les filles) courent le plus de risque d'être victime de violence sexuelle. D'ailleurs, l'examen des cas de violence sexuelle signalés aux services québécois de la protection de l'enfance et jugés fondés tend à confirmer que les adolescents sont légèrement plus à risque.

Tourigny et al(62) montrent qu'en 1998, 42% des cas de violence sexuelle concernaient des adolescents, comparativement à 35% pour les enfants âgés de 6 à 12 ans. Comme le soulignent Finkelhor et al(24) et Wolfe(52), il est probable que les différences observées selon l'âge s'expliquent par la nature de l'agression et le lien avec l'agresseur. Ainsi, des données représentatives relativement récentes montrent que 45% des victimes d'attouchements sexuels durant l'enfance l'ont été pour la première fois entre 6 et 11 ans, alors que 69% des victimes de viol ont été agressées à l'adolescence (Tourigny et al(63)).

## 2. FACTEURS ENVIRONNEMENTAUX ET FAMILIAUX

### *Un milieu familial difficile*

Dans sa recension des écrits, Wolfe(52) a établi une série de facteurs familiaux et parentaux pouvant être associés aux risques d'être victime de violence sexuelle durant l'enfance. Ces facteurs peuvent concerner la capacité parentale à bien superviser l'enfant ou toucher directement l'enfant en augmentant sa vulnérabilité quant à une éventuelle situation d'agression sexuelle, ce qui correspond aux 3ème et 4ème préconditions du modèle explicatif proposé par Finkelhor(64) (détaillé dans le chapitre Psychopathologie des victimes). En ce qui concerne les parents, ces facteurs (Black et al(56), Finkelhor et al(24), Fleming et al(65), Tourigny et al(66), Wolfe(52)) sont :

- Une grossesse non désirée ;
- Un faible niveau d'éducation maternelle ;
- La consommation de drogues ou d'alcool ;
- Des troubles psychiques chez les parents ;
- Une relation parents-enfants difficile ;
- Un faible sentiment de compétences parentales (particulièrement chez la mère) ;
- Une perception plus faible de la qualité du soutien émotif que peut offrir le parent.

De plus, un ensemble d'indicateurs des perturbations du milieu familial serait lié à un risque plus élevé d'être victime d'agression sexuelle durant l'enfance. Ces indicateurs sont de deux ordres : dans un cas, l'enfant ne vit pas avec ses parents biologiques en raison de la mort ou de l'absence prolongé d'un des deux parents, d'une séparation, d'un divorce ou d'une recomposition familiale ; dans l'autre cas, les parents ont une relation conjugale difficile (Black et al(56), Faller(67), Finkelhor et al(24) et Wolfe(52)).

Dans leur recension des écrits portant sur des agressions sexuelles sur les garçons, Holmes et al(59) mentionnent que les facteurs familiaux suivant constituent des facteurs de risques associés au fait d'être victime d'agression :

- Vivre dans une famille à faibles revenus ;
- Ne pas vivre avec son père ;
- Appartenir à un groupe ethnique minoritaire.

### *Des conflits entre les parents fréquents*

Concernant les relations conjugales, les parents rapportant de l'insatisfaction et des conflits seraient plus représentés chez les parents d'enfants agressés sexuellement. Enfin, le fait pour une mère d'être victime d'agression physique par son conjoint serait associé à un risque plus élevé que son enfant soit victime d'une violence sexuelle intrafamiliale (Black et al(56), Finkelhor(68), Paveza(69)).

### *Non spécifique d'une ethnie*

Il existe une certaine controverse au sujet du rôle que joue la classe sociale et l'origine ethnique de la famille en tant que facteur de risque associé au fait d'être victime de violence sexuelle. Alors que Black et al(56) soutiennent, à partir de l'analyse des résultats concernant deux échantillons représentatifs américains, que le fait d'être un enfant afro-américain est associé à un risque plus élevé d'être victime de violences sexuelles et que le fait d'être un enfant d'origine caucasienne en diminue les risques. D'autres études dont deux moins récentes n'établissent pas de tels liens (Alter-Reid et al(60), Finkelhor et al(24), Hamel et al(70)). De même, Bolen(71), à partir d'une recension d'études ayant uniquement utilisé des échantillons populationnels représentatifs, conclut qu'il est difficile de déterminer si l'ethnicité ou la classe sociale sont des facteurs de risque associés aux violences sexuelles.

### *Tout niveau socio-économique*

Les abus sexuels se produisent dans des familles de tous statuts socioéconomiques (Davies et al(72)). Carlson et al(73) ont constaté que, dans une population d'enfants vus dans un centre de protection de l'enfance, 61% des enfants avaient été agressés sexuellement par un parent, 38%, par une connaissance et seulement 1%, par des étrangers.

Selon Hamel et al(70), les recherches ayant établi un lien entre la classe sociale, l'ethnicité et l'agression sexuelle d'un enfant sont principalement des recherches effectuées auprès des services de protection de l'enfance. Le lien en question, doit davantage être attribué au fait que ces services seraient plus à même de détecter les problèmes dans les familles les plus pauvres et les plus marginales.

Par exemple, les données québécoises provenant des services de protection de l'enfance montrent en effet une surreprésentation des familles défavorisées économiquement : 41% des enfants dont le signalement pour violence sexuelle a été retenu et fondé vivaient avec au moins une figure parentale dont la source de revenu était l'aide sociale, et plus du quart des parents de ces enfants, soit 26% d'entre eux, avaient des problèmes d'ordre économique (Tourigny et al(62)).

### *Une transmission intergénérationnelle fréquente*

Evoquant l'hypothèse de la transmission intergénérationnelle, les cliniciens suggèrent d'évaluer non seulement les antécédents de violence sexuelle du parent, mais aussi la façon dont cette violence a été traitée, voir résolue (Friedrich(74), Herman(75)). Cette hypothèse repose en partie sur le nombre élevé de mères d'enfants agressés sexuellement qui ont elles-mêmes été victimes d'agression durant leur enfance, ce qui suggère que les risques que court l'enfant d'être victime de violence sexuelle sont accrus lorsque la mère a elle-même subi ces violences (Baril et al(76), Collin-Vezina(77)).

Selon la recension des études de prévalence de Higgins et al(78), ce dernier taux concerne 13 à 43% des répondants. Il s'avère aussi que les effets de la maltraitance durant l'enfance sont cumulatifs, tant chez les hommes que chez les femmes (Bouchard et al(79), Higgins et al(78)), ce qui signale une augmentation de la probabilité que ces parents souffrent de troubles mentaux.

De Jong(80), Runyan et al(81), Morrison et al(82) ont observé que ces mères offraient davantage de soutien que celles n'ayant pas subi d'agression sexuelle durant leur enfance, et plusieurs études n'ont pas démontré de relation entre ces 2 variables (Cyr et al(83), Deblinger et al(84), Faller(85), Leifer et al(86), Myer(87), Sas et al(88)). Par contre, Gomes-Schwartz et al(89) ont trouvé que ces mères offraient moins de soutien à leur enfant.

### *Le vécu traumatique de la mère*

Quant aux pratiques parentales, Collin-Vezina et al(90) soulignent dans leur recension que les études cliniques et qualitatives, qui ont d'abord porté sur les familles incestueuses, rapportent que les mères ayant subi une agression sexuelle durant l'enfance ont de la difficulté à composer avec les demandes de leur enfant, à répondre à ses besoins émotifs et à tolérer une proximité physique et émotive avec lui. Il serait aussi difficile pour ces femmes survivantes de l'inceste d'offrir une structure stable à leur enfant et de trouver un équilibre entre l'affection et la discipline (Gelinass(91)). Une recension des écrits de DiLillo et al(92) révèle que les mères victimes de violence sexuelle durant leur enfance seraient moins capables d'exercer leur autorité parentale et d'établir des limites claires pour leur enfant, possèderaient des capacités parentales plus faibles et auraient plus souvent recours à des punitions physiques sévères.

Également, par rapport aux mères indemnes de violence sexuelle, ces mères éprouveraient significativement plus d'anxiété en lien avec certains aspects de leurs pratiques parentales et s'inquièteraient davantage de la perception d'autrui, de leurs pratiques, craignant que celles-ci puissent être considérées comme inappropriées (Douglas(93)). Les études de corrélation sur des échantillons plus vastes et non cliniques ont démontré qu'une expérience d'agression sexuelle durant l'enfance était associée à certains problèmes parentaux, telle que la parentification, une difficulté à assumer le rôle parental et à fournir des soins appropriés à l'enfant, une implication plus faible dans sa relation avec celui-ci, des affects maternels restreints, un plus grand potentiel d'abus, une vision plus négative de soi comme parent et l'adoption de comportements parentaux agressifs (Burkett(94), Cole et al(95), Lyons-Ruth et al(96), Newcombe et al(97)). Il semble que les autres formes de mauvais traitements vécus durant l'enfance, qui ne sont pas toujours considérés dans les études, ont aussi une influence sur les pratiques parentales de la mère.

Plus précisément, certains auteurs observent une relation entre la négligence et les mauvais traitements physiques subis par la mère et des pratiques parentales déficientes. De Paul et al(98) rapportent notamment que les mères adolescentes qui ont subi des punitions corporelles sévères durant leur enfance sont plus enclines à utiliser la punition physique de manière abusive.

Lyons-Ruth et al(96) ont trouvé que les antécédents d'abus physiques étaient associés à des comportements hostiles et intrusifs de la mère. Quant aux mères qui ont subi de la négligence durant l'enfance, elles seraient plus à risque d'avoir des pratiques parentales inadéquates (froideur affective, agressivité, rejet et négligence de l'enfant) selon Newcombe et al(97). Lorsque nous tenons compte de la coprésence des formes de mauvais traitement, au moins deux études (Collin-Vezina et al(90), Zuravin et al(99)) ont prouvé que l'abus physique et la négligence émotionnelle rendaient mieux compte des difficultés relatives aux pratiques parentales que l'agression sexuelle.

L'histoire de violence sexuelle de la mère ne conduit pas nécessairement à l'agression de son enfant, mais semble augmenter les probabilités que soient présentes deux conditions préalables à l'agression sexuelle: le développement de certaines difficultés d'adaptation chez cet enfant et un environnement à risque caractérisé par une faible supervision parentale, toutes deux recherchées par les agresseurs.

Ainsi, il est utile de préciser que si les séquelles des mères survivantes de violence sexuelle dans l'enfance exposent leur enfant à davantage de facteurs de risque de l'agression sexuelle, seule la présence d'un agresseur à un moment dans la vie de l'enfant pourra faire de lui une victime (Hébert et al(100)).

### *La figure paternelle*

Par ailleurs, nous retrouvons que 16% des cas d'agression sexuelle envers les enfants signalés à la protection de la jeunesse impliquent un inceste père-enfant (Toutigny et al(51)). Les enfants présentent davantage de symptômes anxieux lorsque le père offre peu de soutien à l'enfant.

En 1994, une enquête américaine (National longitudinal Survey of Children and Youth(101)) démontre que les enfants abusés d'âge scolaire (âgés de cinq à neuf ans), dont le père est absent, ont plus de risques de présenter des difficultés scolaires et relationnelles. Les garçons auraient tendance à présenter des troubles extériorisés alors que les filles des troubles intériorisés.

Chez les adolescents, une étude de Williams et al(102) évaluant l'engagement paternel, la perception de sécurité d'attachement à la figure paternelle et maternelle ainsi que les troubles intériorisés et extériorisés tels que rapportés par l'enseignant, indique que l'engagement et l'attachement paternel expliquent une proportion unique de la variance des troubles extériorisés et des troubles du comportement à l'école. En clair, une relation père-enfant de bonne qualité est associée à un meilleur ajustement comportemental chez les adolescents.

Palkovitz(103) , après avoir synthétisé les résultats des recherches sur l'implication émotive, l'attachement, l'engagement envers les enfants et le soutien économique et familial, indique que les pères développent les bénéfices que l'enfant tire de ce lien père-enfant au plan des compétences cognitives, de sa performance à l'école, de ses capacités empathiques, de l'estime et du contrôle de soi, des habiletés sociales et de vie.

A la suite d'une agression sexuelle, il est possible que l'enfant devienne plus méfiant envers le monde extérieur ou que les mères, dans un souci de protection de l'enfant, le surprotègent en limitant ses sorties et activités à l'extérieur de la maison. Le père pourrait ici favoriser la confiance en soi de l'enfant en l'encourageant à poursuivre ses activités ou à en commencer de nouvelles. De plus, comme la majorité des violences sexuelles sont commises par des hommes envers des filles mais également des garçons, le fait de maintenir un lien affectif et social significatif avec son enfant devrait permettre à ce dernier de nuancer son expérience avec le sexe masculin. Entre autre, les enfants pourraient mieux cerner les différentes facettes du rôle sexuel masculin et les distinguer des caractéristiques de leur agresseur (Hébert et al(100)).

### *Les lieux de placement plus à risque*

Les enfants vivant en pensionnat et en internat sont généralement considérés comme un groupe à risque en ce qui concerne à la fois les abus sexuels et la maltraitance en général. Les rapports des pédiatres indiquent un risque multiplié par 6 d'agressions sexuelles pour un enfant placé à l'extérieur du domicile (Hobbs et al(104)). Une étude en Allemagne montre que la prévalence de la violence sexuelle au cours de la vie des habitants des foyers d'accueil et des internats est de 57%, la prévalence déclarée par les filles étant nettement plus élevée que celle des garçons (Allroggen et al(105)).

### *Scolarité plus difficile*

Les jeunes ayant subi une agression sexuelle sont susceptibles d'éprouver des difficultés d'adaptation au milieu scolaire selon Daignault(106,107).

### *Orientation vers la délinquance plus fréquente*

Widom(108), Zingraff et al(109), Smith et al(110) ont constaté qu'une histoire de maltraitance infantile augmente considérablement les risques de s'orienter vers la délinquance. Bien que la maltraitance ne soit certainement pas une garantie de délinquance ultérieure, une histoire de maltraitance augmente considérablement le risque d'être arrêté et la fréquence d'arrestations. Des antécédents de maltraitance étaient liés à des formes plus graves de délinquance autodéclarée, y compris des formes de délinquance violentes, graves et modérées. La maltraitance n'est cependant pas liée de manière significative à la délinquance mineure.

De plus, Smith et al(111) ont constaté que la maltraitance est un prédicteur important de la prévalence de la délinquance officielle, modérée et violente lorsque les facteurs tels que l'origine ethnique, le sexe, la classe sociale, la structure familiale et la mobilité sont neutralisés. Ils rapportent que le fait d'avoir des antécédents de maltraitance infantile suffisamment graves pour justifier une intervention des Services de protection de l'enfance est un facteur de risque important de participation ultérieure à une délinquance grave. Au sein de ce groupe hautement sélectionné, il semble y avoir au moins des preuves préliminaires que le fait de subir des formes de maltraitance plus extrêmes est associé à des taux plus élevés de délinquance subséquente.

Dans une étude sur le devenir des enfants victimes de violence sexuelle, Widom et al(112) rapportent que malgré la rareté relative de leurs arrestations, les enfants victimes d'abus sexuels sont plus susceptibles d'être arrêtés pour prostitution que les enfants maltraités ou négligés physiquement (4,7 fois plus) et les témoins (27.7 fois plus). Les enfants maltraités physiquement avaient tendance à être plus susceptibles que les autres groupes (victimes d'abus sexuels, victimes de négligence et témoins) d'être arrêtés pour des délits sexuels violents (viol, sodomie), bien que cette différence n'ait pas atteint le seuil de significativité. Les auteurs ont également comparé les arrestations en tant que mineur et en tant qu'adulte pour les enfants victimes d'agression sexuelle par un membre de la famille (ou un parent) à ceux qui ont été abusés sexuellement par un membre non familial (connaissance ou étranger). Parmi les victimes d'agression sexuelle pendant leur enfance, celles qui étaient abusées par un parent avaient tendance à avoir un pourcentage un peu plus élevé d'arrestations en tant que mineurs (26% contre 19%) et en tant qu'adultes (24% contre 17%) que celles victimisées par des personnes non apparentées.

### 3. SYMPTOMATOLOGIE

Différentes caractéristiques liées à l'enfant augmenteraient le risque qu'il soit victime de violence sexuelle. La littérature sur le sujet rapporte notamment des problèmes de comportement chez l'enfant, particulièrement chez les garçons ; des déficits sur le plan intellectuel et des difficultés scolaires, l'isolement social, le fait d'avoir été victime d'abus physiques au sein de la famille ou d'avoir déjà été victime de violence sexuelle dans le passé, un très grand besoin d'attention, et le fait d'avoir un handicap physique (Black et al(56), Finkelhor et al(24), Fleming et al(65), Knutson(57) et Wolfe(52)). Wolfe(52) souligne que les enfants qui reçoivent les soins institutionnels ou qui sont en résidence pour différents problèmes, tel un handicap physique ou intellectuel, risquent plus de connaître de la violence sexuelle que les autres enfants.

Même s'il n'est pas encore clairement prouvé que l'isolement social de l'enfant puisse être un facteur de risque, Budin et al(113) rapportent que les AVS disent rechercher les enfants passifs, tranquilles, troublés, isolés et provenant de familles brisées. Les premières enquêtes sur la violence sexuelle envers les mineurs approchés par internet semblent également confirmer que les agresseurs ciblent les mineurs plus isolés, passifs ou vulnérables sur le plan des émotions (Wolfe(52)).

#### *Troubles de l'attachement*

La victimisation dans l'enfance est associée à une rupture de l'attachement des *caregivers* (personnes qui prennent soins, parent ou non) (Bowlby(15), Burk et al(114), Main(115)). Le trouble de l'attachement se produit lorsque les caregivers ne peuvent pas répondre adéquatement aux besoins développementaux de leurs enfants (par exemple : la sécurité (Burk et al(114))). La victimisation dans l'enfance met en évidence l'incapacité de la personne qui s'occupe de l'enfant de répondre à leurs besoins et perturbe ainsi le lien d'attachement entre l'enfant et la figure d'attachement (Bowlby(15), Burk et al(114)). Les enfants dont l'attachement est perturbé se caractérisent par une méfiance générale envers leurs caregivers et de faibles stratégies de régulation émotionnelle (Burk(114), Grossman et al(116), Main(115)).

À mesure que les enfants entrent dans l'adolescence, l'attachement des caregivers fonctionne comme un paradigme pour les relations extrafamiliales (par exemple : les entraîneurs ou les enseignants ; Rice(117), Rosenthal et al(118)). Les adolescents avec des attachements sécurisés ont des relations plus prosociales basées sur la confiance et la vulnérabilité mutuelle (Gullone et al(119), Rice(117)).

En revanche, les relations extrafamiliales peuvent provoquer une détresse chez les adolescents ayant des troubles de l'attachement en rappelant la victimisation ou les mauvais traitements antérieurs (Main(115)). Des schémas dysfonctionnels précoces refont surface dans ces relations et exacerbent les conséquences psychologiques négatives de la victimisation infantile (Knox(120), Linder et al(121), Main(115)). Les besoins non satisfaits créés par la victimisation infantile perpétuent donc des troubles de l'attachement tout au long de l'adolescence (Grossmann et al(116), Rosenthal et al(118)).

La polyvictimisation exacerbe probablement la détresse provoquée par les troubles de l'attachement envers le caregiver. Les victimisations multiples suggèrent une incapacité profonde des caregivers à répondre aux besoins développementaux de leurs enfants, en particulier à leur besoin de sécurité (Cohen et al(122), Kerr et al(123)). Les adolescents qui ont subi de multiples victimisations rapportent plus d'anxiété sociale, une baisse de confiance envers les autres et une plus grande aliénation sociale que les adolescents avec moins de victimisations (Cohen et al(122), 2012).

Des difficultés dans l'établissement de relations, la désensibilisation aux déclencheurs et le développement des compétences ont également été observés pendant le traitement des adolescents polyvictimisés, suggérant une altération des structures relationnelles et thérapeutiques nécessaires à la réussite des traitements (Cohen et al(122)).

### *Des troubles psychiatriques nombreux*

Les données de la littérature sur les trente dernières années indiquent que les mineurs victimes de violence sexuelle souffrent de troubles intériorisés (symptômes d'anxiété ou de dépression, troubles somatiques, comportements d'isolement social) et de troubles extériorisés (sentiment de colère, agressivité, trouble des conduites) lorsque nous les comparons à des enfants qui n'ont pas subi d'agression sexuelle (Berliner(124), Briere et al(125), Hébert et al(126)).

Une méta-analyse de Maniglio(127) résume que les victimes ont un risque plus élevé de dépression (Paolucci et al(128)), d'anxiété (Neumann et al(129), Rind et al(130)), de psychose (Rind et al(130)) et de stress post-traumatique (Neumann et al(129), Paolucci et al(128)) mais aussi de colère, de toxicomanie, de troubles interpersonnels (Neumann et al(129)), d'abus d'alcool et d'hostilité (Rind et al(130)).

Pour plusieurs enfants, les conséquences liées à l'agression sexuelle se manifesteront dans des sphères de vulnérabilité antérieures (par exemple, les enfants qui éprouvaient de l'anxiété avant la violence sexuelle subie pourraient risquer davantage de développer des symptômes de stress post-traumatique que les enfants qui n'en n'éprouvaient pas (Berliner(124))).

Par ailleurs, les mineurs vivants dans des conditions familiales qui les rendent vulnérables (psychopathologie sévère d'un parent, conditions préexistantes défavorables, agression antérieure) sont en général susceptibles d'éprouver des difficultés plus importantes que les autres enfants victimes d'agression sexuelle (Berliner(124)). Selon Wolfe(52), il est possible de distinguer trois catégories de conséquences à la suite du dévoilement d'une violence sexuelle subie :

1. Les symptômes propres à l'agression sexuelle ;
2. Les symptômes liés à l'agression sexuelle, mais qui n'y sont pas propres ;
3. Les changements pathologiques relatifs aux processus psychologiques.

1) **Les symptômes propres à l'agression sexuelle** regroupent les symptômes de dissociation, de dépression, de stress post-traumatique ainsi que des comportements sexuels problématiques (Wolfe(52)). L'une des premières recensions des études empiriques avait d'ailleurs souligné que les 2 derniers symptômes précédemment cités constituaient les

2 seules manifestations typiques des enfants victimes de violence sexuelle par rapport à d'autres populations cliniques (Kendall-Tackett et al(131)).

La littérature indique que près de 50% des enfants ayant subi une agression sexuelle éprouvent les symptômes de stress post-traumatique et qu'au moins le tiers d'entre eux répondent à tous les critères de cette pathologie (Bernard-Bonnin et al(132), Heflin et al(133), McLeer et al(134), McLeer et al(135), Saywitz et al(136)). Dans une analyse menée auprès d'un groupe d'enfants âgés de 7 à 12 ans, le risque d'obtenir des cotes atteignant le seuil clinique en ce qui concerne les symptômes de stress post-traumatique était 4 fois plus élevé chez les enfants ayant dévoilé une violence sexuelle que les autres (Collin-Vezina et al(137)).

La dissociation peut constituer un mécanisme de défense qui permet à l'enfant de fuir mentalement une situation d'agression (Terr(138), Wolfe(52)). Dans le cas d'agressions qui perdurent, ce mécanisme, utilisé de façon répétitive, peut mener à d'importantes perturbations sur le plan de la mémoire, des pensées, des émotions et de l'identité (Wolfe(52)).

Bien que la prévalence des symptômes de dissociation pathologique soit moins importante que celle des symptômes de stress post-traumatique, ceux-là sont peut-être plus propres à l'agression sexuelle, puisque le risque que les symptômes des enfants agressés atteigne le seuil clinique est 8 fois plus élevé que celui de leurs pairs non-agressés (Collin-Vezina et al(137)). Par ailleurs, les enfants éprouvant des symptômes de dissociation peu après le dévoilement sont vulnérables au développement ultérieur de symptômes de stress post-traumatique (Kaplow et al(139)). De plus, le risque que les victimes d'agression sexuelle souffrent de dépression serait 4 fois plus élevé que celui des jeunes non victimisés (Boney-McCoy et al(140)).

**2) Les symptômes liés à l'agression sexuelle, mais qui n'y sont pas propres** désignent les symptômes annexes en lien avec les violences sexuelles. Wolfe(52) rapporte par exemple que les troubles du comportement extériorisés (colère, agressivité, trouble des conduites) sont souvent plus présents chez les victimes d'agression sexuelle que dans la population générale.

En revanche, ces symptômes peuvent être davantage relatifs à certains stressseurs typiques auxquels les enfants qui souffrent de troubles extériorisés font face (environnement familial comportant de l'adversité de divers ordres, enfants avec polytraumatisme) plutôt que propres à l'agression sexuelle subie. L'abus de drogue et d'alcool, les troubles alimentaires et les comportements d'automutilation font aussi partis des symptômes associés à l'agression sexuelle mais qui n'y sont pas propres (Wolfe(52)).

**3) Finalement, selon Wolfe(52), il importe de considérer les changements pathologiques relatifs aux processus psychologiques**, qui font référence aux changements découlant de l'exposition à une agression sexuelle et susceptible d'exercer un impact sur l'adaptation de l'enfant (tels que les déficits sur le plan de la régulation des émotions, les conséquences sur le plan cognitif ou les stratégies d'adaptation). Ainsi la violence sexuelle influe sur le système de croyances relatives à soi, aux autres et au monde en général (Berliner(124)). Le mineur victime d'agression sexuelle peut acquérir et entretenir certaines croyances (il ne peut faire confiance à personne, responsable des évènements

négatifs, le monde est dangereux) qui vont interférer sur son processus normal de développement (Berliner(124)).

Les violences sexuelles seront donc liées à des distorsions cognitives, dont les sentiments de honte, de culpabilité, de blâme, d'impuissance et de stigmatisation ainsi qu'une hypervigilance constante. Ces éléments peuvent sérieusement compromettre le développement de l'estime de soi et de compétences personnelles efficaces pour faire face aux différents événements stressants ainsi que l'établissement des relations interpersonnelles harmonieuses (Blanchard-Dalair et al(141)).

Le trauma et le système familial dysfonctionnel associés à l'agression sexuelle, en particulier dans le cas d'agression intrafamiliale (Cole(142)), peuvent pousser l'enfant à élaborer des stratégies de régulation émotionnelle atypiques. L'enfant peut en venir à s'appuyer sur des stratégies efficaces pour réguler ses émotions dans un environnement violent (hypervigilance relative aux menaces, émoussement affectif, etc...), mais qui interfèrent avec une adaptation sociale optimale avec les pairs (Wolfe(143)).

#### *Des troubles plutôt intériorisés chez les enfants d'âge préscolaire...*

Les données de la littérature suggèrent que malgré leur jeune âge, les enfants d'âge préscolaire ne sont pas à l'abri de violences sexuelles sévères similaire à celle subies par les enfants plus âgés (Brilleslijper-Kater et al(144)).

Les quelques données disponibles suggèrent que les jeunes filles âgées de 3 à 5 ans qui ont été victimes d'agression sexuelle souffrent davantage de troubles intériorisés et de comportements sexuels problématiques que les jeunes non agressées (Mian et al(145)). Selon Trickett et Putnam(146), les principales conséquences de l'agression sexuelle chez les enfants plus jeunes sont relatives à des troubles d'ordre somatique, dont l'énurésie, les comportements sexuels problématiques, l'anxiété, les comportements d'isolement social, les retards de développement.

Hulette et al(147) suggèrent que les enfants d'âge préscolaire victimes de violence sexuelle sont susceptibles de souffrir de symptômes de stress post-traumatique. Par ailleurs, dans une analyse qui visait l'exploration des profils relatifs aux symptômes d'enfants d'âge préscolaire en fonction de différents mauvais traitements, ces auteurs concluent que ceux ayant subi une agression sexuelle mais ayant également été victimes d'agression physique et de négligence sont ceux chez qui les symptômes de dissociation sont les plus importants.

D'autre part, Pears et al(148), décèlent des troubles intériorisés plus importants chez les enfants victimes de violence sexuelle que chez ceux victimes de négligence ou d'agression émotionnelle. Notons finalement que, dans une étude récente opposant des enfants d'âge préscolaire victimes de violence sexuelle à un groupe d'enfant non agressé, tant le parent que les éducateurs ou l'enseignant décèlent des troubles intériorisés et extériorisés chez les victimes d'agression sexuelle (Hébert et al(149)). Nous notons également que, alors que 1 % des enfants du groupe de comparaison souffre de symptômes de dissociation atteignant le seuil clinique, la prévalence est de 26% chez les enfants victimes d'agression sexuelle (Bernier et al(150)).

*...mais également extériorisés chez les adolescents*

Selon Kendall-Tackett(131), les séquelles de l'agression sexuelle les plus évidentes chez les adolescentes sont les comportements d'isolement, les symptômes de dépression, les comportements d'automutilation, les fugues, les consommations de drogue et d'alcool et l'implication dans des actes illégaux, et ceux par rapport aux enfant non-victimes. De 50 à 60% de ces adolescentes répondent aux critères diagnostics de l'Etat de Stress Post-Traumatique (ESPT) ou souffrent de symptômes d'anxiété ou de dépression (Bal et al(151), Daigneault et al(152)).

A l'adolescence, les victimes d'agression sexuelle sont aussi susceptibles d'avoir des comportements caractéristiques de cette période de développement, des comportements extériorisés (trouble des conduites, drogues, délinquance) et un certain nombre de comportements sexuels à risque (âge précoce des premières relations sexuelles, partenaires sexuels multiples, grossesses précoces, participation à des activités sexuelles en échange de biens) (Fernet et al(153)). Nous retrouvons également que ces adolescents risquent davantage d'avoir des idéations et des plans suicidaires que la moyenne (Brabant et al(154), Martin et al(155)).

#### *Des tentatives de suicide plus fréquentes*

L'agression sexuelle constituerait le type d'agression engendrant le plus haut risque de dépression et de tentative de suicide par rapport aux autres formes de mauvais traitement subis durant l'enfance (Brown et al(156)). Les victimes de violence sexuelle risqueraient aussi davantage de s'automutiler (Cyr et al(157), Lang et al(158)).

L'une des explications pour ces liens est que les enfants ayant vécu un trauma ou de la maltraitance sont plus susceptibles d'éprouver des problèmes relatifs à leur auto-régulation émotionnelle et comportementale, ce qui les rendrait plus à risque de faire des tentatives de suicide et de se suicider (Brent et al(159), Dube et al(160)). Comparativement aux victimes de violence sexuelle de sexe féminin, les garçons ayant été victimes d'agression sexuelle ont une fréquence de tentative de suicide significativement plus élevée (Garnefski et al(161)).

Les études révèlent, en outre, qu'il existe une progression des tentatives de suicide selon un continuum de sévérité des actes commis lors de l'agression sexuelle. Les agressions sévères durant l'enfance ayant suscité de la douleur et de la peur peuvent engendrer un risque accru de comportement suicidaire et, au fil des agressions sexuelles et de la violence subie, et donc de la douleur faite à leur corps et de la peur vécue, les victimes de violence sexuelle développeraient une plus grande capacité de s'infliger une blessure mortelle. Il est aussi possible que l'agression sexuelle contribue à diminuer le sentiment d'appartenance de la victime à sa famille ou à son entourage, ce qui pourrait expliquer le désir suicidaire.

#### *Sexualité à risque et revictimisation*

Plusieurs études ont montré que l'agression sexuelle pendant l'enfance augmente la vulnérabilité des victimes en ce qui concerne non seulement de nouvelles agressions sexuelles, mais aussi la violence psychologique et physique dans les relations intimes (Cinq-Mars et al(162), Cyr et al(163)). Les auteurs suggèrent que le sentiment d'impuissance décrit

dans le modèle de Finkelhor et Browne(64) (voir chapitre Psychopathologie des victimes), souvent ressenti par les jeunes victimes de violence sexuelle peut les conduire à utiliser des stratégies d'autoprotection peu efficaces lors de situations à risque (Banyard et al(164)). De plus, l'agression sexuelle durant l'enfance a été liée à l'âge précoce des premières relations sexuelles et à un nombre élevé de partenaires sexuels, qui constituent des facteurs associés à un risque élevé de subir une agression dans le contexte des premières relations amoureuses (Vezina et al(165)).

Dans l'une des rares études longitudinales prospectives comportant un suivi des cas corroborés d'agression sexuelle intrafamiliale, Barnes et al(166) rapportent que, par rapport à un groupe de personnes non-victime d'agression sexuelle durant l'enfance, le groupe des victimes était presque 2 fois plus susceptible de subir une nouvelle agression sexuelle et physique.

Dans une étude, près de la moitié des adolescentes qui ont subi une violence sexuelle durant l'enfance ont rapporté avoir été agressées psychologiquement, physiquement ou sexuellement dans leur première relation amoureuse à 15 ans, ce qui représente le double du taux relatif aux adolescentes non-victimes (Hebert et al(167)). Les conséquences des 2 formes de trauma ont été mises en évidence : 85% des filles rapportant une agression sexuelle impliquant une pénétration et dont les fréquentations comportent de la violence, souffrent d'au moins 1 trouble intériorisé, par rapport à 23% des filles qui n'ont pas subi de traumatisme multiple. Le fait de subir les 2 traumas a également été associé à une probabilité de 6 à 7 fois plus élevée de souffrir de symptômes extériorisés.

Arata(168) dans une analyse de 17 études, conclut d'une part que près d'une victime d'agression sexuelle pendant l'enfance sur trois est revictimisée et d'autre part, que le risque de victimisation sexuelle à l'âge adulte est deux à trois fois plus élevé pour les femmes victimes de violence sexuelle durant l'enfance que pour les femmes n'ayant pas subi de telles agressions. La recension la plus exhaustive (Classen et al(169)) conclut que près des deux tiers des victimes de violence sexuelle pendant l'enfance sont victimisées sexuellement à nouveau à un autre moment de leur vie. Par ailleurs, Aosved et al(170) trouvent que 37% des hommes ayant vécu une agression sexuelle rapportent une expérience de victimisation sexuelle à l'âge adulte comparativement à 15% des hommes sans victimisation.

Selon Foshee et al(171), les quelques études sur les facteurs de risque liés à la victimisation indiquent que les troubles de conduite durant l'enfance, la violence parentale, le fait d'avoir été témoin de violence conjugale, les conflits familiaux, le fait d'avoir des amis victimes de violence dans le contexte amoureux et d'avoir été victime de harcèlement sexuel ainsi que l'abandon scolaire sont les items les plus fréquents. La puberté précoce prédit la victimisation chez les filles également.

#### *La déficience augmente le risque d'être agressé*

Les mineurs ayant une déficience intellectuelle sont plus sujets à être discriminés, dévalorisés, négligés et victimes de mauvais traitements. Il est ainsi reconnu qu'ils sont plus à risque d'être victimes de violence sexuelle (Sullivan et Knutson(172)). La prévalence de la déficience intellectuelle est d'environ 3% dans la population générale si l'on considère les altérations sur le plan cognitif sans tenir compte du comportement adaptatif. Elle se chiffre à 1% lorsque nous prenons en compte les limitations significatives des comportements adaptatifs (Tassé(173)). Mis à part l'étude de Reiter et al(174), les études sur la prévalence

d'agression sexuelle chez les personnes ayant un déficit intellectuel ont été réalisées avant 2000 et comprennent des échantillons cliniques. Les résultats indiquent des taux variant de 0.6 à 39% (Ammerman et al 10%(175), Chamberlain et al 25%(176), Benedict et al 0.6%(177), Reiter et al 38%(174), Sullivan et al 39%(172)).

En comparaison, la prévalence de la violence sexuelle dans l'enfance dans la population générale est d'environ 18 à 22% pour les femmes et 8 à 10% pour les hommes (Pereda et al(46), Tourigny et al(63)). Les études comprenant un groupe de comparaison (c'est-à-dire victime de violence sexuelle sans déficience intellectuelle) révèlent un risque, pour les enfants ayant une déficience, de 2 à 6 fois plus élevé d'être victime d'agression sexuelle que les enfants au développement typique (Crosse et al 5(178), Reiter et al (174), Spencer et al 6(179), Sullivan et al 4(172)).

L'étude de Reiter et al(174) est l'une des plus récentes recensées sur la prévalence de la violence sexuelle chez les adolescents ayant une déficience intellectuelle et d'autres handicaps. Des 50 adolescents ayant une déficience intellectuelle, 38% ont rapporté avoir été victimes d'attouchements, en comparaison de 18% de ceux au développement typique. L'étude d'incidence de Crosse et al(178) révèle un risque de 1.8 d'être victime de violence sexuelle lorsqu'un enfant est handicapé.

De leur côté, Sullivan et al(172) ont réalisé une des plus vastes études auprès d'enfants avec un handicap. Les résultats obtenus auprès de plus de 50 000 enfants dans le Midwest américain révèlent que les enfants ayant un handicap sont 3 fois plus à risque d'être victime de violence sexuelle que ceux au développement classique. Ce risque monte à 4 lorsque nous considérons la déficience intellectuelle. Ces derniers sont d'ailleurs plus à risque que les enfants ayant un trouble des apprentissages, un handicap physique, sensoriel ou relié à la santé.

Les enfants présentant une déficience sont non seulement plus à risque de violence sexuelle, mais ils subissent également des violences sexuelles plus sévères comparativement aux enfants au développement typique, c'est-à-dire plus fréquentes, étendues sur une plus longue période, impliquant l'utilisation de la force et de la menace ou sont plus intrusives (Hershkowitz et al(180), Mansell et al(181), Reiter et al(174), Sullivan et al(172)).

Les violences sexuelles sont, la plupart du temps, commises par un membre de l'entourage ou de l'environnement du mineur ayant une déficience (Mercier(182)), entre autre par un parent ou une figure parentale ou des aides-soignants tel un intervenant d'un centre d'hébergement (Akbas et al(183), Mansell et al(181), Sobsey et al(184)). Aux Etats-Unis, Stromsness(185) a estimé que 50% des personnes avec déficience intellectuelle avaient été victimes d'inceste au cours de leur vie. Entre 70 et 90% de ces cas s'étaient produits avant l'âge de 18 ans. Tout comme dans la population générale, chez les victimes ayant une déficience intellectuelle, nous retrouvons plus de filles que de garçons. Cependant, chez les enfants qui ont une déficience intellectuelle, la proportion de garçons victimes est plus élevée que dans la population générale (Hershkowitz et al(180), Kvam (186), Randall et al(187), Sobsey et al(188)). Les niveaux plus élevés de déficience sont également associés à des risques accrus de violence sexuelle (Hershkowitz(180)).

Plusieurs facteurs interreliés contribuent à la vulnérabilité accrue des enfants déficients face à la violence sexuelle. Sobsey(188) a proposé un modèle écologique

permettant de mieux comprendre ces facteurs de vulnérabilité auprès des enfants qui ont un handicap dont la déficience intellectuelle. Ceux-ci peuvent être regroupés en trois grandes catégories :

1. Les circonstances sociales atypiques ;
2. Les pratiques particulières ;
3. Le statut de « handicapé » utilisé qui les rend plus vulnérable aux yeux de certains.

1) Les personnes handicapées vivent dans des **milieux sociaux atypiques** pouvant accroître le risque d'agression sexuelle ou physique. Ils sont souvent séparés, isolés ou encore à l'écart de la communauté et de leur famille (Griffiths et al(189), Mansell et al(181)). En raison de leurs besoins spécifiques, ils sont généralement plus exposés à un nombre élevé d'intervenants et de milieux, augmentant le risque d'agression sexuelle (Lumley et al(190)). De plus, cet isolement et le rejet dont ils sont l'objet peuvent accroître leur besoin d'attention et d'affection de même que leur désir de plaire, et en faire des cibles plus faciles pour l'agression sexuelle (Boat et al(191), Petersilia(192)).

2). Certaines caractéristiques susceptibles d'accroître la vulnérabilité des enfants ayant une déficience par rapport à la maltraitance semblent reliées à leur plus grande dépendance à l'égard des autres pour répondre à leurs besoins fondamentaux (Petersilia(192), Tharinger et al(193)). **Les pratiques** visant à leur enseigner l'obéissance et l'acquiescement, inculquées comme étant de bons comportements, peuvent accroître leur vulnérabilité face à l'agression sexuelle (Sobsey(184)).

3) La présence d'un **handicap** rend les personnes plus facilement exploitables et vulnérables aux auteurs en quête de victime (Mansell et al(181)). Elles peuvent ne pas comprendre les avances sexuelles des agresseurs potentiels. De plus, leur vulnérabilité est accentuée par un manque de connaissance et d'éducation sur la sexualité (Boat et al(191), Petersilia(192), Sullivan(194)), sur l'agression sexuelle et sur les habiletés de sécurité personnelle (Boat et al(191), Sobsey(195)), voire par leur ignorance de la possibilité de recevoir une éducation sexuelle (Griffiths et al(189)).

Il en est de même pour leurs faibles habiletés sociales et communicationnelles (Griffiths et al(189), Petersilia(192), Sobsey(195)), les difficultés de raisonnement et leur tendance à l'impulsivité (Boat et al(191)). Les fausses conceptions au sujet de leur asexualité peuvent aussi empêcher la communauté et les intervenants de reconnaître le risque potentiel d'agression sexuelle et d'exploitation, de même qu'à détecter l'agression sexuelle (Mansell et al(196), Sobsey(195), Tharinger et al(193)).

Les conséquences de l'agression sexuelle sont similaires à celles connues pour les enfants au développement typique (Gorman-Smith et al(197), Mansell et al(198), Sequeira et al(199)) notamment la présence d'un ESPT, la perte d'estime de soi et de problèmes de comportements. Ces séquelles seraient compliquées par l'ajout de difficultés d'adaptation. Elles pourraient accroître les difficultés cognitives ou comportementales, ou encore, seraient intensifiées en raison de la déficience mentale (Gorman-Smith et al(197), Tharinger et al(193)).

Par ailleurs, il est possible que certaines séquelles soient mal diagnostiquées. Par exemple, leur capacité réduite à exprimer des émotions fait en sorte qu'ils parlent difficilement de leur vécu psychologique.

### *Troubles du comportement alimentaire chez les victimes*

Dans la littérature, nous retrouvons un taux de prévalence de violence sexuelle chez les patients souffrant de Troubles du Comportement Alimentaire (TCA) à environ 30%, ce qui, bien qu'élevé, n'est pas apparu plus élevé que les taux obtenus dans des populations souffrant d'un autre trouble psychiatrique, ou même dans la population générale (Connors et al(200), Palmer et al(201), Steiger et al(202), Waller(203)).

Les violences sexuelles sont plus fréquemment rapportées par les patients atteints d'anorexie mentale avec vomissement ou prise de purgatif que par ceux souffrant d'anorexie mentale de type restrictif (Claes et al(204), Garfinkel et al(205), Steiger et al(202), Tobin et al(206), Waller(203)). La relation entre les agressions sexuelles et les TCA est similaire à travers différents groupes d'âge, de l'adolescence à la trentaine (Smolak et al(207)). Les résultats démontrent que les jeunes victimes de violence sexuelle sont plus susceptibles de manifester des comportements alimentaires problématiques, tels que se faire vomir et suivre des cures amaigrissantes, et d'être insatisfaits de leur apparence, que ceux ne rapportant pas d'agression.

Différentes explications ont été proposées : notamment que les comportements purgatifs représenteraient une façon pour les victimes de réguler leurs états émotifs en l'absence de capacités plus adaptées de gérer leurs émotions, que les efforts pour maigrir serviraient à rendre leur corps moins attrayant, que ces comportements représenteraient un effort de reprendre le contrôle de leur corps à la suite de cette intrusion que représente l'agression sexuelle ou encore une manifestation de dégoût, de honte ou de colère envers le corps perçu comme marqué par l'abus (Calam et al(208), Cole(209), Connors et al(200), Hall et al(210), Kearney-Cooke et al(211), Molinari et al(212), Root(213), Root et al(214), Schwarz et al(215), Weiner et al(216)). Certaines recherches plus récentes soulignent l'importance des dérèglements induits par les agressions sexuelles sur le système limbique et hormonal qui pourraient exposer la victime à éprouver des TCA (Putnam et al(217)). Cette hypothèse est prometteuse auprès des patientes boulimiques (Steiger et al(218)).

### *Résilience chez les victimes*

Les conséquences de la violence sexuelle ne permettent pas l'établissement d'une constellation de symptômes distincts ou unique (Saywitz et al(136)). Bien que l'agression sexuelle soit associée à un risque élevé de problèmes d'adaptation, ce ne sont pas toutes les victimes qui éprouvent des difficultés (Putnam(8)). En effet, la littérature indique qu'un pourcentage non négligeable de victimes n'éprouve pas de symptômes probants lors de l'évaluation initiale. En fait, près d'un tiers des enfants victimes de violence sexuelle sont asymptomatiques : les taux de mineurs ne présentant pas de symptômes varient de 21 à 49% selon les critères et les études répertoriées (Kendall-Tackett et al(131), Saywitz et al(136), Webster(219)).

Cette situation s'explique par l'utilisation d'outils d'évaluations qui ne réussissent pas à capter l'ensemble des répercussions associées à l'agression sexuelle subie (Martin et al(220)). Certains enfants peuvent aussi être victimes d'une agression sexuelle moins «

sévère » ou « moins sévèrement vécue » que d'autres ; celle-ci n'étant pas subie comme un élément perturbateur (Saywitz et al(136)). D'autres auteurs font référence à la possibilité que ces enfants soient **résilients** et susceptibles de composer avec le trauma subi mieux que les autres grâce à la présence de facteurs de protection (Kendall-Tackett(131)). La résilience fait référence à une adaptation positive malgré une adversité significative (Luthar et al(221)). Une adaptation positive est généralement définie comme un fonctionnement normal dans différents domaines d'adaptation (comportemental, émotionnel et éducationnel) et l'absence de symptômes liés au trauma (Walsh et al(222)).

Il est cependant difficile de confirmer si certains enfants sont véritablement résilients ou si l'absence de symptômes lors de l'évaluation initiale ne cache pas plutôt des effets ou des symptômes latents qui risquent de resurgir ultérieurement. Les quelques études longitudinales suggèrent que l'état d'une proportion importante des victimes initialement asymptomatiques va se détériorer 12 à 18 mois plus tard (Calam et al(223), Mannarino et al(224), Tebbutt et al(225)).

A contre-courant de l'idée communément admise, des études prospectives (Bender (226), Burton(227)) et rétrospectives (Landis(228)) sur les effets à long terme des agressions sexuelles sur mineurs suggèrent cependant que de tels contacts ne seraient pas nécessairement délétères. Rascovsky et Rascovsky (229) ont suggéré, en fait, que l'inceste peut réduire la probabilité de psychose et ouvrir la voie à un meilleur ajustement de la vie. Plus tard, il a été avancé que l'érotisation des enfants par l'inceste peut être considérée comme une exagération d'un processus d'apprentissage par ailleurs normal (Yates(230)).

La mesure dans laquelle le contact sexuel dans l'enfance est abusif (donc préjudiciable au bien-être de l'enfant), ou apaisant et réconfortant (donc gratifiant pour l'enfant), dépendrait principalement d'un réseau complexe de facteurs interdépendants critiques. Cette étude a révélé une incidence élevée de pathologies graves dans les environnements familiaux des délinquants abusés sexuellement. L'abus sexuel est indubitablement un dérivé de la pathologie globale qui caractérise la famille et est suffisamment intégré dans la dynamique familiale de telle sorte qu'il serait impossible de couvrir les effets de l'abus.

Ainsi, comme l'a souligné Gelles (231), les effets réels de la violence sexuelle, en soi, doivent être compris en termes de privation émotionnelle, de violence physique, de négligence, et de désintégration familiale générale qui peuvent être concomitantes à l'expérience sexuelle. Il est concevable qu'un enfant d'un foyer avec beaucoup de victimisation, qui est agressé sexuellement ou même approché par un étranger, ait les mécanismes d'adaptation interne, ainsi que des systèmes de soutien externe, pour se remettre de cette expérience relativement indemne.

De plus, nous pourrions nous attendre à ce qu'un tel enfant soit plus susceptible de subir l'agression - ou le contact - comme égoïste, dérangeant et incompatible avec des expériences antérieures avec des adultes. C'est essentiellement ce que Yorukoglu et Kempf(232) ont trouvé dans leurs deux études de cas sur l'inceste.

## 4. PSYCHOPATHOLOGIE

Plusieurs auteurs ont suggéré des modèles conceptuels afin d'améliorer la compréhension du développement des séquelles de l'agression sexuelle. Nous traiterons ici ceux ayant eu le plus d'impact au niveau de la communauté internationale.

### ***Les dynamiques traumagéniques de Finkelhor et Browne (1985)***

L'un des premiers modèles proposés pour expliquer les symptômes associés à l'agression sexuelle est le modèle des dynamiques traumagéniques(64). Ce modèle décrit 4 dynamiques permettant de mieux comprendre l'émergence des conséquences et de tenir compte de la diversité des symptômes des victimes :

- La sexualisation traumatique ;
- La trahison ;
- L'impuissance ;
- La stigmatisation.

Chaque dynamique peut être présente dans le cas d'autres événements traumatiques, mais la présence simultanée des quatre serait propre à l'agression sexuelle. Par ailleurs, chacune serait liée à une série de manifestations ou de conséquences précises.

La **sexualisation traumatique** fait référence au fait que la sexualité de l'enfant se développe de façon dysfonctionnelle et inappropriée compte tenu de son stade de développement. L'enfant peut être « récompensé » par l'intermédiaire d'échanges d'affection, d'attention ou de privilèges pour des comportements sexuels inappropriés en regard de son âge.

L'enfant victime de violence sexuelle peut donc ultimement utiliser un répertoire de comportements sexualisés pour interagir avec les autres, pour obtenir la satisfaction de ses besoins, ou encore acquérir de fausses croyances en lien avec la sexualité. Pour les adolescents, cette dynamique peut être associée soit à l'évitement des activités sexuelles, soit, au contraire, à des comportements sexuels à risque (âge précoce du début des relations sexuelles, nombre élevé de partenaires sexuels, participation à des activités sexuelles en échange d'argent ou de biens).

La **trahison** compromet la capacité de l'enfant victime de violence sexuelle à développer des sentiments de confiance dans le contexte des relations intimes quand l'enfant réalise qu'un adulte de confiance lui a causé du tort ou n'a pas réussi à le protéger de l'agression. Chez les jeunes, les manifestations comportementales de cette dynamique peuvent être un risque plus grand de subir de nouvelles agressions, un sentiment d'isolement et des sentiments de malaise en ce qui concerne l'intimité ou des difficultés à établir et à maintenir des relations intimes.

L'**impuissance** est éprouvée quand la volonté de l'enfant, son sentiment de contrôle et sa perception d'auto-efficacité sont minés de façon répétitive et que son corps est envahi contre sa volonté. L'impuissance peut être renforcée si les tentatives que fait l'enfant pour mettre fin aux agressions échouent ou si l'auteur utilise des menaces. Les manifestations

associées incluent les plaintes somatiques, les phobies, les symptômes d'anxiété et de dépression, les difficultés scolaires, les fugues, la délinquance et les comportements agressifs.

La **stigmatisation** fait référence aux sentiments de culpabilité et de blâme, que l'enfant développe à la suite des messages négatifs, que l'agresseur lui a directement ou indirectement communiqués, ou qu'il a assimilés par l'intermédiaire des attitudes et des réactions des adultes significatifs pour lui. Cette dynamique serait liée à plusieurs conséquences dont les comportements autodestructeurs (automutilation, idées ou tentatives de suicide, abus de substances, criminalité).

Finkelhor va même jusqu'à émettre l'idée que certains comportements seraient en lien avec les caractéristiques de l'agression subie. Pour exemple, la trahison serait plus présente chez les victimes par un agresseur connu et particulièrement une figure parentale.

### ***Le modèle transactionnel de Newberger et DeVos (1988)***

Ce modèle(233) est basé sur le processus d'interaction entre la cognition sociale, la sensibilité à l'environnement, et le fonctionnement émotif de l'enfant. La cognition sociale réfère à la croyance de l'enfant relative à son contrôle et à son efficacité personnelle lors de ses contacts. Si l'enfant croit que la victimisation est de sa faute, cette croyance entravera son adaptation ultérieure. De même, la sensibilité à l'environnement suggère que le contexte environnemental de l'enfant influence son fonctionnement psychologique. Enfin, le fonctionnement émotif réfère à la détresse, l'anxiété, ou la colère qu'éprouverait l'enfant suite à ces contacts sexuels.

Ces trois dimensions seraient en interaction constante, s'influenceraient mutuellement, de sorte que les altérations de l'une modifieraient le fonctionnement de l'autre dimension. Un tel modèle fournit un tableau complet du fonctionnement de l'enfant dans une situation de danger, mais tout comme le modèle de Finkelhor et Browne (1985), il n'est pas spécifique au contexte de l'abus sexuel.

### ***Le modèle de Conte (1985-1990)***

Ce modèle(234) est basé sur les « sources de premier et second ordre » de trauma. Par « sources de premier ordre », l'auteur désigne les conséquences directes de l'abus, tels que les actes sexuels et tout autre processus employés par l'agresseur pour accéder à l'enfant et préserver le silence de ce dernier (menaces, forces, manipulations). De ces « sources de premier ordre » découle une série de réactions considérées comme des « sources de second ordre ». Il s'agit par exemple de peurs spécifiques à l'abus (peur de l'agresseur), ou de peurs générales (peur des hommes, si l'agresseur est un homme).

Conte démontre que les facteurs liés aux contacts sexuels contribuent autant au trauma que les facteurs liés au dysfonctionnement familial. Il rapporte qu'à travers le temps, les facteurs liés aux contacts sexuels jouent un rôle moins important dans le développement du sujet que les processus dynamiques familiaux, tel que le soutien fourni par la famille.

Ce modèle de trauma a pour faiblesse de se baser sur des manifestations qui ne sont pas spécifiques aux contacts sexuels précoces avec des agresseurs, mais à des situations abusives en général, situations qui coexistent souvent avec une vulnérabilité préexistante chez l'enfant et un certain dysfonctionnement familial.

### ***La théorie de la réduction de la tension de Brière (1992)***

Selon l'auteur(235), certaines victimes de violence sexuelle sont susceptibles d'adopter des comportements sexuels compulsifs. Deux processus sous-jacents sont proposés :

D'abord il est postulé que l'engagement dans des relations de nature sexuelle à court terme avec des partenaires sexuels multiples peut traduire à la fois le besoin d'intimité et la peur de celle-ci. Les victimes apprennent tôt que les relations sexuelles représentent un moyen privilégié d'obtenir un rapprochement intime. Elles intègrent également le fait que l'intimité sexuelle rend vulnérable à la douleur et à la trahison.

Ensuite, Brière suggère que certaines victimes pourraient en venir à utiliser les relations sexuelles pour apaiser, masquer ou dissiper la dysphorie reliée à l'agression de nature chronique. Ainsi, avoir des partenaires multiples ou adopter des comportements d'échange de services sexuels ou de prostitution viserait à réduire le stress ou la tension ressentie en lien avec le trauma vécu.

En ce sens, tout comme d'autres stratégies d'évitement, tels que l'usage abusif d'alcool ou de drogue, les comportements sexuels à risque serviraient de mécanisme d'adaptation et auraient pour fonction la régulation des émotions négatives et la distanciation par rapport aux souvenirs douloureux associés à l'agression sexuelle vécue (Zwinkl et al(236)).

### ***Le modèle transactionnel de Spaccarelli (1994)***

Spaccarelli(237) s'intéresse aux facteurs influençant le développement de séquelles après une agression sexuelle. Dans son modèle, il propose une série de stressseurs qui influent sur l'adaptation de l'enfant :

- Les **caractéristiques de l'agression subie** (durée et utilisation de la force ou de coercition) ;
- Les **événements entourant la violence sexuelle** (changement de la structure familiale, augmentation des conflits, dysfonctionnement familial, isolement) ;
- Les **événements provoqués par le dévoilement de l'agression sexuelle** (réactions des parents, des autres, procédures judiciaires).

La probabilité que l'enfant éprouve des difficultés d'adaptation serait fonction du nombre d'éléments stressants subis.

L'auteur postule que les facteurs personnels, dont l'évaluation cognitive et les attributions (blâme, perte de confiance, perception de menace à l'intégrité psychique) ainsi que les stratégies d'adaptation de l'enfant (évitement, pensées magiques) agissent comme médiateurs des conséquences de la violence sexuelle et des événements qui y sont associés. Les caractéristiques des agressions sexuelles subies, les variables personnelles (personnalité, niveau de développement) et environnementales (relation parents-enfants, soutien) influent sur l'évaluation cognitive et les stratégies d'adaptation de l'enfant.

Ce modèle tient compte du contexte global lié à l'agression sexuelle, y compris les réactions de l'enfant et celles des membres de la famille, tout en postulant l'existence de

liens bidirectionnels entre les perceptions de l'enfant et les stressseurs liés à la violence sexuelle.

### ***Le modèle des symptômes de stress post-traumatique***

Pour plusieurs auteurs, la violence sexuelle et les réactions qui s'en suivent correspondent aux critères de l'état de stress post-traumatique du DSM (Annexe 1). Trois groupes de symptômes sont manifestes : les symptômes d'intrusion, l'évitement des stimuli, les symptômes d'hyperéveil.

Van der Kolk(238) soutient que des situations traumatiques chroniques subies en bas âge pourraient conduire à des altérations du développement qui vont bien au-delà des trois principaux groupes de symptômes précédents. Ces symptômes d'ESPT classique n'arriveraient pas à cerner la globalité des difficultés éprouvées par les mineurs victimes de violence répétitive et chronique dans un environnement familial inadéquat (Van der Kolk(239)).

Plusieurs auteurs ont introduit des concepts tels que le trauma complexe (Herman), le trauma de type II (Terr(138), Wolfe et al(240)), les autres troubles de stress extrême non spécifiés (Disorders of Extreme Stress Not Otherwise Specified = DESNOS) (Pelcovitz et al(241)) et la notion de trauma développemental (Developmental Trauma Disorder) (Van der Kolk(239)). Ces modèles englobent les réactions de stress post-traumatique classique (type I), mais incluent des déficits dans d'autres domaines du fonctionnement.

La notion de trauma complexe chez les enfants décrit leur exposition à des événements traumatiques et les conséquences de cette exposition sur leur adaptation à court et à long terme (Cook et al(242)). Les mineurs peuvent subir des événements traumatiques impliquant les figures parentales tout en étant victimes d'autres formes de mauvais traitements (par exemple, avoir subi une violence sexuelle et être témoin de violences conjugales).

Les données empiriques ont souligné qu'un nombre important d'enfants subissaient la coprésence de mauvais traitements (Banyard et al(243), Silverman et al(244), Spinazzola et al(245), Van der Kolk(246)). En fait, la « polyvictimisation » peut constituer l'élément clé qui prédit l'intensité des symptômes, voire éclipser l'influence d'une forme isolée de victimisation (Finkelhor et al(247), Richmond et al(248)).

Les expériences traumatiques multiples, la perte du sentiment de sécurité ainsi que l'absence de figure parentale offrant réconfort et soutien pourraient augmenter les risques que les mineurs subissent d'autres traumatismes (Cook et al(242)) et une détérioration dans plusieurs domaines qui vont au-delà des symptômes classiques de l'ESPT (ou de type I), c'est-à-dire les altérations dans les relations aux autres (isolement social, difficultés relationnelles, trouble de l'attachement), la régulation somatique (somatisation, hypersensibilité...), la régulation des émotions (difficultés à reconnaître les émotions et à les gérer), la dissociation (altération dans les états de conscience), la régulation des comportements (mauvais contrôle des pulsions et agressivité), la cognition (difficultés d'apprentissage et déficit dans les fonctions exécutives) et le concept de soi (faible estime de soi, sentiment de culpabilité et de honte) (Cook et al(249)).

Ainsi, la constellation de symptômes de stress post-traumatique de type I pourrait être suffisante pour qualifier certaines agressions sexuelles (notamment celles liées à une menace subite et soudaine que la personne ne contrôle pas), alors que la constellation des symptômes de stress-post-traumatique de type II (ou de trauma complexe) serait plus présente dans les cas d'exposition à des traumatismes multiples et chroniques (Wolfe et al(240,250)).

### ***Le trauma complexe d'Herman (1992)***

En continuité avec les travaux de Terr(138), qui a distingué les effets d'un seul événement traumatique (trauma de type I) et ceux de traumatismes répétés et prolongés (trauma de type II), Herman(251) a proposé le diagnostic de syndrome d'état de stress post-traumatique complexe (ESPT-C) afin d'organiser dans un tout cohérent l'ensemble des séquelles vécues par les adultes ayant subi des traumatismes répétés pendant leur enfance. Ainsi, ce nouveau diagnostic permet de rendre compte des conséquences des multiples stress associés à un environnement familial marqué par la maltraitance ou l'abus. L'influence cumulative de ces expériences traumatisantes peut avoir des répercussions sur le fonctionnement psychique à court et à long terme ainsi que sur le développement de la personnalité des victimes (Herman(251), Kinniburgh et al(252)).

Le diagnostic de ESPT-C fait référence à des expériences qui :

1. Impliquent une exposition répétitive ou prolongée à de multiples stressors traumatiques, le plus souvent dans un contexte interpersonnel qui inclut une variété de milieux ou de rôles ;
2. Impliquent des blessures ou un abandon des parents ou des adultes responsables de l'enfant ;
3. Surviennent à des périodes vulnérables dans la vie de la personne, particulièrement au cours de l'enfance, et qui se confondent et s'intègrent au modèle biopsychosocial de l'enfant.

Les symptômes sont considérés comme les résultats d'efforts d'adaptation infructueux qui résultent du fait que l'individu n'avait pas les ressources suffisantes pour composer avec les stressors traumatiques. Il n'a pas pu répondre adéquatement aux exigences environnementales non traumatiques additionnelles, ou n'a pas été capable d'élaborer de nouveaux processus d'adaptation lorsque les circonstances environnementales ont changé (Courtois et al(253)). L'ESPT-C propose 7 domaines du fonctionnement qui peuvent être touchés à la suite de mauvais traitements subis pendant l'enfance, soit l'altération de la régulation émotionnelle, la conscience, la perception de soi, la capacité d'entrer en relation, la somatisation, le système de croyances et la perception de l'agresseur (Herman(251)).

Les difficultés de **régulation émotionnelle** impliquent des difficultés relatives à la modulation des émotions de colère, d'anxiété, de peur, d'hyperactivité, de dépression et d'alexithymie. Pour composer avec ces états émotionnels souvent envahissants et pénibles, les survivants peuvent utiliser des comportements ou activités qui, au lieu de produire l'effet apaisant recherché, exacerbent leurs problèmes (par exemple les comportements automutilatoires, sexuels compulsifs ou à risque, les pensées suicidaires, la consommation excessive de toxiques et la prise de risque excessive).

L'**altération de la conscience et de l'attention** inclut l'amnésie ou une hypermnésie relative aux événements traumatiques, les épisodes dissociatifs transitoires, la dépersonnalisation ainsi que le fait de revivre les événements traumatiques sous forme de symptômes post-traumatiques d'intrusion ou de rumination excessive.

La **perception de soi** peut être altérée à la suite de traumatismes relationnels chroniques vécus durant l'enfance. Une telle altération laisse chez la personne un sentiment d'être stigmatisée, endommagée de façon permanente, inefficace, fragile et vulnérable. La personne concernée peut alors se mettre à croire qu'elle est responsable et coupable des agressions qu'elle a subies. Les victimes peuvent également ressentir un sentiment intense de honte.

La **capacité à entrer en relation avec les autres** peut être diminuée pour plusieurs raisons : les modèles internes d'attachement anxieux ou désorganisés, la méfiance de même que la difficulté de maintenir des relations interpersonnelles stables et satisfaisantes en sont des exemples. Les victimes perçoivent alors les autres comme des égoïstes prêts à tout pour obtenir ce qu'ils veulent, ce qui inclut l'utilisation ou l'abus des membres de leur entourage. Une incapacité à décoder les situations risquées ou dangereuses amène les survivants à redevenir victimes, cette fois, de violence conjugale, physique ou sexuelle.

La **régulation somatique** peut être altérée. Les survivants de violence sexuelle disent fréquemment éprouver des difficultés sexuelles. De plus, certains survivants rapportent des difficultés de santé physique dont les troubles digestifs, cardiaques, pulmonaires, douleur chronique et symptômes de conversion.

L'**altération du système de croyances relatives au monde** est un autre secteur touché. Les victimes ne voient plus le monde comme bienveillant et sécuritaire. La vie peut sembler dénuée de sens. Des sentiments de désespoir et d'impuissance peuvent accompagner le changement de leurs croyances fondamentales.

La **perception de l'agresseur** est modifiée à la suite des mauvais traitements chroniques subis par la victime durant son enfance. L'auteur peut alors devenir une personne idéalisée, que la victime souhaite ne pas heurter ou blesser. La victime adopte souvent des croyances irrationnelles ou partiales relatives à l'agresseur afin de maintenir une relation positive avec lui.

Chacun des modèles exposés apporte des éléments importants pour la compréhension des profils de mineurs victimes de violence sexuelle. D'une part, le modèle de dynamiques traumagéniques soutient la diversité des réactions des mineurs victimes en fonction de certaines caractéristiques liées à l'agression sexuelle ; d'autre part, le modèle transactionnel insiste sur la nécessité de considérer, outre les variables liées à l'agression sexuelle elle-même, les facteurs personnels et familiaux de même que les éléments consécutifs au dévoilement en tant que possibles déterminants des symptômes. Finalement, le modèle des symptômes de stress post-traumatique offre un cadre permettant de mieux saisir le type de symptômes subis par les enfants faisant face à un trauma sexuel, tout en soulignant l'importance de considérer la présence de traumatismes multiples et des altérations qui y sont associées et qui sont susceptibles de toucher plusieurs sphères du développement.

## 5. PRISE EN CHARGE

L'approche préconisée par l'OMS(254) quant à la problématique de la maltraitance de l'enfant comprend la mise en place de mesures de préventions, le dépistage des enfants maltraités et l'intervention précoce auprès d'eux, les soins constants aux enfants et aux familles, ainsi que la prévention des nouvelles agressions. Cette approche est également privilégiée par le domaine de la santé publique, même si la prévention primaire demeure son premier objectif (Mercy(255)).

### *La prévention*

Powell et al(256) présentent 3 catégories de modèles utilisés dans le domaine de la santé publique pour comprendre le phénomène de la violence et le prévenir :

- Des modèles qui permettent de décrire les phénomènes de la violence ;
- Des modèles qui aident à comprendre les multiples facteurs pouvant contribuer à la violence ;
- Des modèles à partir desquels des programmes de prévention peuvent être élaborés.

Pour Powell et al(256), le **modèle des cercles d'influence** (voir Figure 1) constitue un cadre de référence permettant à la fois d'expliquer l'interaction entre les différents facteurs de risque relatifs à la violence, mais également d'élaborer des programmes de prévention visant ces différents niveaux. Les auteurs classifient ces facteurs de risque en 4 niveaux) :

- *Individuel* : fait référence à certaines caractéristiques de l'individu pouvant être associées à un risque accru d'avoir un comportement de violence ou d'en subir (âge, genre, antécédents). Pour ce niveau, les interventions sont axées directement sur un groupe cible et visent la modification de certaines habiletés, de certaines croyances ou de certains comportements. Par exemple, les programmes dont l'objectif est d'apprendre aux enfants à reconnaître les situations où des abus pourraient potentiellement être commis et d'élaborer des moyens de protection ;
- *Relationnel* : concerne les individus qui sont étroitement liés au groupe cible, plus précisément la famille et les amis. Les interventions préventives relatives à ce niveau peuvent être des ateliers de sensibilisation pour les parents ou des interventions auprès des familles afin d'améliorer leurs pratiques parentales ;
- *Communautaire* : vise les quartiers, les groupes ou les organisations qui sont en contact avec le groupe cible, comme les écoles, le voisinage, les services de garde, les organisations sportives etc. Les stratégies à privilégier sont celles qui permettent d'y déceler ou d'y minimiser les conditions qui peuvent favoriser la violence et d'améliorer les attitudes et d'accroître les habiletés des différents acteurs ;

- *Sociétal* : visent la modification des conditions sous-jacentes qui y favorisent la violence, telles que les normes sociales et culturelles qui cautionnent la violence. Dans ce niveau, les stratégies préventives telles que les campagnes de sensibilisation visent la prise de conscience de plusieurs groupes et de la population en ce qui concerne la nécessité de modifier ces conditions défavorables.

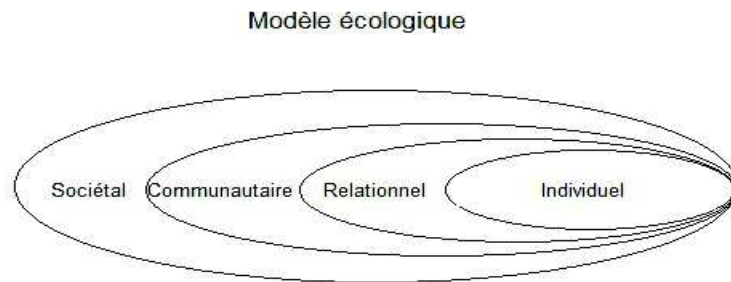


Figure 1. Les cercles d'influence de Powell

### *Les psychothérapies*

Au niveau de la prise en charge individuelle, plusieurs étapes concourent à aider les victimes : la première étape de l'intervention vise le rétablissement du sentiment de sécurité des victimes ; la deuxième, la reconstruction de l'histoire traumatique ; et la troisième, la restauration du lien entre les survivants et leur communauté. La première étape est sûrement la plus longue et celle dont dépend le succès du traitement (Courtois(257), Courtois et al(253)). En effet, certaines études ont trouvé des taux élevés d'abandon, peu de réponses au traitement, ou encore des degrés élevés d'anxiété chez des survivants dont les traitements étaient centrés sur le trauma et ne comportaient pas de phase axée sur la sécurité (Dye et al(258), Goodman et al(259), Herman(251), Herman et al(260)). Le principe de base de la guérison est de permettre aux victimes de retrouver le contrôle de leur vie et leur pouvoir sur celle-ci.

Plusieurs thérapies existent et nous allons les aborder brièvement :

- Les thérapies cognitivo-comportementales (TCC) : elles sont généralement réalisées dans un format structuré, décrites dans un manuel et comportent un nombre limité de séances. Elles visent la diminution des symptômes qui peuvent découler des expériences traumatisantes subies durant l'enfance, telles que la dépression, l'anxiété, l'ESPT, la dissociation et l'automutilation. Ces thérapies utilisent différentes techniques. Les interventions comportent un volet psychoéducatif qui permet d'informer les participants des différents symptômes qui peuvent être liés au trauma et de la relation dynamique entre les perceptions cognitives, les émotions et les comportements.

La TCC inclut également un enseignement de techniques de relaxation et de respiration, de stratégies d'adaptation efficaces et l'élaboration d'un plan de

gestion de crise pour permettre aux victimes d'une agression sexuelle de gérer leur détresse et d'avoir ainsi le sentiment de reprendre le contrôle de leurs symptômes sans utiliser de comportement inapproprié. Les exercices d'exposition peuvent être effectués par la pensée ou *in vivo* ;

- La thérapie axée sur les émotions : elle suggère que les émotions sont fondamentales dans la construction et l'organisation du sens de soi (Greenberg(261)). Les individus donnent constamment une signification aux émotions qu'ils ressentent. Fondamentalement, elles servent à décoder les informations disponibles en orientant les personnes dans l'environnement pour promouvoir leur bien-être. Il est essentiel que la relation patient-thérapeute soit basée sur la confiance. L'expérience personnelle des victimes de violence sexuelle doit être accueillie dans un environnement sécuritaire leur permettant de s'ouvrir et de vivre une expérience interpersonnelle correctrice qui pourra être intériorisée avec le temps. Ainsi, la thérapie repose sur la réponse empathique du thérapeute quant à l'expérience subjective du patient plutôt que sur les interprétations transférentielles pour promouvoir la croissance personnelle de celui-ci.

L'entraînement aux émotions est un travail de collaboration dont le but est d'aider le patient à reconnaître et à accepter ses émotions plutôt qu'à les éviter. L'objectif est de permettre au patient d'approfondir sa compréhension de son expérience émotionnelle et des actions qui en découlent. Elle peut aussi impliquer un changement dans l'expérience émotionnelle du participant en transformant ses émotions et le discours interne qui les accompagnent quand celui-ci est non adaptatif. Le thérapeute peut enseigner aux victimes de violence sexuelle de nouvelles façons de comprendre l'information expérientielle qu'elles ont vécues pour consolider une nouvelle organisation du soi ;

- La thérapie psychodynamique à orientation psychanalytique : elle suggère que les traumatismes peuvent être maintenus hors de la conscience des victimes (Freud(262)). Parmi ces souvenirs, certains demeurent cependant actifs à un niveau inconscient. L'équilibre psychique est alors maintenu à l'aide d'un compromis, en exprimant partiellement le souvenir traumatique réprimé à l'aide d'un symptôme. Dans cette perspective, le symptôme exprimerait également la défense du moi quant au souvenir traumatique. D'un point de vue psychodynamique, le symptôme ne représente pas une défectuosité, mais plutôt une tentative de la part de la victime de gérer la détresse associée au trauma. Le but de la thérapie est donc de rendre la victime consciente de ce qui, jusqu'alors, a été actif dans son inconscient, et ce, par l'exploration de la signification donnée au trauma ;
- Le groupe de soutien : donner un pouvoir d'action aux victimes, leur donner le sentiment de se contrôler elles-mêmes et de contrôler leur environnement, cela afin de favoriser leur adaptation dans la vie actuelle. Selon Foy et al(263), il existe plusieurs groupes de soutien dont le format est non structuré et dont le contenu des sessions varie en fonction du besoin des participants de parler

de certaines difficultés qu'ils éprouvent actuellement. Le groupe de soutien tend également à mobiliser les forces et les compétences des membres du groupe pour estomper les symptômes liés au trauma lorsque ceux-ci interfèrent avec le fonctionnement quotidien et actuel des membres. Ce type d'interventions vise également la diminution de l'isolement et l'existence d'un contexte sécuritaire où les survivants peuvent interagir avec d'autres personnes qui ont vécu des expériences similaires ;

- La désensibilisation et retraitement par les mouvements oculaires : conçue par Shapiro(264,265), *L'Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR)*, appelé aussi en français *Intégration neuroémotionnelle par les mouvements oculaires* ou *Désensibilisation et Retraitement par les mouvements oculaires* est une approche dont le but est de traiter les souvenirs traumatiques. Cette méthode a pour objectif de désensibiliser le survivant au souvenir traumatique et de modifier ses croyances négatives à ce souvenir. Les mouvements bilatéraux des yeux réactivent le système naturel de traitement de l'information, favorisent l'association de souvenirs traumatiques à de nouveaux circuits plus larges et permettent l'élaboration d'une information plus adaptée de l'événement traumatique. Shapiro rapporte que le mouvement des yeux diminue la vivacité et la teneur émotive des souvenirs, et que cette diminution permet l'accès à de nouvelles informations.

La recension la plus récente sur ces traitements date de 2010 et a été réalisée par Harvey et Taylor (266). Il s'agit d'une méta-analyse qui porte sur 45 études. Les résultats sont plutôt encourageants. En effet, ces résultats présentant un devis expérimental indiquent que la majorité de ces traitements aident efficacement les survivants victimes de violence sexuelle durant leur enfance à faire face à leurs difficultés.

### *Intérêt de prendre en charge la famille*

Une forme de participation de la famille semble avoir un effet favorable sur le traitement des symptômes de stress post-traumatique, par rapport à aucune participation dans la méta-analyse de Harvey et Taylor(266).

Certaines études réalisées sur le soutien parental se sont basées sur l'approche transactionnelle du stress énoncée par Lazarus et Folkman(267), perspective théorique influente dans le domaine du stress et des stratégies d'adaptation. Cette théorie stipule que, les actions soutenant de l'entourage agissent comme des variables modératrices en limitant les effets négatifs des circonstances de vie stressantes sur la santé des individus (Lakey et al(268)).

Par leur soutien, les parents augmentent la capacité de leur enfant à faire face à la situation d'agression sexuelle, ce qui pourrait le protéger des nombreux stress occasionnés par l'événement et par le dévoilement (Cutrona et al(269)). Dans le même sens, Spaccarelli(237) souligne que l'enfant dont la relation avec un parent non agresseur est chaleureuse et soutenant peut être protégé des risques associés à l'agression par l'atténuation de la perception du danger lié à l'événement et par l'encouragement à utiliser des stratégies d'adaptation actives ou centrées sur l'expression des émotions.

Il est à noter que les connaissances acquises dans le domaine du soutien des parents sont le plus souvent basées sur des recherches réalisées auprès des mères, puisque seules trois études (Guelzow et al(270), Parent-Boursier et al(271), Waterman et al(272)) se sont penchées sur le soutien paternel ou le rôle de la relation père-enfant dans un contexte d'agression sexuelle.

La première modalité examinée dans les études est le fait de **croire la déclaration de l'enfant**. Les résultats indiquent que 55 à 84% des mères croient leur enfant lorsqu'il confie avoir subi une violence sexuelle (Cyr et al(83,273), Deblinger et al(274), DeYoung(275), Heriot(276), Leifer et al(86), Lovett(277), Pellegrin et al(278), Pintello et al(279), Sirles et al(280), Wilson(281)). En ce qui concerne **la protection** que les mères offrent à leur enfant, l'étude de Cyr et al(83,273) indique que 69% des mères d'enfants âgés de 6 à 12 ans protègent leur enfant, alors que ce taux s'élève à 89% chez les mères d'adolescentes. Ces résultats sont légèrement plus élevés que ceux obtenus dans le cadre d'études antérieures.

En effet, DeYoung(275) rapporte que 60% des mères de son échantillon offraient une protection minimale à leur enfant, ce qui est comparable au taux de 56% observé par Myer(87) et à celui de 58% rapporté par Leifer et al(86). Dans un échantillon où l'agression commise était intrafamiliale, Pintello et al(279) observent que 42% des mères **croient** et protègent leur enfant et que 14% d'entre elles agissent pour le protéger même si elles ne le croient pas. Finalement, en ce qui concerne la stabilité de la protection offerte, Salt et al(282) ont observé que 82% des mères protègent leur enfant, certaines de façon consistante (44%) et d'autres de façon inconsistante (38%).

Ainsi, les études révèlent que la majorité des mères croient et protègent leur enfant, mais un pourcentage non négligeable (environ 20%) nie l'agression de leur enfant. Bolen et al(283), dans leur recension des écrits relatifs au soutien (qui inclut le fait de croire, de protéger et de soutenir affectivement l'enfant), concluent que 75% des parents ou gardiens non agresseurs offrent un soutien partiel ou total à l'enfant, ce qui laisse 25% d'adultes qui n'offrent aucun soutien. Ce taux est probablement sous-estimé puisque la plupart des études ont été conduites avec l'accord des mères, qui ont accepté de participer à la recherche, et ont complété les instruments de mesure (questionnaires). Ces mères pourraient ainsi se distinguer de celles qui ont refusé de collaborer à l'étude parce qu'elles n'envisagent justement pas la possibilité que leur enfant ait pu être agressé.

Il apparaît, comme le soulignent Elliott et al(284), que le soutien parental est associé de façon assez claire à la meilleure santé mentale à court et à long terme des enfants victimes de violence sexuelle. Il semble d'ailleurs que ce facteur de protection soit plus important que les caractéristiques de l'agression pour prédire l'adaptation de l'enfant (Tremblay et al(285)). Au contraire, des réactions aversives de la mère à la suite du dévoilement de l'enfant sont associées à davantage de psychopathologie chez celui-ci, dont des troubles extériorisés et intériorisés à l'adolescence (Spaccarelli et al(286)) et à l'âge adulte, à une tendance à l'autodénigrement, à l'existence de symptômes dissociatifs et aux états limites (Arata(287), Everill et al(288), Lange et al(289)).

Cependant, il faut souligner qu'au moins deux études ont prouvé que le soutien maternel était seulement lié à certains symptômes de l'enfant, soit la colère rapportée par

l'enfant, les troubles extériorisés et les comportements délinquants (Bolen et al(290)), ainsi que la dépression et l'anxiété (Cohen et al(291)).

Cependant, le fait de croire les allégations de l'enfant ne garantit pas que le parent bénéficiera des ressources personnelles et familiales nécessaires pour le protéger et le soutenir émotionnellement. Par ailleurs, le dévoilement de la violence sexuelle subie par le mineur peut générer des réactions émotionnelles intenses chez les parents, et les intervenants devraient donc s'assurer que ceux-ci ont la possibilité d'étaler leurs émotions au grand jour.

## **B. LES ADOLESCENTS AUTEURS DE VIOLENCE SEXUELLE**

Pour acquérir une perspective complète des trajectoires de délinquance sexuelle, il est nécessaire de comprendre en premier lieu les causes de la délinquance sexuelle chez les adolescents. La délinquance sexuelle chez les adolescents peut-elle être expliquée de manière adéquate par des modèles établis de délinquance adolescente issus de la criminologie et de la psychologie du développement ? Ou les adolescents AVS sont-ils différents des autres adolescents délinquants, nécessitant leurs propres explications ? Le point de vue généraliste est que les délinquants sexuels adolescents commettent leurs crimes dans le cadre d'un schéma plus général de comportement antisocial et criminel (France et al(292)).

Les auteurs suggèrent que les AVS adolescents sont plus semblables aux autres délinquants adolescents qu'ils ne sont différents, ce qui implique qu'ils partagent des facteurs de risque tels que les traits de personnalité antisociaux, l'association avec des pairs délinquants et la consommation de substances, et auraient donc des besoins cliniques similaires. En revanche, le point de vue des spécialistes suggère que les délinquants sexuels adolescents diffèrent des autres délinquants adolescents de façon théoriquement significative et nécessitent donc différents modèles explicatifs, outils d'évaluation et approches de traitement.

Roman(293) propose de considérer le temps de l'adolescence comme le temps privilégié des « corps en acte ». Le modèle proposé d'un « processus adolescent » (Jeammet(294), Gutton(34)), dominé au plan processuel par la dynamique du couple passivité-activité, invite à penser le temps de l'adolescence comme un temps de renégociation, au lieu du corps, des engagements subjectifs, sur fond de réactualisation des fantasmes meurtriers et incestueux.

L'investissement de l'agir se propose comme modalité de contrôle défensif face au vécu passif des transformations corporelles et face au risque que comporte le lien au sein de la famille. Il importe également d'interroger la fonction de ces agirs dans le « travail de subjectivation » à l'adolescence, en faisant l'hypothèse que ces agirs se trouvent nécessairement porteurs d'un sens à décrypter dans le cadre de la spécificité de la mobilisation des processus de symbolisation-désymbolisation à l'adolescence.

Nous pouvons évoquer différentes configurations de ces *cliniques de l'agir* à l'adolescence, clinique de la violence adressée, de la violence destructrice et de la violence sexuelle pour ce qui nous intéresse particulièrement ici, mais aussi clinique de la violence retournée sur le corps de l'adolescent, en forme de restriction ou d'abus alimentaire, d'automutilation et/ou de mouvement suicidaire.

La formulation des corps en acte peut, au premier abord, être considérée comme peu spécifique d'un temps particulier du développement de la vie psychique. En effet, l'ensemble des investissements, aux différents temps de la vie, peuvent être entendus à la lumière de cette proposition : les différents registres de la pulsion, qui organisent notre rapport au monde et nos relations d'objets, se trouvent bien structurés au lieu de l'engagement du

corps. Il semble que cette formulation rencontre de manière privilégiée deux temps particuliers de la vie psychique : celui de l'adolescence, où se situe ici notre intérêt, mais également celui de la petite enfance, temps dans lequel se met à l'épreuve l'engagement du corps dans la construction du monde :

- Dans le temps de l'adolescence, nous pouvons noter la place qu'occupent les agirs, pour le sujet et le groupe : violence auto/hétéro-agressive, dans le registre de la violence sexuelle ou d'autres formes transgressives, violence d'automutilation et/ou des mouvements suicidaires, parfois déguisés, masqués, sous des formes diverses de pratiques addictives... ;
- Dans le temps de la petite enfance, nous pouvons, selon les propositions de Marty et Fain(295), noter « le rôle de la motricité dans la relation d'objet », ou considérer avec Winnicott, que « jouer, c'est faire ». A ce titre, l'engagement du corps dans le travail de symbolisation apparaît tout à fait central.

Pour Roman(294), l'acte, à l'adolescence, se trouverait au cœur du travail de **symbolisation-désymbolisation** ouvert par la crise pubertaire (Gutton(34)), et qui constituerait un marqueur des processus de réaménagement psychique au lieu du corps. Jeammet(296) propose un modèle dans lequel l'agir à l'adolescence témoignerait d'une réponse singulière, dans le registre de l'activité, à une expérience, celle de la transformation du corps des autres, et en premier lieu du lien au corps des parents.

Pour Gutton(34), l'évènement pubertaire, ou « **traumatisme pubertaire** » pour suivre sa formulation, ouvre sur une mobilisation singulière du corps. L'adolescent se trouve alors contraint, dans une indécision quant à la vectorisation pulsionnelle (du dedans ? du dehors ?), à une série de transformations physiologiques auxquelles il ne peut que souscrire, passivement. Bien souvent, la seule issue de l'adolescent consiste à procéder à un retournement de cette passivité subie (la « passivation ») en son contraire, **l'activité**.

Le corps de l'adolescent, mu par l'exigence pulsionnelle, va trouver différentes modalités de « corps en acte », qui lui permettront une forme de compromis face à la radicalité de l'irruption pubertaire. Cette irruption, si elle introduit la dimension de la temporalité psychique, constitue également, une expérience traumatique qui, par essence, brouille les repères de la temporalité. En d'autres termes, là où le traumatisme pubertaire envahit la vie psychique, l'inscription temporelle de l'adolescent se trouve prise en défaut. Nous pourrions parler d'un court-circuitage et/ou écrasement de la différenciation chronologique des temps de l'enfance et des temps de l'adulte, dont témoigne en particulier la clinique adolescente engagée dans les agirs sexuels violents.

La violence sexuelle de l'adolescence est définie comme une clinique de l'interaction (Frémy(297)). Elle est l'objet de difficultés d'élaboration en tant que cet agir est un comportement sexuel dont la composante sexuelle est souvent évacuée. Elle n'est pas perçue comme une effraction du corps de l'autre mais comme une opportunité ou une vulnérabilité. L'autre est réduit à l'état d'objet au travers d'un scénario avec la mise en place progressive d'une emprise. Elle révèle un dysfonctionnement au sein de la famille avec la fréquence d'une répétition transgénérationnelle de l'abus sexuel. Parmi les traits notés chez les auteurs, nous pouvons relever la labilité émotionnelle et la sidération des affects. Nous observons parfois une identification à l'agresseur chez ceux qui ont subi eux-mêmes des violences étant mineurs.

## 1. EPIDEMIOLOGIE

Les agirs sexuels violents représentent une vaste diversité de cliniques, de typologies ou encore d'environnements... Commençons par quelques données généralement admises. Ils :

- Sont majoritairement les faits des garçons à 99% selon Kail et Le Caisne(33) ;
- Concernent des adolescents issus de tous milieux socioprofessionnels et culturels d'après De Becker(298) ;
- Peuvent être adressés de manière élective ou indifféremment à des garçons ou des filles, pubères ou non ;
- Confrontent à des modalités d'expression de l'affect de la part de l'adolescent qui introduisent une forme de malaise dans la relation ;
- Mobilisent, d'une manière ou d'une autre, des questions liées à l'inscription générationnelle et/ou aux liens à l'intérieur de la famille ;
- Interrogent sur la manière dont les parents des adolescents concernés se trouvent pris entre banalisation, déni ou sidération.

### *Une proportion non négligeable d'adolescents*

La majorité des auteurs ont entre 30 et 40 ans, mais une proportion importante a moins de 18 ans (Hamel et al(70), Russell(58), Wolfe(52)). Dans leur recension, Pithers et al(299) estiment que 40% de la violence sexuelle est perpétrée par des personnes de moins de 20 ans et que de 13 à 18% des victimes d'agressions sexuelles sont agressées par d'autres enfants de moins de 13 ans.

Il existe une grande hétérogénéité en termes d'âge au moment des faits reprochés. Nous admettons une amplitude de 10 à 18 ans avec un pic autour de 14-15 ans (De Becker(298) et Granjon(300)). Le nombre de jeunes accusés d'une infraction sexuelle augmente fortement à l'âge de 12 ans et forme un plateau après l'âge de 14 ans. Environ 16% des délinquants sexuels juvéniles ont moins de 12 ans et les jeunes femmes représentent environ 7% des délinquants sexuels juvéniles (Finkelhor et al (301)).

En 2008, 3884 mineurs ont été mis en cause pour viol, harcèlement et autres agressions sexuelles en France métropolitaine. Parmi ces mis en cause, 1767 l'ont été pour viol, dont 1678 pour viol sur mineur. Les chiffres accuseraient, depuis 2000, une augmentation de plus de 57 %(Protection judiciaire de la Jeunesse(302)). Si les mineurs constituent environ 18% de la criminalité générale, ils représentent globalement en 2008, un quart des AVS tant pour les viols que pour les agressions sexuelles et les atteintes aux mœurs. Il est important de rappeler que cette proportion passe à 39% lorsqu'il s'agit d'un viol et que la victime est elle-même un mineur.

Si nous considérons la cohorte des auteurs de moins de 13 ans, 8% sont des auteurs de viol, celle de 13 à 16 ans en comporte 24% et celle de 16 à 18 ans 27%. Si la plus grande fréquence de la criminalité et de la délinquance sexuelle entre 0 et 25 ans se situe dans la tranche des 13-16 ans, qui constitue un tiers des auteurs, les affaires des mœurs représentent plus de la moitié de la délinquance des moins de 13 ans. Quant aux viols, ils

représentent à eux seuls les trois-quarts des crimes commis par les moins de 18 ans (Tournier(303)). Nous retrouvons environ les mêmes chiffres pour 2009 puisqu'un quart des mis en cause pour des violences sexuelles ont moins de 18 ans, et lorsque la victime est elle-même mineure, cette part est proche de 37% (elle n'excède pas les 5% quand la victime est majeure selon l'INHES(304)).

#### *Les adolescents AVS, une population sous-détectée*

Les chiffres des violences sexuelles adolescentes sont probablement une sous-estimation du nombre de jeunes impliqués dans des délits sexuels. Plusieurs explications sont fournies par la National Children's Home (NCH)(305) :

1. De nombreux enfants et certains adolescents plus jeunes sont exclus des statistiques de la criminalité au Royaume-Uni, car les enfants de moins de 10 ans sont exemptés de responsabilité pénale et, pour ceux entre 10 et 14 ans, des accusations pénales graves sont rarement portées en raison de la difficulté à établir l'intention ;
2. Alors que les avertissements formels de la police sont consignés dans les statistiques de la criminalité au Royaume-Uni, les avertissements informels ne le sont pas, et il existe des preuves que la police a recours de plus en plus aux avertissements informels à l'encontre d'enfants et de jeunes adolescents pris dans des situations d'agression sexuelle ;
3. Toutes ces infractions ne sont pas découvertes ou divulguées par les victimes;
4. Même lorsqu'elles sont découvertes par des tiers (par exemple, les parents), toutes ces infractions ne sont pas signalées aux autorités. Lorsque des comportements abusifs sont révélés, le déni et la minimisation de l'importance du comportement ne sont pas rares chez les parents, la police et les professionnels ;
5. De nombreux comportements sexuels sont attribuables à « l'expérimentation des adolescents », que d'autres (y compris la victime) pourraient qualifier de violente ;
6. Certains professionnels et parents peuvent être préoccupés par les graves conséquences de l'identification d'un jeune comme agresseur sexuel (Horne(306)).

#### *Les auteurs sont majoritairement de sexe masculin*

Tant les études d'incidence que de prévalence montrent que l'auteur est majoritairement de sexe masculin (Bagley et al(307), Holmes et al(59), Knutson(57), Tourigny(308), Wolfe(52)). Les hommes représentent 85 à 100% des agresseurs (Finkelhor et al(309), Knutson(57), Wolfe(52)). La proportion d'hommes parmi les auteurs d'agression sexuelle semble toutefois plus grande lorsque la victime est une fille. Selon Dube et al(310), la grande majorité des victimes de sexe féminin sont agressées par des hommes (92%), 2%

par des femmes, 4 % par les 2 sexes. La proportion d'AVS chute à 51% pour les garçons victimes de violence sexuelle, 21% par des femmes et 18% par les 2 sexes.

Dans l'ensemble, 1% des infractions sexuelles sont actuellement attribuées aux femmes. Le rapport entre les femmes et les hommes agresseurs enregistré dans les statistiques officielles du Royaume-Uni est resté constant à 1% pour les 14-20 ans et les plus de 20 ans. Cela se compare à un ratio global de délinquance féminine et masculine de 18%. Dans un échantillon d'AVS qui ont suivi des programmes de traitements psychothérapeutiques, Kahn et al(311) ont trouvé un ratio de 1 pour 20 de femmes par rapport aux hommes.

Selon Silovsky(312)), les AVS adolescents et préadolescents sont différents types d'AVS : ceux adolescents sont principalement des hommes (plus de 90%), tandis qu'un nombre important de délinquants préadolescents sont des femmes.

#### *L'agresseur connaît souvent sa victime*

L'AVS sur mineur est connu de la victime dans 75 à 90% des cas (Badgley et al(307), Finkelhor et al(309), Knutson(57)). La figure parentale constitue un quart des auteurs (Sedlak et al(313)). Plusieurs recherches ont également montré que les filles sont davantage à risque que les garçons d'agression intrafamiliale (Finkelhor et al(309), Tourigny(308), Wolfe(52)). Spécifiquement chez les garçons, Holmes et al(59) rapportent des proportions d'agresseurs extrafamiliaux allant de 54 à 89% et 21 à 40% de ces agresseurs ne sont pas connus des victimes.

En ce qui concerne les agressions sexuelles intrafamiliales, près du quart des victimes interrogées dans le cadre d'une enquête populationnelle québécoise rapportaient avoir été agressées par un membre de leur famille immédiate, parent ou fratrie (Tourigny(63)). 28 à 35% des AVS étaient considérés comme d'autres membres (que le père, beau-père, mère, belle-mère, parents adoptifs ou famille élargie) de la famille, ce qui suggère que les membres de la fratrie puissent représenter une proportion non négligeable de ces AVS sur mineur.

Certains auteurs rapportent que l'agression sexuelle est plus souvent commise par un membre de la fratrie que par une figure paternelle (Cyr et al(314), Salazar et al(315)), voire qu'elle l'est 3 à 5 fois plus souvent que ne l'est l'inceste père-fille (Grant et al(316), Wolfe(52)). Salazar et al(315) avancent même que le taux d'agression sexuelle commise par un membre de la fratrie est plus faible, du fait que ce type d'agression est sous-rapporté en raison du tabou dont il fait l'objet. L'inceste frère-sœur serait le plus fréquent, suivi de l'inceste entre frères. Ces deux agressions représenteraient ensemble près de 90% des cas d'inceste commis par la fratrie, ce qui montre que le frère demeure l'agresseur dans la grande majorité des cas (Caffaro et al(317)).

#### *Fréquence d'antécédents de délinquance*

En dehors de l'acte pour lequel il est arrêté, un auteur de violence sexuelle sur 3 présente des actes délinquants non judiciairisés. Parmi ces sujets, c'est presque la moitié qui dévoile, lors des suivis au long court, des actes délinquants de même nature que ceux pour lesquels ils sont judiciairisés. Or ces comportements délictueux sont, pour la moitié d'entre

eux, apparus à l'adolescence et pour un auteur sur cinq, c'est dans son enfance que ces conduites émergent.

Par ailleurs, les sujets AVS présentent un sommeil plus perturbé, avec des cauchemars qui apparaissent tôt dans leur enfance ou leur adolescence révélant des enclaves traumatiques liées aux difficultés familiales, à la crainte de figures parentales réellement inquiétantes. L'ensemble révèle un sentiment d'insécurité profond (Ciavaldini(318)). Selon Houghugh et al(319), les adolescent AVS partageraient plus de similitudes que de différences avec les adolescents délinquants non sexuels.

### *Différents types de violence sexuelle chez les adolescents*

Il est possible, sur une base clinique, de déterminer une certaine typologie des violences sexuelles dans laquelle nous pourrions distinguer trois registres :

- Les attitudes passives et sans contact physique de l'ordre du voyeurisme, des appels téléphoniques obscènes, de l'exhibitionnisme ;
- Les agressions et crimes sexuels impliquant la contrainte, l'agressivité et la coercition tels que la violence sexuelle, le viol ou la tentative de pénétration ;
- Les agressions de nature pédophiliques supposant une différence d'âge d'au moins 4 ans.

Certaines études mettent en avant la prévalence des attouchements sexuels, suivis par les viols puis l'exhibitionnisme avant la survenue d'autres formes de délinquance sexuelle sans contact direct. D'autres insistent sur la fréquence des formes quelconques de pénétration. Il est à noter que la plupart des situations présupposent une affirmation du pouvoir et/ou la recherche de soumission. Nous pouvons remarquer que la situation la plus fréquente est celle concernant des adolescents auxquels sont confiés des enfants.

### *La coercition comme moyen d'agir*

Johnson(320) a constaté que la coercition était extrêmement répandue chez les garçons violents (83%), bien qu'il s'agisse principalement de menaces verbales ou de pots-de-vin (60%). Il remarque également que 46% d'un échantillon de 47 garçons auteurs étaient impliqués dans l'inceste fraternel.

### *Une faible récurrence*

Les recherches indiquent que la **récurrence** chez les adolescents AVS est inférieure à celle des adultes, 3 à 14% contre 20% approximativement, et de 30 à 72 % pour la récurrence non sexuelle. D'autres travaux concluent que les taux de récurrence sexuelle sont inférieurs aux taux de récurrence générale (Carpentier et al(321,322), Davis et al(323), Caldwell(324,325), Nisbet et al(326), Vandiver(327)). Les taux de récurrence les plus élevés sont de nature violente (Côté(328), Waite et al(329)).

Les adolescent AVS qui ont suivi un traitement sont significativement moins à risque de commettre un autre délit sexuel (Worling et al(330)). Nous estimons que moins de 10% des violeurs sont confrontés au système de justice pénale (contre 90% des délinquants sexuels qui ne seraient pas détectés par le système judiciaire), il est donc difficile de généraliser ces recherches (Lisak et al(331)).

### *Des facteurs de risque de devenir AVS*

Black et al(56) soulignent que les recherches n'ont pas clairement démontré que la plupart des agresseurs sexuels d'enfants ont une personnalité ou une pathologie particulière. Cependant, dans une méta-analyse de 89 études portant sur les facteurs de risque associés à l'agression sexuelle sur un mineur, Whitaker et al(332) démontrent que les AVS sur mineurs présentent plus de facteurs de risque que les hommes de la population générale. Ces facteurs sont regroupés en 6 catégories :

- Les facteurs familiaux (fonctionnement familial plus pauvre et un attachement plus pauvre, histoire d'abus dans l'enfance) ;
- Les déficits sociaux (faibles compétences sociales, isolement, difficultés dans les relations intimes, faible qualité d'attachement) ;
- Les comportements extériorisés (violence, agressivité importante, antécédents criminels non violents, colère/ hostilité, abus de substances, paranoïa, méfiance, trouble antisocial) ;
- Les comportements intériorisés (anxiété, dépression, faible estime de soi) ;
- Les problématiques sexuels (intérêts sexuels plus déviants) ;
- Les cognitions soutenant l'agression sexuelle (tolérance à la sexualité adulte-enfant plus importante, minimisation de la culpabilité de l'auteur).

Nous allons regrouper les 2 premiers en facteurs environnementaux (ou facteurs extrinsèques) et les autres en symptomatologie clinique (ou facteurs intrinsèques).

Grant et al(316) ressortent un ensemble de facteurs similaires :

- Avoir été victime d'agression sexuelle ou d'abus pendant l'enfance ;
- Venir d'une famille dysfonctionnelle (agressions dans la fratrie, consommation de substances, difficultés relationnelles) ;
- Avoir des difficultés psychologiques (comportements tant intériorisés qu'extériorisés et déficit des habilités sociales).

## **2. FACTEURS ENVIRONNEMENTAUX ET FAMILIAUX**

### *Un environnement familial dysfonctionnel*

Des études plus spécifiques sur la fratrie montrent que l'environnement familial dans lequel a lieu l'inceste commis par un membre de la fratrie est plus chaotique que celui des adolescents qui ont commis des violences sexuelles extrafamiliales ou qui n'ont pas commis d'infraction à caractère sexuel (Alder et al(333)). Les parents des familles dans lesquelles a lieu la violence sexuelle commise par la fratrie ont davantage de difficultés personnelles, dont des problèmes d'alcool, de conflits conjugaux et d'insatisfaction sexuelle, mais ont également vécu plus de violences physiques et sexuelles durant l'enfance que les parents des familles dont l'adolescent a commis une violence sexuelle extrafamiliale (Alder et al(333), Cyr et al(314), Grant et al(316), Rudd et al(334), Salazar et al(315), Worling(335)).

Lorsque l'environnement de l'adolescent se présente dans une précarité qui empêche ce dernier d'y trouver l'appui nécessaire pour mener à bien les réaménagements du rapport au temps de l'adolescence (précarité sociale, culturelle, psychique des groupes d'appartenance, familiaux ou sociaux), l'une des voies que peut emprunter le travail psychique est celle que Roman(336) nomme les « aménagements-pseudos ». Ces derniers seraient une forme de court-circuitage du processus adolescent et de sa temporalité propre ouvrant sur des positions précoces d'être comme les adultes (maternité précoce chez les jeunes filles, agirs transgressifs, y compris sexuels, chez les jeunes garçons).

Il n'y a de possibilité d'inscription dans un avenir pour l'adolescent qu'en appui sur une possible renégociation de sa place au sein du groupe familial, ce qui implique un double mouvement :

- De dégagement, sous forme de rejet, de destructivité et d'attaque des idéaux familiaux, au profit d'une affiliation à des groupes de pairs qui autorisent une forme d'utopie temporelle ;
- De réengagement à une place maintenue suffisamment disponible et accueillante pour l'adolescent de la part de son groupe d'origine, sa famille.

C'est au prix de ce double mouvement, dans un contexte de sécurité suffisante dans les liens avec l'environnement, que l'adolescent pourra grandir. Grandir, c'est passer d'un investissement narcissique de la temporalité à un investissement objectal, donc renoncer à la satisfaction immédiate de ses désirs pour miser sur d'autres modes d'investissements, en passant par une préoccupation pour l'autre. Si la pulsion échappe à la satisfaction immédiate, et trouve des voies de dégagement dans le registre des intérêts intellectuels et/ou sociaux, alors s'ouvre une autre modalité d'inscription pour l'adolescent : celle dans une histoire, celle de sa famille, de son quartier, de sa communauté, de son pays... histoire qu'il pourra choisir d'habiter selon des modalités d'engagement qui lui sont propres.

Jacob et al(300) mettent en avant la très grande fréquence d'abandons ou de distorsions parentales précoces. Des dysfonctionnements familiaux sont notés avec des modèles de violence intra familiale. Il existe aussi des expositions à des modèles sexuels inadéquats ainsi que des troubles psychiatriques au sein de la famille.

### *Des troubles de l'attachement*

Les études concluent toutes à une prévalence bien plus élevée d'attachement insécure chez les AVS par rapport à la population générale (Grattagliano et al(336), Stirpe et al(337), Marshall(338)). En ce qui concerne les AVS sur enfants, une étude a trouvé que jusqu'à 93% des agresseurs sexuels sur enfants présentaient un attachement insécure (Marsa(339)).

Cependant, la plupart des recherches concluent qu'il n'existe pas de différence significative en termes de troubles de l'attachement entre les différents types d'agresseurs sexuels (Smallbone et al(340)). Une étude a toutefois trouvé que les AVS sur mineur présentaient plus d'attachement de type préoccupé/ambivalent alors que les AVS sur adultes présentaient plus d'attachement de type anxieux/évitant (Stirpe et al(337)). Ces résultats sont en contradiction avec une autre étude qui retrouve plus d'attachement de type évitant chez les agresseurs d'enfants que chez les agresseurs d'adultes (Miner et al(341)). Cela serait plus en accord avec la théorie selon laquelle des sujets « évitants », devant l'angoisse

que provoque les relations intimes avec leurs pairs, se tourneraient vers des enfants pour assouvir leur besoin d'intimité (Marshall(342)).

### *Un sens du mot « famille » déstructuré*

La lecture clinique des **génogrammes** réalisés par des parents d'adolescents engagés dans des agirs sexuels violents témoigne de cette difficulté à représenter une famille, et plus spécialement à se reconnaître dans ce que Granjon(343) nomme l'enveloppe généalogique. Quelques éléments marquants émergent de l'analyse de ces génogrammes, qui témoignent de la qualité des organisateurs familiaux autour de l'adolescent engagé dans les agirs sexuels violents :

- La place récurrente des trous dans la représentation de l'inscription dans la généalogie (ces trous touchent les liens d'alliance, mais également les places et nominations laissées vacantes) ;
- La censure de l'alliance, qui prend la forme d'une limitation du tracé du génogramme à une seule ligne ;
- La précarité du repérage de la différence des sexes et des générations voire de l'écrasement générationnel (graphisme et/ou mention peu différenciés entre les générations, génogramme en liste, incertitude de la vectorisation générationnelle) ;
- Une difficulté, repérée de manière quasi constante, à identifier, dans les représentations graphiques, l'adolescent auteur d'infractions à caractère sexuel autour duquel le génogramme est construit ;
- De manière exceptionnelle, la figuration explicite d'un lien œdipien pathologique (le seul lien marqué de l'arbre généalogique).

Au regard des génogrammes, il apparaît que la précarité, voire la distorsion de la construction des liens générationnels, se trouve avérée. D'une manière générale, il semble que nous soyons confrontés à des situations dans lesquelles le processus adolescent se trouve en panne d'une inscription dans l'histoire de la famille, dans l'histoire de la lignée, dans l'histoire des alliances... Nous pouvons faire l'hypothèse que ces adolescents participeraient à une configuration de la position dépressive familiale, évoquée par Roman(344), marquée par une impossible séparation (figure de la confusion) et/ou par une nécessité radicale de se dégager des liens (figure du clivage).

Nous pouvons dire que l'agir sexuel violent à l'adolescence pourrait, au plan de la dynamique familiale, intervenir à titre de stratégie défensive, comme une tentative de cicatrisation, d'une part au regard d'un risque de désorganisation du groupe familial, d'autre part au regard d'un mouvement dépressif familial impossible à élaborer.

### *L'agression sur des proches*

Kahn et Lafond(345), dans une étude portant sur 350 jeunes AVS dans un établissement correctionnel, ont constaté que 95% connaissaient leurs victimes et « les victimes communes étaient des frères et/ou des enfants pour lesquels l'auteur était babysitter ». Ils ont constaté également que plus de la moitié des AVS incarcérés avaient utilisé une certaine force pour maîtriser ou persuader la victime. Les auteures filles étaient beaucoup plus susceptibles de recourir à la persuasion qu'à la force.

## *Un milieu familial incestuel*

La configuration familiale des adolescents engagés dans des agirs sexuels violents témoigne de leur exposition à une excitation souvent peu contenue, et dans tous les cas, dont les adolescents (et les enfants qu'ils étaient auparavant) ne sont pas véritablement protégés. L'exposition à l'excitation peut prendre deux formes principales, le plus souvent intriquées, selon qu'elle se présente de manière explicite (comportements explicites des parents) ou de manière latente, en lien avec un défaut dans l'établissement des régimes d'interdits qui structurent et contiennent l'excitation.

Nous pouvons faire le constat que la situation conjugale des parents, ou de manière plus générale, le mode d'investissement de leur sexualité, se trouve en mesure de confronter l'adolescent à une forme d'excitation dans les liens. Une des premières formes peut être identifiée autour de l'instabilité conjugale des parents : au-delà de la situation courante de la séparation du couple parental, la confrontation aux violences attachées à la séparation, les effets de la rupture des liens attachés à la séparation et/ou l'instabilité dans la vie affective du ou des parents de l'adolescent lui donnent à éprouver une excitation dont nous pouvons dire qu'elle se trouve en risque de le submerger.

Là où les parents devraient pouvoir être en mesure de contenir les pulsions sexuelles génitales naissantes de leur adolescent, la confrontation, dans la réalité, à l'excitation des parents expose l'adolescent à une forme de fantasme de scène primitive agie. Cette situation est particulièrement avérée dans le cas de multiples recompositions de couple, qui convoque l'adolescent à ses propres émois amoureux, en écho peu différencié des émois amoureux de ses parents. Il faut noter que dans la situation de non-séparation et de stabilité suffisante du couple parental, lorsque celui-ci est présent auprès de l'adolescent, les engagements sexuels des parents se sont généralement émoussés pour que, dans le lien de l'adolescent aux parents, la rencontre de la sexualité puisse prendre la voie du refoulement, dégageant pour une part l'adolescent d'une rencontre trop excitante avec les fantasmes incestueux et meurtriers.

Par ailleurs, les multiples recompositions du couple parental confrontent répétitivement l'adolescent à la séquence rupture/investissement, dans tous les cas, chargée d'une excitation. Dans bien des situations, il se trouve contraint à la nécessité de soutenir le parent, le plus souvent la mère avec laquelle vit l'adolescent, dans les mouvements dépressifs qui peuvent accompagner les séparations conjugales. La proximité ainsi ouverte de l'adolescent à sa mère, ainsi que le renversement de la polarité de la protection, contribuent à exacerber les engagements œdipiens et le danger incestueux auxquels ils livrent l'adolescent.

Nous constatons aussi la confrontation de l'adolescent à une sexualité exposée des parents, qui peut prendre différentes formes selon les configurations familiales : disponibilité pour l'adolescent de matériel pornographique au domicile parental, non-protection d'espaces intimes où s'exerce la sexualité des parents, exposition des pratiques sexuelles dans leurs composantes violentes et/ou perverses... Le partage sexuel entre parent et enfant représente un autre volet de l'exposition de la sexualité ou à la sexualité. Ce partage peut être soit direct, lié à une promiscuité physique des corps, soit indirect, lié au partage de l'excitation.

Nous comprenons donc que l'ensemble des situations au cours desquelles les parents de l'adolescent ne sont pas en mesure de témoigner, sans ambiguïté, des interdits liés à la sexualité et à ses formes transgressives (du point de vue de l'inceste bien sûr, mais également du point de vue de la contrainte et de la violence, du point de vue de la marchandisation du corps et de la sexualité...) place ce dernier, au plan de sa vie psychique, dans une situation de désarroi. Livré au débordement de mouvements pulsionnels non encadrés par un interdit structurant et comme abandonné dans la préoccupation parentale, l'adolescent est contraint à inventer ses propres solutions pour assurer le destin pulsionnel, dont l'agir sexuel violent constitue l'une des formes.

L'absence de protection des enfants à l'égard de la sexualité des adultes constitue une forme classique de l'effraction séductrice contenue dans la confusion des langues (Ferenczi(346)). L'enfant est alors pris, passivement, dans la jouissance de l'adulte et, au risque de la désorganisation et/ou de la folie, apparaît n'avoir qu'une issue, celle du retournement de la passivité en activité.

### *Une sexualité de l'adolescent non respectée*

Du point de vue de l'adolescent, l'exposition à la sexualité peut prendre la forme d'un non-respect de l'intimité du corps et/ou de sa sexualité (absence d'intimité dans les lieux d'hygiène et les espaces privés de l'adolescent) ou d'interpellations par les parents de l'adolescent sur sa vie sexuelle (remarques intrusives sur les transformations du corps de l'adolescent, questionnements sur sa vie affective, injonctions à des pratiques sexuelles, évocations dégradantes liées aux femmes et à la sexualité en général...).

En contrepoint de cette forme d'exposition, le refus et l'effacement de toute référence à la sexualité au sein de la famille, qui traduisent des modalités rigides d'investissement des liens (sexualité prise dans une forme d'enclave et de déni), peuvent constituer, à l'inverse, une puissante attraction fantasmatique. L'adolescent peut alors se trouver démuni et isolé face au risque de ces émergences, dont la teneur et la qualité ne pourront trouver sens au sein des relations intersubjectives dans le groupe familial.

### *Des expériences de vie spécifiques*

Dans son analyse des expériences de vie des agresseurs sexuels, Delage(347), distingue plusieurs figures :

1. Des sujets qui ont connu une relation très fusionnelle avec leur mère, une sexualisation traumatique, parfois abusés sexuellement par leur père et développant à leur tour l'agression sexuelle dans un contexte intrafamilial dominé par l'angoisse de morcellement et la nécessité de maintenir un Moi collectif indifférencié ;
2. Des sujets qui ont vécu un lien très fort avec leur mère ayant investi émotionnellement et souvent sexuellement son enfant en présence d'un père passif, dans une configuration familiale où l'enfant a pris la place du mari et le père celle de l'enfant. L'intoxication maternelle provoque ici une sexualisation précoce et un apprentissage des techniques de manipulation qui mènent au développement de scénarios pervers, d'autant plus lorsque ces sujets ont été abusés par un pédophile dans leur enfance ou leur adolescence ;

3. Des sujets qui ont été pris dans une relation dyadique avec une mère leur ayant transmis une illusion de toute puissance, en même temps qu'ils étaient confrontés à une figure paternelle autoritaire, parfois maltraitante et objet persécuteur. Ces sujets vont alors s'organiser sur un mode paranoïaque et se comporter en agresseur intra ou extra familial ;
4. Des sujets ayant connu la négligence grave et l'abandon, cherchant à compenser les carences du passé par des stratégies de survie affective qui les conduisent à des comportements prédateurs, que ceux-ci soient intra ou extra familiaux, et d'autant moins décelés par l'entourage que ces sujets se montrent gentils et se font adopter ;
5. Des sujets victimes de maltraitance physique dans leur enfance et qui se montrent eux-mêmes violents, revendicatifs, disposés à punir et à faire mal dans un climat d'érotisation de la colère, de la douleur, les cris de la victime provoquant l'excitation ;
6. Des sujets ayant connu un climat relationnel fait de rejet, de séduction, dans un flou permanent des attentes et des limites. Ceux-ci apprennent à devenir manipulateurs, transgressifs et s'orientent vers un fonctionnement psychopathique susceptible de les conduire au meurtre et au viol ;
7. Des sujets fonctionnant dans un registre plus névrotique mais dont les assises sont fragiles. Confrontés à un moment donné à une crise existentielle qui dévoile leur fragilité, lorsqu'ils perdent leur source d'affection et leur représentation masculine de l'homme puissant et viril (divorce, mort du père, etc...), ils régressent et abusent sexuellement des enfants de leur entourage. Ils peuvent ainsi se révéler pédophiles dans un climat d'inquiétude au sujet de leurs capacités sexuelles.

Les distorsions de l'appareil psychique familial, les faillites des relations objectales précoces, une structuration psychique insuffisante ne permettant pas une organisation pulsionnelle satisfaisante, ni les différenciations objectales ni les constructions des assises narcissiques sont les éléments les plus fréquemment notés. Ils sont le fond des typologies les plus communes.

Plusieurs aspects sont présents de manière récurrente au cours des histoires de vie des adolescents des familles au sein desquelles des violences sexuelles se déploient :

- Les liens au sein de la famille sont particulièrement précaires, tant au plan des éléments factuels (séparation du couple parental, famille monoparentale en défaut de repère paternel) qu'au plan de la nature et de la qualité des investissements des figures parentales (prégnance de vécus de lâchage et d'abandon, fragilité voire carence quant à l'instauration des interdits fondamentaux, repérage de « proximités incestuelles » (exemple du couchage de deux enfants d'une même fratrie dans le même lit) ;

- La dénonciation des faits par la victime intervient à un moment singulier, dont nous pouvons nous interroger sur le sens et la portée, puisque c'est à proximité de l'accès à la majorité de l'agresseur ;
- Les faits de violence sexuelle commis au sein de la fratrie, souvent répétés sur de longues périodes (mois voire années), sont suspendus à partir du moment où la victime peut signifier de manière suffisamment convaincante et audible son absence de consentement aux actes d'ordre sexuel qui lui sont imposés ;
- A partir de là, les parents de ces adolescents occupent, au sein de la famille, une position intenable dans la mesure où ils sont dans le même espace-temps parents de l'auteur et parents de la victime, leurs investissements affectifs se trouvent partagés, de manière violente (ces parents parlent d'écartèlement entre vécu de culpabilité de ne pas avoir protégé leur enfant victime, et l'insupportable que représente l'intervention policière et judiciaire dans la vie de leur enfant auteur) ;
- La particularité du lien instauré entre auteur et victime vaut également d'être signalée. A la différence des situations de violences des victimes n'appartenant pas à la fratrie où la question du consentement de la victime se trouve interrogée à minima, pour la victime appartenant à la fratrie, l'auteur met systématiquement l'accent sur l'absence de sentiment de contrainte et/ou de violence vis-à-vis de la victime, fondé sur une interprétation de l'absence de réaction négative de la victime (pas de pleur, pas de refus explicite) voire sur l'absence de déplaisir de la victime dans les actes sexuels contraints, laissant entendre même qu'elle aurait pu y trouver une satisfaction voire un plaisir sexuel. Dans ce contexte, nous comprenons que la représentation sous-jacente est celle d'une *victime disponible* voire *accueillante* aux pulsions sexuelles adolescentes de son frère aîné, ces pulsions sexuelles étant présentées dans leur caractère irrépressible.

Ce dernier aspect permet d'aborder la question de la construction de l'interdit du meurtre et de l'inceste au sein des familles concernées (par les violences sexuelles au sein de la fratrie). Nous comprenons également qu'il renvoie à des formes particulières quant à l'accès à la sexualité génitale au sein même de la famille dans la mesure où ces violences sexuelles représentent pour l'adolescent engagé (dans des agirs sexuels violents) une alternative « économique » à la nécessité de porter en dehors de la sphère familiale sa quête affective et sexuelle, démarche qui implique une confrontation à la réalité environnante et une prise sur le social et les liens qui s'y déploient.

Plus que pour les autres, les adolescents mis en cause pour des violences au sein de la fratrie, font part de leur malaise dans ce temps de vacillement de l'adolescence, de leurs difficultés à soutenir la transformation de leur corps, liées à l'éclosion hormonale pour eux-mêmes et dans la confrontation au regard des autres, et du vécu d'inhibition qui les submerge dans le projet de relations amoureuses avec des adolescentes de leur âge.

#### *L'agression sexuelle, un lien au dehors*

L'acte de violence sexuelle au sein de la fratrie s'inscrit sur le fond d'une continuité narcissique entre sujet et objet, et semble répondre à la nécessité de mettre en jeu, sur la

scène externe, une forme de duplication projective de soi-même. Cette duplication a une fonction de première ébauche différenciatrice entre sujet et objet, différenciation qui serait déjà là mais qui n'aurait pu encore advenir. Dans ce sens, l'objet externe (l'autre, la victime) peut être considéré dans sa dimension paradoxale : à la fois hors du sujet en même temps qu'il le représenterait, il viendrait tenter de répondre à l'effraction constituée par l'existence d'un objet interne insécurisant, qui porte atteinte à la continuité narcissique du sujet.

### *Des contacts flous avec la pornographie*

Selon Seto et al(348), il existe peu de preuves d'un lien causal direct entre l'utilisation de la pornographie et le fait de commettre une agression sexuelle. Ils ajoutent que ce sont principalement les individus déjà à risque de commettre une agression sexuelle qui seraient influencés par l'exposition à la pornographie, alors que les individus non prédisposés seraient peu susceptibles d'être influencés par cette exposition. Mosher(349) suggère que les personnes pouvant être influencées par l'exposition à la pornographie seraient celles chez qui le contenu pornographique concorde avec des fantasmes déjà existants : ce contenu ne ferait alors que rendre plus concret leurs scénarios sexuels. A l'opposé, certaines études démontrent plutôt que l'utilisation de la pornographie serait indirectement liée au fait de commettre des agressions sexuelles (Allen et al(350) (351)) : dans 2 méta-analyses, Allen et ses collègues démontrent qu'il existe un lien entre l'usage de la pornographie et l'acceptation des mythes liés au viol, de même qu'un lien avec la propension à commettre une agression physique.

### *Trois typologies selon l'environnement familial*

A propos des adolescents, Delage(347) met en évidence trois grands types :

- Les adolescents deviennent agresseurs dans un contexte familial qui associe de faibles représentations de l'interdit, une conception patriarcale de la famille, de faibles possibilités socio-économiques. Cela peut-être dans un contexte social qui favorise une socialisation par identification au pair (pratique du viol collectif comme affirmation de l'homme puissant et viril venant masquer les fragilités et les incertitudes adolescentes de la représentation masculine) ;
- Les adolescents profondément carencés et confrontés précocement à un réel violent et/ou sexuel venu occulter la place habituellement dévolue à l'imaginaire et au symbolique sont d'autant plus enclins à devenir des agresseurs sur des enfants plus jeunes, souvent des garçons, lorsqu'ils sont placés en institution et qu'ils subissent tout à la fois les manques affectifs liés à la vie institutionnelle, les rapprochements physiques de la vie collective et la poussée pulsionnelle pubertaire et post-pubertaire ;
- Les adolescents agresseurs au sein de la famille commettent l'inceste soit dans une ambiance familiale hyper sexualisée et à climat incestuel, soit à l'inverse dans une ambiance familiale hypo sexualisée dans laquelle nous ne parlons jamais de sexualité ni de relations affectives, les enfants étant livrés à leur désir sans encadrement, de la part des parents qui éprouvent du dégoût à l'égard de ce qui concerne le sexe.

### 3. SYMPTOMATOLOGIE

#### *Deux groupes selon l'âge de la victime*

La classification fondée sur l'âge de la victime est l'une des méthodes les plus utilisées pour examiner les types d'adolescents qui commettent des infractions sexuelles. Cette typologie est parallèle à la littérature sur les AVS adultes qui fait la distinction entre les violeurs et les agresseurs d'enfants (Fanniff et al(352)). Cette classification particulière a été couronnée de succès avec des échantillons d'adultes et d'adolescents AVS, conduisant à l'identification de facteurs étiologiques clés, de risques et de besoins uniques pour chaque sous-type, et à des efforts de prévention et de traitement ciblés.

Les adolescents qui commettent des infractions sexuelles sur leurs pairs / adultes le font dans une plus large propension à violer les droits d'autrui (Bullens et al(353), Butler et al(354)). Leur comportement sexuellement nuisible est rendu possible par leurs personnalités généralement exploiteuses, coercitives et impulsives (Witt et al(355)). Il a été constaté que les adolescents ayant des victimes du même âge avaient des dossiers d'arrestation plus importants et des contacts plus étendus avec le système pénal que ceux ayant des victimes enfants (Aebi et al(356), Hunter et al(357)).

Les AVS sur des pairs ont également tendance à recourir davantage à l'agression et à la violence lors de la réalisation de leurs crimes et sont plus susceptibles d'être sous l'influence de drogues ou d'alcool que ceux qui commettent des délits sur des enfants (Gunby et al(358), Hunter et al(357)). Les adolescents dont les victimes sont des pairs sont également plus susceptibles de commettre un crime non sexuel en conjonction avec leur infraction sexuelle. Ces résultats sont conformes à la perspective généraliste de la délinquance sexuelle et suggèrent que les facteurs de délinquance générale peuvent également expliquer la délinquance sexuelle sur les pairs.

Inversement, les adolescents qui commettent des infractions sexuelles sur des enfants obtiennent systématiquement un score inférieur à la mesure de la délinquance par rapport à ceux qui commettent des infractions sur leurs pairs / adultes (Seto et al(359)). Au lieu de cela, ces adolescents sont plus susceptibles de présenter des problèmes internalisés. Par exemple, Whitaker et al(332) ont constaté que les adolescents ayant des victimes enfants présentaient des taux d'anxiété, de dépression, de déficits sociaux et de problèmes sexuels significativement plus élevés que ceux ayant des victimes pairs / adultes.

Gunby et al(358) ont également constaté que les adolescents ayant des victimes enfants connaissaient des niveaux plus élevés d'isolement social, comme par exemple avoir moins d'amis de leur âge, une estime de soi plus faible et des brimades fréquentes. Bien que ces résultats ne soutiennent pas pleinement une explication spécialisée de la délinquance sexuelle envers les enfants par les adolescents, ils nous éloignent certainement d'une perspective entièrement généraliste.

Jacob et al(300) ont suivi des auteurs adultes de violence sexuelle, du début des agressions à l'adolescence. Un certain nombre d'entre eux auraient présenté des troubles des conduites ou de la personnalité, commis des actes transgressifs et abusé de toxiques. Ils distinguent les auteurs sur les femmes et ceux sur les enfants, ces derniers apparaissant

plus isolés socialement. Les auteurs sur les femmes recourent beaucoup plus à la violence directe alors que ceux sur les enfants tendent à privilégier la séduction ou les menaces verbales. Ces derniers trouvent leurs victimes dans des relations assez proches alors que les premiers s'en prennent à des femmes peu ou pas connues. Dans l'ensemble, les fantasmes sexuels déviants sont prégnants et sont intégrés dans leurs scénarios masturbatoires.

Dans une étude de 2004 sur des adolescents répartis en 2 groupes, l'un auteurs d'agression sexuelle, de 13 à 14 ans, l'autre auteurs de viol de 14 à 17 ans, Roman(360) réalise des tests projectifs. Le groupe 1 (auteurs d'agression sexuelle) montre :

- Une atteinte des assises narcissiques (qui se traduit au Rorschach, par des marques d'atteinte à l'intégrité), associée à une difficulté d'élaboration du lien à l'objet (instabilité des représentations, primat d'un mode persécutoire du lien à l'objet) ;
- L'élaboration de la position dépressive bute sur un doute identitaire, qui se traduit par un blocage de l'élaboration secondaire et par l'échec de sa traduction en termes de représentations suffisamment construites ;
- Les engagements identificatoires sont marqués par un effacement de la différence des sexes, conduisant à une banalisation ou une anonymisation des représentations humaines, voire à un scotome de la représentation féminine ou à des mises en tableau de la figure du couple sans possibilité de conflictualisation de positions différenciées ;
- Le lien générationnel est ténu, souvent évité, ou pris dans l'anonymat.

Le groupe 2 des auteurs de viol montre deux sous-groupes contrastés :

- L'un du registre de la psychose sur un versant très inhibé, voire dans le refus ;
- L'autre avec des productions riches, mobilisant le lien au clinicien au cours de la passation.

L'auteur observe pour le premier groupe qu'ils sont plus jeunes (moins de 14 ans), ils reconnaissent les faits, les victimes sont des filles pour les 2/3 des cas, exclusivement prépubères (5 ans en moyenne), avec un écart d'âge important avec la victime (5 à 15 ans), une absence de détention préventive et un placement en famille d'accueil dans la moitié des cas. Ici, les agirs sexuels ont une fonction de réassurance des positions narcissiques, comme préalable à la confrontation de la différenciation sexuée, dans un contexte où le mode d'investissement de l'objet apparaît comme abrasé. L'inscription de ces agirs advient dans ce temps singulier de l'entrée dans l'adolescence, sans doute le plus désorganisateur au regard des repères identitaires.

Le choix d'une victime prépubère, de sexe indifféremment masculin ou féminin, inscrite dans des réseaux de liens intra ou extrafamiliaux, vient tout particulièrement mettre à l'épreuve les organisateurs fondamentaux de la différence que sont la différence des sexes et des générations. L'enjeu de ce registre d'agir sexuel violent, dont la fonction première serait de contribuer à une confortation narcissique dans les premiers temps de l'adolescence, peut alors être décrit autour de 2 axes :

- 1) se déterminer comme sujet sexué face au débordement pulsionnel de l'adolescence ;

2) construire sa place comme maillon d'une chaîne au plan des générations.

Pour le 2<sup>ème</sup> groupe, nous observons des adolescents plus âgés (15-17 ans), avec déni partiel des faits, ayant pour victime des filles âgées en moyenne de 14 ans, avec un écart d'âge faible (1 à 4ans), une détention préventive dans la moitié des cas. Le choix d'une victime pubère, paire de l'auteur, dans un dispositif de violence commise en groupe, met à l'épreuve tout à la fois les modalités d'investissement du couple activité-passivité et la construction dans le regard de l'autre.

L'enjeu de ces agirs sexuels violents, dont la fonction semble pouvoir être repérée en terme de lutte contre l'effondrement, serait alors pour l'adolescent d'une part, d'éprouver l'étrangeté des transformations corporelles en se confrontant au corps des autres garçons et à l'énigme du corps féminin ; d'autre part, de se soutenir face au risque de lâchage narcissique (risque d'effondrement identitaire majeur dans le contexte du bouleversement lié à la puberté), en référence à la définition de Balier(37) du recours à l'acte.

#### *Troubles de l'attachement*

Simons et al(361) ont constaté que les AVS sur mineurs ont également signalé des attachements anxieux avec des parents qui ne répondaient pas de manière cohérente à leurs besoins.

#### *Les AVS adolescents, plus de trauma que chez les adultes*

Les adolescents AVS diffèrent des auteurs adultes, particulièrement en ce qui concerne la présence de psychopathologie et leur niveau d'excitation paraphilique. Hunter et al(362) soutiennent que les adolescents AVS ont davantage de symptômes traumatiques que les auteurs adultes.

#### *Des troubles psychiatriques plus fréquents chez les AVS*

Les études qui se sont penchées sur les caractéristiques individuelles des adolescents AVS dans la fratrie ont principalement soulevé la présence plus importante de diagnostics psychiatriques chez ces derniers par rapport aux adolescents AVS extrafamiliaux ou aux adolescents n'ayant pas réalisé d'infraction sexuelle. Salazar et al(315) ont remarqué dans leur recension que les troubles des conduites, les difficultés d'apprentissage, les troubles déficitaires de l'attention avec/sans hyperactivité, les troubles de l'humeur, les troubles anxieux dont les phobies et les états de stress post-traumatique, caractérisaient davantage les adolescents ayant commis des violences sexuelles dans la fratrie.

#### *Des troubles anxiodépressifs fréquents*

Certains auteurs ont attiré l'attention sur la faible estime de soi et les symptômes dépressifs / anxieux chez les garçons AVS, mais les preuves ne sont ni claires ni concluantes. Becker et al(363) ont fait passer le Beck Depression Inventory à 246 AVS adolescents et ont trouvé un score moyen de 14,3 (compris entre 10 et 18 et indiquant une dépression légère) nettement supérieur aux normes publiées : 42% des sujets ont rapporté des scores indiquant une dépression sévère (score entre 30 et 63). Les sujets qui avaient eux-mêmes été abusés sexuellement ou physiquement ont donné des scores significativement plus élevés que les sujets non abusés.

Seto et Lalumière(359) ont constaté dans leur méta-analyse que les délinquants sexuels adolescents obtenaient un score plus faible sur les aspects extériorisés comme le comportement antisocial et la consommation de substances, et plus élevé sur les aspects intériorisés comme la dépression, l'anxiété et l'anxiété sociale par rapport aux adolescents délinquants non sexuels.

### *Déni des faits*

Lorsqu'elles sont rencontrées au sein de la fratrie, les situations de violence sexuelle confrontent à un certain nombre de configurations singulières. Nous constatons, dans un premier temps, que l'ensemble des auteurs rencontrés reconnaissent les faits de violence sexuelle pour lesquels ils sont mis en cause (certains minorent la nature ou la portée, se mettent à distance, rejettent la faute sur la victime). Cet aspect clinique apparaît singulier, les données de la littérature étant dominées par une incidence notable de position de dénégaration, ou plus précisément de non-reconnaissance des faits. L'acmé de cette non-reconnaissance peut être identifiée au cours des situations de violence sexuelle en groupe où la victime est généralement paire des adolescents auteurs.

Le déni et la minimisation sont des réactions courantes des AVS qui ont été accusés ou condamnés pour une infraction. Il n'est pas rare qu'ils nient avoir commis leurs infractions, minimisent l'étendue des souffrances de la victime et rationalisent pourquoi leurs actes ne sont pas criminels (Davis et al(323), Perry et al(364), Salter(365)). Perry et al(364) pensent que l'empathie des délinquants sexuels ne peut être augmentée que si le déni et la minimisation sont réduits. D'un autre côté, en externalisant le blâme, ils peuvent être plus émotionnellement disponibles pour ressentir les sentiments d'autrui. Langevin et al(366) ont trouvé une relation positive entre déni et empathie chez les délinquants sexuels, et Pithers(367) retrouve chez les AVS d'enfants une empathie accrue.

### *Des distorsions cognitives*

Pithers(367) a décrit que les AVS d'enfants rapportaient plus de distorsions cognitives, en ce qui concerne leurs infractions.

### *Relation à la sexualité plus complexe*

Les auteurs adultes, dans leur adolescence disent avoir eu, pour près de la moitié d'entre eux, des difficultés avec leurs pairs d'âge. L'inquiétude qui prédomine concerne alors les préoccupations sexuelles d'amplitude plus importante que pour les autres catégories d'adolescents : difficultés accrues avec les filles, préoccupations physiques de leur pénis confinant parfois à une dysmorphophobie et allant jusqu'à des inhibitions complètes et des retraits relationnels. Ces questions entraînent des consultations psychiatriques ou psychologiques plus importantes que dans une autre population. Parmi les motifs de ces consultations, nous enregistrons, outre les difficultés scolaires, les fugues, les tentatives de suicide et surtout les comportements sexuels particuliers ayant pu conduire à des agressions sexuelles franches pas forcément judiciairisées (Ciavaldini(318)).

### *Le handicap, plus fréquent chez les AVS*

Nombre d'adolescents et enfants transgresseurs sont « porteurs de handicaps » c'est-à-dire présentant une déficience sur le plan du développement intellectuel et affectif, ce qui n'apparaît ni dans les statistiques ni dans les travaux publiés ces quinze dernières

années, d'où l'idée que le handicap mental et la sexualité ne font pas bon ménage dans la littérature (Vaginay(368)).

De nombreuses nosographies ignorent totalement la question de la déficience. Robertiello et Terry(369) analysent 6 classifications différentes dont pas une seule ne contient de référence à la déficience. Ils ne citent même pas le travail de Van Gisjeghem(370), qui, dans sa description des agresseurs par type de personnalité, identifie « les troubles organiques et la déficience mentale » et explique que chez ces sujets, le passage à l'acte sexuel correspond à certaines défaillances de la conduite sociale ou morale, à la désinhibition des contrôles et à la décharge d'une tension par voie sexuelle, de qui, au regard des travaux ultérieurs, n'est en réalité pas spécifique de la déficience.

Murphy et al(371) ont suggéré qu'entre 10 et 15% de la population d'AVS ont des troubles d'apprentissage, parfois définis comme un QI inférieur à 70. Dans une perspective alternative, Swanson et al(372) ont signalé des taux de violence sexuelle autour de 3% dans les populations déficientes.

#### *Les toxiques, facteurs précipitants du passage à l'acte*

Au niveau des addictions, Tourigny et al(66) concluent que leur consommation de substances au moment de la violence sexuelle varie autant que celle des adultes AVS, soit de 3 à 72%, probablement en fonction du type d'adolescents auteurs et des contextes de l'agression. Les études les plus rigoureuses sur le plan de la méthodologie suggèrent qu'environ la moitié des adolescents AVS avait consommé de l'alcool ou des drogues avant l'agression. La consommation d'alcool au moment de l'agression semble plus répandue chez les adolescents qui agressent un pair ou un adulte que ceux agressant un enfant. Enfin, la consommation de produits illicites (donc hors alcool), bien que peu étudiée, semble moins présente chez les adolescents AVS.

#### *Des facteurs identifiés chez les récidivistes*

Des variables tels que l'âge au premier délit sexuel, la présence de comportements sexuels inadéquats durant l'enfance, le polymorphisme (délits de diverses natures, tels qu'un vol et une agression sexuelle) et le fait d'avoir été abusé sexuellement durant l'enfance sont associées à la récidive sexuelle chez les adolescents ayant déjà commis une infraction de ce genre (Carpentier(322), Dennison et al(373), Mallie et al(374), Nisbet et al(326)).

Les fantasmes sexuelles déviantes et les faibles habiletés sociales sont directement associées à la récidive, tandis que les problèmes d'apprentissage, les expériences d'abus sexuels et les distorsions cognitives y sont indirectement liés (Kenny(375)).

## 4. PSYCHOPATHOLOGIE

### A. LES MODELES

Les modèles théoriques explicatifs de l'agression sexuelle sur mineur ont principalement porté sur les facteurs liés à l'agresseur. Ces travaux ont surtout tenté de concevoir des classifications d'agresseurs sexuels d'enfants (par exemple Knight(376)) ou d'expliquer le risque de récurrence des agresseurs à la suite d'un traitement (par exemple Beech et al(377)). Mais dans une perspective de prévention primaire, il devient essentiel de comprendre les facteurs qui poussent initialement une personne à agresser sexuellement un enfant (Whitaker et al(332)).

#### ***Le modèle de Finkelhor (1984)***

Finkelhor(68) a été l'un des premiers à proposer un modèle explicatif de l'agression sexuelle d'enfants, dans lequel l'agresseur est l'acteur central, faisant suite aux premières théories proposées, dans lesquelles la victime (féminine) était vue comme ayant un rôle actif dans l'agression et où la complicité de la mère était davantage mise en cause (Vander May et al(61)).

Ce modèle suggère que 4 préconditions doivent être présentes successivement pour qu'un agresseur parvienne à agresser sexuellement un mineur :

- La motivation ou l'intérêt pour l'agression sexuelle d'un mineur. Trois sources de motivation possibles peuvent être présentes :
  - 1) *la congruence émotionnelle* entre les besoins d'un agresseur et les caractéristiques d'un mineur, rendant ainsi plus satisfaisante la relation avec un mineur ;
  - 2) *l'excitation sexuelle liée à un enfant* ;
  - 3) *l'incapacité de satisfaire ses besoins émotionnels ou sexuels* ;
- Passer outre ses inhibiteurs internes concernant l'agression sexuelle d'un mineur, condition nécessaire même si la motivation est suffisante. Les distorsions cognitives, un désordre affectif ou l'abus de substance peuvent faciliter ce dépassement ;
- Passer outre les inhibiteurs et obstacles externes, c'est-à-dire, avoir accès à un mineur, enfreindre la loi tout en cherchant à isoler le mineur, le manque de supervision parentale, l'isolement social, les situations familiales de promiscuité... ;
- Vaincre la résistance du mineur vis-à-vis de l'agression, par désensibilisation du mineur, par l'établissement d'une dépendance émotionnelle ou de dépendance avec échange de cadeaux, par menace ou force.

Ce modèle semble l'un des rares à inclure, en plus des facteurs liés à l'agresseur, les facteurs environnementaux et les caractéristiques des victimes.

### ***Le modèle de Hall et Hirschman (1992)***

Hall et Hirschman(378) ont proposé un modèle de l'agression sexuelle d'un mineur résultant de l'interaction de 4 facteurs :

- Une attirance sexuelle pour les enfants ;
- Des distorsions cognitives (soutenant des activités sexuelles impliquant des enfants) ;
- Des désordres affectifs ;
- Un trouble de la personnalité.

Contrairement au modèle séquentiel de Finkelhor, leur modèle est basé sur une **interaction synergique de composantes** et sous-entend qu'un seul facteur puisse être le précurseur principal d'un délit, les autres facteurs s'y ajoutant pour augmenter le risque d'agression sexuelle.

### ***Le modèle de Marshall et Barbaree (1990)***

Leur modèle(379) propose une **théorie intégrative** dans laquelle la propension à agresser sexuellement un enfant résulterait d'un nombre d'interactions entre des facteurs distaux et proximaux, dont les expériences d'adversité vécues dans l'enfance, des facteurs biologiques, soit neurologiques soit endocriniens et l'aspect socioculturel. Ainsi, les expériences négatives dans l'enfance favorisent le développement de modèles opérationnels internes déformés des relations, plus spécifiquement en ce qui concerne la sexualité et l'agression, ce qui risque de rendre la transition vers l'adolescence, période des premières relations intimes et du développement de la sexualité, plus critique.

Les auteurs proposent une base biologique au développement de comportements sexuels déviants en soutenant que l'augmentation importante d'hormones sexuelles à l'adolescence (chez les individus ayant vécu certaines difficultés durant l'enfance et ayant une pauvre estime de soi ainsi que de faibles habiletés sociales et de régulation émotionnelle) influence la différenciation entre agression et sexualité. « La sexualité qui se développe dans le contexte de déficits répandus sur le plan de l'intimité tend à être impersonnelle et égoïste, et même accusatoire » diront Hanson et al(380). Jumelées à un manque d'inhibition et d'empathie dans une relation, ces conditions favorisent le passage à l'acte par une actualisation des pulsions sexuelles.

### ***Le modèle de Lane (1997)***

Ce modèle(381) décrit l'agression sexuelle comme une réponse mal adaptée à un facteur de stress personnel. Une agression sexuelle est vue comme s'inscrivant dans un *cycle d'abus* en trois étapes :

1. Suite à l'abus sexuel, l'élément clinique principal est la banalisation, la minimisation ou le déni des faits ou une mauvaise interprétation des comportements d'autrui ;
2. Ensuite, nous retrouvons un discours sur soi marqué par des idées erronées sur leur relation à eux même (estime de soi, image de son corps...) et sur les relations interpersonnelles (culpabilité transitoire, réponses sexualisées...) ;

3. Cela crée ou renforce des distorsions cognitives qui ouvrent sur une répétition des abus sexuels. Cet abus sexuel renvoie à l'étape 1.

Ce cycle peut être personnalisé avec chaque patient. L'auteur souligne qu'un abus sexuel est une réponse mal adaptée à un (des) besoin(s) non sexuel(s). Ces besoins peuvent être de :

- Reprendre le contrôle sur sa vie ;
- Répondre à une anxiété majeure ;
- Répondre à un sentiment de vulnérabilité ;
- Exprimer un besoin d'aide ou de reconnaissance.

L'anticipation de ce rapport sexuel fait partie de ce processus. Nous retrouvons souvent un sentiment de rejet ou de manque de respect majeur.

Lane souligne enfin que si ce cycle ne constitue pas une addiction à part entière, certains symptômes peuvent en entraîner une.

La phase décrite comme première chronologiquement est la phase « *precipitating phase* ». Elle débute avec une construction cognitive erronée. Par exemple, un enfant voyant sa mère victime d'une agression physique peut se reprocher de ne pas avoir pu la protéger. Un enfant peut ainsi projeter sur lui-même des images qui appartiennent à son environnement, développer une culpabilité, un sentiment d'échec... Ces expériences retentissent sur sa vie sociale. Un objectif thérapeutique sera de retrouver la ou les expériences traumatiques à l'origine et/ou entretenant ces croyances.

La phase suivante est dite compensatoire. L'enfant tente alors de projeter la responsabilité du traumatisme sur un objet extérieur. Cette compensation est à l'origine de comportements déviants qui peuvent être non sexuels, en fonction de l'objet sur lequel retombe la faute du traumatisme. L'enfant se projette alors en position d'acteur pour éviter ou détourner le ressenti traumatique. C'est à la fin de cette phase que se situe le passage à l'acte.

La phase d'intégration lui succède. C'est le moment de l'assimilation par l'agresseur de son passage à l'acte. Il existe une double émotion de gratification et de peur de la dénonciation et de ses conséquences sociales. Elle dépend donc du niveau de gratification obtenu par l'agresseur qui peut être inférieur au niveau attendu. Si des constructions cognitives erronées peuvent apparaître (« c'est normal, tout le monde le fait » ; « il n'y a aucun moyen de me reconnaître »), il persiste toujours un doute sur ces croyances. Cela conduit au déni et rend un quelconque travail thérapeutique difficile.

### ***Le modèle de Hamon (1999)***

Hamon(382), dans la suite des travaux de Coutanceau, après avoir avancé les particularités des agressions sexuelles commises par les adolescents, propose une typologie des agresseurs selon trois axes psychopathologiques :

- *La personnalité immaturo-pervers* se caractériserait par les difficultés relationnelles faites de traits phobiques, d'attitude de retrait et de défaut d'habiletés sociales sur le plan de la séduction. Nous relevons des carences affectives et éducatives. L'attitude du sujet est faite d'une honte floue,

d'absence d'autocritique authentique et de culpabilité. Le mode opératoire concerne une fonction exploratoire plus ou moins occasionnelle. Il s'agit principalement de caresses et d'attouchements. L'acte est dénié. La victime est connue, prépubère ou pubère. Elle apparaît peu menaçante au plan de la confrontation à la sexualité ;

- *La personnalité névrotico-pervers* est en recherche d'expérience sexuelle. Elle traduit les difficultés relationnelles avec le sexe opposé. Les carences affectives sont aussi fréquentes. L'attitude inclut un sentiment de honte du fait des conséquences sur la victime. Il existe une accessibilité à la culpabilité. Le mode opératoire relève de l'opportunisme avec séduction et manipulation. L'acte est partiellement reconnu mais le déni reste prégnant. La victime est connue et pubère ;
- *La personnalité psychopathique* réalise son agression en vue de l'obtention de plaisir. C'est une relation d'emprise avec déni d'altérité qui soutient les actes pervers commis. Il s'agit d'une affirmation de la sexualité. Il peut ressortir du collectionneur dans lequel il y a instrumentalisation et fétichisation de l'autre. Cela peut-être dans des contextes de viols en réunion. Il y a reconnaissance des faits mais ils sont minimisés et banalisés. Nous notons l'absence de culpabilité. La victime peut être inconnue, pubère. Elle est surtout ciblée comme facile et vulnérable.

Le risque de récurrence est surtout associé au plaisir éprouvé lors de l'acte initial, à l'absence de sanction, au peu de développement de la culpabilité, à la défaillance de la capacité de séduction sociabilisée favorisant le retrait à un niveau fantasmatique et masturbatoire de la vie sexuelle. La violence sexuelle s'inscrit dans d'autres formes connexes et dans un ensemble de délits polymorphes. Dans ce cadre, il en vient à spécifier trois autres groupes :

- Le groupe 1 est lié à une inadaptation sociale précoce. Il fait référence à des conduites antisociales précoces et en particulier à des actes de cruauté envers les animaux. Il y a rejet de l'autorité, des conduites agressives et des vols ;
- Le groupe 2 évoque l'apparition de conduites antisociales sur un terrain sans attitude transgressive antérieure. Mais nous relevons des antécédents d'anorexie, d'énurésie ou encore de dysthymie caractérielle. La puberté se caractérise par une désadaptation sociale avec un effondrement dans les domaines scolaires et sociaux. Nous observons une intégration à des groupes marginaux ;
- Le groupe 3 est caractérisé par des manifestations ponctuelles d'inadaptation. La conduite antisociale tient à un événement singulier ayant un sens pour le sujet. Elle est révélatrice de traumatismes antérieurs graves jusqu'alors masqués.

### ***Le modèle de Ward et Siegert (2002)***

Leur modèle de trajectoires (Pathways Model(383)) suggère la présence de trajectoires multiples qui conduisent à l'agression sexuelle d'enfants ; chacune de ces voies rassemble des influences développementales, un ensemble de mécanismes dysfonctionnels et la possibilité de commettre une agression sexuelle. Comme dans les modèles précédents, les auteurs définissent 4 mécanismes psychologiques dysfonctionnels augmentant le risque d'agresser sexuellement un enfant :

- Le déficit des habiletés sociales et d'intimité ;
- Les scénarios sexuels déviants ;
- La régulation émotionnelle déficiente ;
- Les distorsions cognitives.

Selon les auteurs, chacun de ces mécanismes constitue un facteur de risque central associé au développement de comportements d'agression sexuelle, lesquels sont le résultat d'autres facteurs, dont les facteurs biologiques, sociaux, environnementaux ou encore les facteurs liés à des événements. Chaque mécanisme dysfonctionnel entraîne des profils comportementaux et psychologiques variables qui peuvent mener à un comportement d'agression sexuelle. Contrairement au modèle de Hall et Hirschman(378), le modèle de Ward et Siegert soutient que toutes les agressions sexuelles nécessitent la présence des quatre mécanismes psychologiques.

Les théories explicatives de l'agression sexuelle sur les mineurs intègrent des facteurs tant biologiques et psychologiques que sociaux, et certaines d'entre elles considèrent également les aspects développementaux et contextuels qui amènent un individu à agresser sexuellement un mineur (Whitaker(332)). Dans l'ensemble de ces théories, il apparaît que l'agression sexuelle de mineurs est un phénomène dont le développement est multifactoriel et qui peut emprunter différentes trajectoires. Le fait qu'il existe plusieurs types d'agressions sexuelles commises sur un large éventail de mineurs, perpétrées par des individus ayant des caractéristiques très variés, et ce, dans des circonstances également diverses, est une explication plausible de cette situation. Les analyses typologiques tendent à soutenir une telle diversité (Knight et al(384)).

## **B. PSYCHODYNAMIE**

L'inscription psychopathologique de l'agir sexuel violent de l'adolescent est une question complexe. Trois aspects méritent d'être abordés :

- La pertinence d'envisager un diagnostic psychopathologique à l'adolescence, dans un temps de la vie psychique marquée par la labilité des aménagements;
- La contribution de l'agir sexuel violent à titre de symptôme et sa pertinence à être investie comme traduisant, en tant que telle, une entité psychopathologique ;

- Se dégager d'une perspective a priori psychopathologique de l'agir adolescent.

### *L'adolescence, période de « corps en acte »*

La grande majorité des adolescents sont en mesure d'inventer des modalités d'aménagement face à l'expérience pubertaire, nommées modalités de « corps en acte », qui servent de support à ces aménagements. Ils empruntent ce que nous nommons habituellement les « conduites à risque » (prise ponctuelle de toxique, sexualité à risque, registre de l'extrême et de la transgression...). Nous pouvons considérer ces aménagements comme des tentatives plus ou moins structurantes de s'inscrire dans une temporalité, d'abord marquée par le versant le plus *narcissique* des investissements (se garantir une continuité d'être, face aux différents indices qui signent la radicalité des bouleversements identitaires), avant de pouvoir prendre une voie davantage *objectale*, c'est-à-dire prendre le chemin de l'inscription dans une ligne, par la voie des mouvements qui concourent à une ré-affiliation au groupe familial.

En contrepoint, les adolescents que nous qualifions parfois d'adolescents « difficiles », et particulièrement ceux qui s'engagent dans des agirs sexuels violents, se présentent dans une impossibilité de tenir ces différents enjeux de la crise pubertaire. Pour eux, l'adolescence comme temps de « corps en acte » prend la forme d'agirs qui mettent en péril la continuité de leurs investissements et/ou qui témoignent de la grande précarité de leurs ressources narcissiques.

Ces agirs violents, dans leurs différentes formes expressives, agitent les adolescents, tout comme ils mettent à mal les adultes qui en ont la charge. L'enjeu consiste pour l'adolescent, dans une possible intégration des expériences traumatiques au sein d'un réseau de sens, soutenu par un environnement en mesure d'accueillir et de contenir les manifestations des « corps en acte » adolescents, à se dégager de réponses pas trop marquées par la rétorsion.

L'adolescence réalise une relance pulsionnelle dans sa dimension de réel et implique l'avènement du sujet dans de nouveaux échanges symboliques. Nous relevons un ébranlement narcissique au moment de l'accès à la sexualité. Il est bien question de l'appropriation subjectivante du pulsionnel. L'enjeu, rappelle Penot(385), est la prise d'un agent pulsionnel dans un rapport signifiant. Ceci convoque les trois positionnements du sujet agent, soit actif, réfléchi et passif.

### *La violence sur le corps de l'autre*

La violence implique une dimension d'emprise et d'effraction des limites (Jeammet(296)). Selon l'intensité du désarroi interne, nous pouvons voir se déployer trois figures de la violence :

- La **violence symbolique** vise la mort de l'autre et met en jeu la destructivité ;
- La **violence imaginaire** relative à la différence face à l'image de l'autre convoque un continuum qui va de la cruauté à la rivalité narcissique ;

- La **violence réelle** portant sur l'identité d'appartenance met en scène les figures de l'agressivité.

Nous nous déplaçons de la haine de l'être à la haine du semblable. Le passage à l'acte est une rupture dans le processus d'élaboration des repères sur le plan narcissique identitaire et sur le plan objectal identitaire. Il y a alors une mise à l'épreuve sur le corps de l'autre de la rencontre avec l'étrangeté de l'expérience adolescente. Il y a une mise en tension entre l'expérience du traumatisme propre à l'adolescence et le traumatisme pubertaire selon Gutton(34), mettant en question l'intégrité narcissique et l'expérience du traumatisme engagé dans l'acte violent, dans la mise à l'épreuve du corps de l'autre, dans son intégrité.

#### *La violence sexuelle, prévisible ?*

Certaines études très solides méthodologiquement en milieu adolescent (Carpentier et al(386)) comme en milieu adulte (Hanson et al(387), Hanson et al(388), Ciavaldini(389)) indiquent que nous pouvons parvenir à une forme de prédictibilité de la violence dans l'agression sexuelle. Nous retrouvons, parmi les variables à plus fort potentiel prédictif, qu'un certain nombre d'entre elles sont identiques dans les deux populations : l'existence d'agressions sexuelles dans l'enfance, l'âge à la première agression (plus l'enfant est jeune et plus le risque de violence est grand) et enfin la présence d'émotions négatives et de fantasmes déviantes dans les heures précédant l'acte violent sexuel. Cette dernière variable situationnelle est celle qui présente la plus forte dimension prédictive.

Si nous analysons succinctement ces quelques variables, nous percevons qu'il s'agit pour la première d'une situation d'altération d'une psyché en devenir, pour la deuxième d'une quête précoce de solutions sans recours possible à un autre secourable et pour la dernière d'une impossible élaboration, soit d'éléments dépressifs (émotions négatives), soit d'excitation (fantasme sexuelle déviante), qui en réalité n'est que succession de tentatives de figuration qui échouent et qui précipitent alors l'expulsion par le recours à l'agir violent.

#### *La perversité pour mode de fonctionnement*

Nous constatons chez ces sujets AVS des modes d'attachement particuliers et une violence sadique. Lorsqu'il y a, par exemple, un attachement à un animal, nous enregistrons un lien à tonalité sadique propre aux délinquants sexuels ; par contre, la violence sadique envers les animaux, si elle peut être une expression commune de l'enfance, devient, chez les auteurs ayant commis les actes les plus barbares, hors du commun dans la cruauté développée.

Une telle tendance précoce à la cruauté, que Zagury identifie aussi chez certains tueurs en série, nous indique que ces sujets auteurs présentent tôt une très problématique identification anthropomorphique à la douleur de l'animal. Ce qui est recherché, c'est avant tout le lien de domination sadique, la recherche d'une excitation qui révèle une dimension maniaque. Autant de points qui convergent cliniquement avec ce que Balier qualifie de perversité, où la violence destructrice prédomine, où le masculin maniaque (Neau(390)) viendra annuler la passivation insupportable du féminin mélancolique.

A partir de la distinction entre les notions de perversité et de perversion (Bouchet et al(391)), Chagnon(392) développe les fonctions qu'occupe l'enfant dans chacune de ces

entités nosographiques. Dans la perversité, l'objet victime est perçu comme passif et vulnérable, impliquant une identification à des images parentales omnipotentes et mortifères, tandis que dans la perversion, la victime est perçue comme un double externe avec une beauté idéalisée et sur-érotisée.

### *Les différents registres de l'expression de la violence sexuelle*

Balier(37) définit trois registres de l'expression de la violence sexuelle :

- Le **registre de l'originare** renvoie à la perversité sexuelle. Il convoque principalement le recours à l'acte. C'est une lutte contre l'anéantissement, sans représentation, face à la menace que constitue le vide. Les sujets se trouvent en défaut d'existence dans le regard parental. Ce sont les auteurs des actes de violence sexuelle les plus violents, se traduisant par un anéantissement de la victime (viols indifférenciés). C'est la négociation de la relation pénétré/pénétrant et la mise à l'épreuve des limites. Roman(393) assimile ici les adolescents auteurs de viol. Elle entraîne deux modalités d'aménagement autour de la psychose et de la perversion. Il existe des mouvements d'effraction qui supposent des modes de résolution selon deux axes au travers d'un désengagement narcissique et objectal (vécu d'effondrement). La problématique d'abandon apparaît au travers d'un effondrement dépressif et l'attaque des assises narcissiques-identitaires ouvre la voie au champ de la psychose ;
- Le **registre du primaire** concerne la quête de la figure de l'autre comme double, en référence à la quête de l'amour de la mère. L'acte violent s'inscrit comme une recherche de plaisir, dans le déni de la position d'objet. Ce sont des violences par attouchements surtout sur des victimes prépubères. Nous nous retrouvons dans les modalités des passages à l'acte. Les adolescents auteurs sont ici référés par Roman(360).  
Les actes d'agressions s'inscrivent dans une fonction de réassurance des positions narcissiques comme préalable à la confrontation, à la différenciation sexuée, dans un contexte où le mode d'investissement de l'objet apparaît abrasé (mode de retrait face à un objet vécu comme incertain, voir étrange). Ce dégagement est d'autant plus vrai dans la participation collective que celle-ci suppose une mise en suspens de la participation subjective. Ce sont les plus jeunes des agresseurs et leurs actes sont à inscrire dans le temps de l'entrée à l'adolescence, vécus comme désorganisateur au regard des repères identitaires ;
- Le **registre du secondaire** où la violence est une relation sexuelle possiblement référée à l'interdit et qui s'inscrirait dans un registre plus névrotique. Le modèle est alors l'acte incestueux avec un attachement affectif à la victime. Il répond à l'*acting out* et au *symptom out*.

### *Un débordement de la libido*

Les adolescents apparaissent, dans la littérature, comme une population particulièrement impliquée dans les agressions et crimes sexuels. Nous relevons

statistiquement une surreprésentation de ceux-ci dans ces actes (30 à 50% des violences sexuelles selon certains auteurs). Becker(394) insiste sur les facteurs de renforcement : satisfaction trouvée, absence de sanction, activités masturbatoires sous-tendues par une fantasmatisation sur les actes commis. Il insiste aussi sur le défaut d'habiletés sociales. Haesvoets(395) met l'accent sur la pluralité symptomatologique sévère traduisant l'existence d'une psychopathologie. Il invite à distinguer ce qui relève de jeux sexuels, des passions amoureuses impliquant la sexualité et les vrais abus sexuels. Dans ce cas, quatre registres sont pointés :

- Une mauvaise canalisation de la pulsionnalité ;
- Une défaillance de l'interdit au sein du contexte socio-familial ;
- Un déficit moral ;
- Un ensemble de fragilités sur le plan de la personnalité.

Dans ce dernier cas, il est mis en avant les troubles narcissiques, les problématiques existentielles ne trouvant pas de réponse, l'inhibition, les difficultés dans les relations objectales, l'anxiété vive. Il est relevé la fréquence d'une victimisation sexuelle.

Après avoir rappelé que la violence est inhérente au processus de l'adolescence, Balier(39) souligne, qu'il est question de la libido du sujet pouvant exprimer l'envie voire la rage de vivre mais aussi la fureur d'exister (Bonnet(396)). Cette libido du sujet est confrontée à un conflit de base : peur de l'autre, recherche du double, emprise, abandon dans la passivité et plaisir de la mise en scène.

D'une part, les sujets violents n'ont pas les processus de psychisation suffisants pour établir des représentations psychiques, d'autre part ils sont dans l'incapacité d'identifier leurs états affectifs. Nous pressentons ici toute la dimension liée à l'incestuel (Racamier(397)) avec une séduction narcissique fermée, sans représentation fantasmatique. L'absence de séparation avec l'objet maternel lié à une confusion des états affectifs empêche la représentation des états affectifs. Cette forme de relation narcissique est maintenue par le déni de l'absence de l'objet, ce qui évite la souffrance de la perte. Elle entrave aussi l'avènement du sujet ce qui suscite un obscur malaise. C'est alors que survient l'action de violence comme modalité d'existence. Ciavaldini(398) insiste sur quatre points :

1. La violence sexuelle agit s'inscrit sur fond d'une carence dans les relations primordiales au sein desquelles l'institution du tiers fait défaut ;
2. Cette violence mobilise l'expérience dans le registre de l'immédiat et de la perception au détriment des instances représentatives ;
3. Elle procède d'un défaut de l'autre indifférencié ;
4. Elle témoigne d'un avatar dans l'accès à la transitionnalité.

Cependant, l'extrême hétérogénéité des caractéristiques psychoaffectives est soulevée. Haesevoets(395) rappelle que l'étiologie de la conduite violente sexuelle est à la fois complexe, hétérogène et multivariée avec des *Modi operandi* divers. Il rappelle que les modèles cognitivo-comportementalistes sont insuffisants à expliciter la conduite sexuelle déviante.

Il propose, à la suite de Saunders et al(399) , de faire l'analyse de 13 composants. Ceux-ci concernent les caractéristiques de l'acte, les différences d'âge entre victime et agresseur, les liens existant avec la victime, le niveau d'empathie à son égard, la

personnalité et l'histoire socio-familiale de l'agresseur, le rapport construit avec la sexualité, les fantasmes, fantaisies et préférences sexuelles, le fonctionnement psychique au plan des affects, des instances et relations objectales, la place du comportement sexuel déviant dans l'économie sexuelle, les motivations inhérentes au passage à l'acte et les stratégies adoptées.

### *La relation à la mère*

Dès la naissance, par les soins maternels, la mère est la première « séductrice », celle qui va soutenir le désir de son enfant pour advenir comme sujet désirant. Cette conception théorique est soutenue par différents auteurs (Lanouzière(400), Bergeret(401), Racamier(402)). L'imaturité du bébé, dépendant de l'autre pour survivre, contribue à une certaine position passive face à la « séduction maternelle », en fonction du désir de la mère à l'adresse de l'enfant. En effet, si la séduction maternelle inhérente à l'interaction précoce mère-bébé est adaptée, celui-ci articulera sa position passive avec celle active grâce à ses compétences innées.

La mère est malgré tout le miroir de son enfant, comme l'enfant est lui aussi son miroir pour la rendre mère. A l'inverse, si celle-ci éprouve un désir d'être comblée par son bébé, le bébé ne s'identifiera pas à l'objet imaginaire du désir maternel, mais risque plutôt d'occuper une place d'objet manquant de celle-ci. Parfois il devient son prolongement, dans ce cas, l'enfant est utilisé à des fins narcissiques. Racamier(402) attribue un sens singulier à cette relation narcissique précoce mère-bébé inhérente au développement humain, qu'il nomme « séduction narcissique mutuelle », permettant aux deux êtres de maintenir une relation d'exclusivité après la séparation liée à l'accouchement.

La mère apparaît alors non plus uniquement comme « séductrice » mais aussi comme « persécutrice » au sens où l'entend Klein(403) lorsque l'enfant interprète le monde d'une manière agressive. La mère est alors clivée à travers l'investissement « du bon et du mauvais sein » parce qu'elle le soumet au principe de réalité (la frustration, l'interprétation de ses émotions et de ses besoins). En interprétant ses besoins, ses émotions, la mère ne peut qu'agir dans une relation intersubjective avec son enfant en l'aliénant, à son insu, dans son désir. C'est dans cette forme d'aliénation au désir de l'autre qui assure ses besoins que l'enfant adresse sa demande d'amour à sa mère.

Selon la qualité de cette relation liée à l'histoire maternelle, l'enfant s'affirmera comme sujet désirant ou pas. Dans le cas de distorsions de cette relation, il devient objet de jouissance de sa mère dans une relation fusionnelle et sera donc sous l'emprise de celle-ci. Ce qui semble être le cas de nos sujets auteurs de violences sur mineurs qui expriment l'image d'une imago maternelle abusive, image déjà décrite par Balier(404).

Mais Racamier(402) apporte un autre point de vue pour expliquer cette impossible défusion de l'enfant dans la relation avec sa mère. En effet, il précise que pour que l'enfant advienne comme sujet, il faut qu'il y ait le déclin de la séduction mutuelle narcissique, ce qu'il nomme la période de *l'antoedipe*. Ce déclin vise à autonomiser l'enfant par l'introduction du tiers-opérant pour favoriser la séparation et empêcher la confusion entre les individus et les générations. Il naît alors une instance, le « Sur-Anti-Moi ». C'est le passage de la non-différenciation mère/enfant à la différenciation des deux êtres. Le père, même absent dans la réalité de la mère lors de la séduction mutuelle narcissique, ne l'est pas dans son imaginaire, il existe sous la forme d'un proto-fantasme. Il s'impose dans le déclin de la séduction, plus

opérant pour imposer à la mère et à l'enfant le tabou de cette fusion. Selon l'auteur, c'est ce tabou d'indifférenciation des êtres qui précède le tabou de l'inceste.

S'il n'est pas intégré, l'inceste ne peut qu'advenir. Dans ce cas, le tiers-père opérant n'a pu être efficace et le bébé ne peut alors qu'intégrer que la séparation menace son intégrité et la dénie. Dans ce cas, nous pouvons émettre l'hypothèse que l'agression sexuelle intrafamiliale et extrafamiliale serait une manifestation d'un inceste avec la mère archaïque, dans une quête de fusion impliquant un déni de la séparation. En effet, l'interdit primaire du tabou de la fusion n'est pas intégré chez nos sujets. Ils ne semblent pas avoir été confrontés au déclin de la séduction narcissique. Au contraire ils semblent pris dans une relation d'alliance narcissique persistante avec l'objet maternel propice au climat incestuel. Le sujet se développe avec une impossibilité de sortir de la séduction mutuelle narcissique, au profit d'une quête de la relation spéculaire à travers la séduction de l'enfant pour maintenir la non-différenciation.

Il est à noter que Tomassini(405) explique la formation de la structure perverse comme étant une impossibilité d'élaboration de la séparation psychique dans la relation précoce. Il se réfère à différents travaux, notamment à ceux de Barande pour proposer d'abandonner le terme de « perversion » pour celui de « mère-version ».

#### *Une lutte contre l'effondrement narcissique*

Qu'il s'agisse d'un passage à l'acte ou d'un recours à l'acte, l'agir pathologique (Ciavaldini(406)) représente une stratégie défensive face à la menace d'effondrement narcissique à laquelle est confronté l'auteur de violence sexuelle (Conférence de consensus(407)). L'agir sexuel violent vient donc clairement répondre aux défaillances internes. Il constitue « une excitation calmante » (Ciavaldini(408)) à l'image des procédés auto-calmants développés par Szwec(409). Ciavaldini(410) lie spécifiquement la fonction défensive de l'agir aux faibles capacités dépressives de ces sujets et aux avatars de la relation primaire à la mère puisque « l'agir violent sexuel est le produit d'une histoire ». Les travaux des psychosomaticiens mettent en évidence que la « relation objectale est le produit d'une construction médiatisée par la mère qui passe par la sensori-motricité ». L'agir « montrerait un manque d'intériorisation de l'objet destiné à être intégré par l'identification motrice primaire, nommément : la mère ».

Au vu des carences précoces, ces sujets ne peuvent que difficilement se confronter à un individu ayant, lui, atteint la génitalité et la triangulation. Le choix se dirige alors donc vers un objet narcissique. Selon les propos de Balier(37), l'enfant par son immaturité, vient évoquer la dépendance impuissante du tout-petit ainsi que la féminité maternelle. En cela, il vient réactiver les traces précoces de la détresse infantile du sujet qui va donc, par le recours à l'agir, tenter de rejouer et déjouer la scène, en vain. En ce qu'il offre, en miroir, le reflet de l'idéal du Moi propre au sujet, l'enfant va venir constituer cet objet narcissique infantile fétichique. Il est censé œuvrer au colmatage des failles narcissiques des sujets en quête de complétude.

#### *Le clivage pour dépasser l'acte*

Selon Roman(411), lorsque ces agirs sexuels violents sont réalisés seul, en direction de victimes prépubères, il semble que les adolescents puissent davantage mobiliser une mise en scène des corps dans le discours. La difficulté de subjectivation s'exprime

également au travers de la désorganisation syntaxique des récits. Elle se manifeste particulièrement dans une forme d'absence de chronologie des faits, une perte des repères spatio-temporels, qui se double parfois d'une perte des liens logiques dans le récit. Au-delà de l'écrasement temporel, ce discours témoigne d'un cloisonnement des actions qu'il propose. Les différents temps du récit apparaissent juxtaposés, sans lien entre eux. Nous pouvons faire à cet endroit l'hypothèse qu'une stratégie défensive dans le registre du clivage, tout à la fois met à mal les potentiels de mise en sens du récit et protège l'adolescent de la confrontation à celle-ci.

La juxtaposition des différentes scènes dans le récit, ainsi que la confusion temporelle qui l'accompagne, se trouveraient ainsi au service de l'évitement d'une appropriation subjective de l'acte. Le retrait quant à la possibilité d'une construction historique de récit témoigne de l'impossible subjectivation de l'agir, ainsi que de l'impossible inscription de celui-ci dans la temporalité psychique de l'auteur. Tout se passe comme si les investissements libidineux de l'adolescent se trouvaient ainsi maintenus dans une forme de clivage, dont témoigne l'agir sexuel de l'adolescent.

La dimension de la subjectivation de l'agir et de la construction de la victime comme sujet, peut également être appréhendée du point de vue du registre de la sexualité qui se retrouve le récit de l'adolescent. Nous pouvons imaginer que les situations, où la victime est pubère, autoriseraient une représentation suffisamment commune dans le récit concernant la rencontre de deux corps génitalisés, dans un contexte de reconnaissance d'une maturité sexuelle. L'agir sexuel esquissé dans le discours n'aurait pas besoin d'explication, comme s'il était sous-entendu par l'adolescent et par l'adulte qui l'écoute. Cependant, il semble que l'adolescent ne soit pas précisément en mesure de soutenir une telle représentation d'une sexualité génitale ni de s'y inscrire, alors qu'une forme d'implicite le laisserait penser.

L'évocation des corps est en revanche présente dans le discours des adolescents dont le choix se porte sur une victime prépubère. La différence d'âge entre auteur et victime prépubère vient marquer au lieu du corps l'impossibilité de l'agir sexuel violent dans sa finalité de satisfaction pulsionnelle. Si l'agir n'a pas eu lieu car il n'était pas possible, il n'est pas sûr pour autant que ce constat vienne en soutien de la construction d'une position de sujet pour la victime. Il semble plutôt être investi en forme d'annulation de la propre participation subjective de l'adolescent.

Ces agirs dirigés vers des victimes prépubères pourraient s'inscrire dans une tentative de donner forme à l'émergence de la sexualité génitale. Cette émergence est ici mise à l'épreuve sur le corps de l'autre qui n'a pas à traiter l'étrangeté de l'expérience adolescente.

Il est important de rappeler que la situation d'agirs sexuels violents en position d'auteur seul semble favoriser la construction de la subjectivité de la victime, là où la situation de groupe tend à épuiser toute la potentialité subjective.

En tout état de cause, nous notons que la victime tend à ne pas être choisie comme objet sexuel, au sens du « choix d'objet sexuel » décrit par Freud(412), dans la dynamique d'une sexualité génitalisée. Son corps est plutôt investi comme surface de projection de l'énigme que vit l'adolescent au lieu de la sexualité et des transformations corporelles. Selon les situations, l'investissement par l'adolescent engagé dans l'agir sexuel violent du corps prépubère de la victime à l'âge de l'enfance, témoin du corps infantile de l'adolescent, ou du

corps pubère de la victime à l'âge de l'adolescence, double du corps génital de l'auteur, constitue une tentative de construction de la différence, dans la confrontation au semblable et au différent, et appelle une forme de réponse introuvable au lieu du corps érogène.

L'indistinction du genre qui domine le « choix » des victimes prépubères met en question la problématique de la différenciation : l'enfant victime est alors paradoxalement investi sur le mode de l'indifférenciation pour soutenir le processus de différenciation. Lorsque la victime est prépubère, les faits se déroulent le plus souvent au cœur du groupe familial, dans les espaces d'intimité que représentent les chambres des différents membres de la famille. En filagramme se devine la prégnance de la confusion des places au sein de la famille dont l'analyse des génogrammes peut témoigner par ailleurs. L'agir sexuel violent pourrait alors être pensé comme une forme de lutte contre un modèle familial dominé par l'indifférenciation... dans la réduction de l'autre, de la victime, à cette position indifférenciée.

### *Pulsionnalité et déficience*

Alors qu'il y a eu au début du siècle un Consensus(407) clair entre les cliniciens français sur le fait que les actes de prédation sexuelle sont commis par des sujets aux organisations de personnalités très diverses, la problématique spécifique de ces enfants et adolescents déficients n'a été que très peu renseignée. Pour la plupart des sujets concernés, le passage à l'acte sexuel correspond davantage à une construction défensive contre un effondrement à valeur mortifère plus qu'à la recherche d'une gratification sexuelle en soi. Aussi bien les expertises cliniques que les procès-verbaux minutieux, où les enquêteurs dissèquent les abus sexuels ou les viols, convainquent que la jouissance n'est quasiment jamais au rendez-vous et n'est pas l'objet de l'action.

De Becker(298) écrit non sans raison que, d'une façon générale, il y a un risque à laisser l'adolescent livré à sa pulsionnalité et que la réitération des essais de sexualité, au risque de la transgression, peut devenir centrale dans leur activité psychique et interrelationnelle. L'abord de ces sujets sous l'angle clinique et psychopathologique montre, que la problématique déficience/adolescence/sexualité se décline sur une dynamique articulant la conscience de soi, son identification et son identité, et le lien spécifique à l'objet.

Interdire la sexualité ou le désir n'a aucun sens et ce non-sens attise les sens : cela signifie que la répression des pulsions sexuelles est impossible et qu'éduquer sexuellement un être humain, ce n'est pas commencer par lui parler de contraception ou de le mettre en garde sur ce que nous voyons sur internet : c'est travailler sur la fusion / défusion avec autrui, sur la conscience de Soi, et celle de l'autre en Soi (Govindama(413)).

Il faut s'interroger sur la valeur protestataire de ces actes et entendre ce qu'ils nous disent d'une forme de défi à leur handicap. « Nous retrouvons chez nombre d'entre eux le plaisir à transgresser mais peu de jouissance liée à l'emprise ou au sadisme » écrit De Becker(414), qui ajoute par ailleurs que « cette appétence à confronter les limites, à jouer avec l'interdit, semble correspondre à un besoin d'exister, en éprouvant un moment intense de maîtrise, de puissance sur la vie ».

Nous faisons le lien avec ce que l'on peut et de l'érotisme avec ce que l'on a. Condamner, par des interdits et l'absence d'une éducation au lien affectif et sexuel, les adolescents déficients à l'auto-érotisme, entraîne nombre d'entre eux à être tour à tour ou simultanément (dans des actes de groupe) victimes et agresseurs en s'essayant à ce jeu

particulier des limites : d'autrui, ils ne savent ni le désir ni la différence, ils ne voient qu'une façon de dépasser la limite de leur corporéité, « comme s'ils pouvaient maîtriser ce lien qui leur échappe ».

### *Photographie de L'AVS*

Keelan et al(415) ont effectué une revue de littérature sur les adolescents AVS et ont signalé que le prototype qui commet une agression sur des enfants est un jeune homme « blanc » qui agresse des membres féminins et masculins de la famille, a été diagnostiqué souffrant de dépression / d'anxiété et a des antécédents d'abus sexuel (surtout si les victimes sont des hommes). En revanche, l'auteur de violence sexuelle adolescent prototype qui commet une infraction sexuelle sur des pairs adolescents est probablement un jeune homme « noir » qui agresse des connaissances féminines et des étrangers, utilise la force pour commettre des infractions et vient d'une famille avec une faible supervision.

## **5. PRISE EN CHARGE**

### *Soin et justice*

La majorité des demandes de soins de patients pédophiles sont le plus souvent contraintes par la justice, en tout cas chez les adultes. La prise en charge en France peut débuter dès l'incarcération parce que, dans le fonctionnement pénitentiaire, la santé mentale en prison qui ne relève pas du Ministère de la Justice mais du Ministère de la Santé est intégrée. Cela permet aux équipes de travailler de manière autonome et confidentielle. Dans les cas d'abus sexuels, c'est la loi qui impose le soin et la clinique doit en tenir compte pour en faire un outil thérapeutique. Il est en effet nécessaire de prendre en charge les patients auteurs pour les aider à élaborer leurs conduites afin d'éviter d'éventuelles récidives.

Les soins sous contrainte peuvent prendre deux formes : la première est **l'obligation de soins** prévue par l'article 132-45 du CP qui est appliquée sans procédure particulière. Il s'agit d'une mesure générale applicable avant et après la condamnation pénale. La seconde est **l'injonction de soins** créée par la loi du 17 juin 1988. Elle est liée au suivi socio-judiciaire et lorsqu'une expertise conclut à la possibilité de soins, dans le cadre d'un sursis avec mise à l'épreuve, d'une libération conditionnelle, d'une surveillance judiciaire ou d'une surveillance de sûreté.

Deux dispositifs principaux sont utilisés pour les soins :

- Les psychothérapies : l'accent est mis davantage sur le processus psychique que sur une modification corrective des conduites. Le but est de permettre au patient un réaménagement des systèmes défensifs au profit d'un abandon des conduites violentes. Les thérapies de groupe sont conseillées lorsque le sujet a des difficultés de verbalisation, peu de tolérance à l'anxiété, peu de culpabilité ou une faible motivation au traitement. L'objectif est de stimuler l'alliance thérapeutique qui permet de mieux tolérer la critique, une meilleure gestion et expression des émotions, et, pour les dénégateurs, de diminuer leur taux de déni ;

- Les TCC : l'objectif est d'amener le patient à prendre conscience de son excitation sexuelle, des fausses croyances qu'il a à l'égard de sa/ses victime(s), de se sentir plus concerné, d'identifier des situations affectives favorisant le passage à l'acte, etc... Elles peuvent être travaillées en complément des psychothérapies.

Les médecins et psychiatres pourront prescrire, en plus des psychothérapies, un traitement chimiothérapique incluant des psychotropes et des anti-androgènes (Govindama(413)) qui seront développés lors de la prise en charge des adolescents victimes devenus auteurs de violence sexuelle (VAVS), ces traitements ayant les mêmes indications.

### *La prévention par l'accompagnement familial*

C'est à partir du constat de la fragilité des parents dans l'investissement de leur fonction parentale, au plan du soin de l'enfant et/ou de l'accompagnement de l'adolescent que nous pouvons penser la dimension de la prévention primaire. Dans ce contexte, il importe de mobiliser des dispositifs qui contribuent d'une part, à la construction de places différenciées dans le lien parent/enfant, et d'autre part, au dégagement de l'enfant à l'égard de l'excitation et/ou de la dépression des parents. Le « trouble » de l'adolescent engagé dans des agirs sexuels violents peut être compris tout à la fois à partir de la participation de l'adolescent à l'excitation des parents (effraction traumatique) et à partir de la mise en jeu d'une excitation qui vise à maintenir psychiquement vivants des parents déprimés voire effondrés (vécus de lâchage).

Dans ce sens, et en fonction de l'âge de l'enfant, deux types de dispositifs peuvent être mentionnés :

- Les dispositifs de soutien à la parentalité qui s'inscrivent dans la logique d'un plaidoyer pour des interventions précoces dans l'accompagnement du lien parent-enfant et de sa construction. Nous pouvons évoquer dans ce sens les lieux d'accueil parent-enfant du type de ceux initiés par Dolto (Maisons Vertes) ou les dispositifs d'accueil dans le cadre de la Protection Maternelle et Infantile. Ces différents dispositifs se proposent comme des lieux de rencontre de la dyade mère-bébé avec une figure de tiers et, partant comme soutien d'un processus d'inscription de l'enfant dans un lien social qui donne sens, par l'affiliation, au lien de filiation. Ils permettent aux parents de mettre à l'épreuve, sous un regard bienveillant, ce nouveau lien qu'ils ont à construire, et d'expérimenter la confrontation aux interdits qui structurent des places différenciées (Roman(411)) ;
- Les dispositifs d'accompagnement des adolescents (et des parents) dans le processus adolescent à partir d'espaces d'accueils non spécifiques de la souffrance des adolescents (Point-écoute, Maison des adolescents...) et/ou spécifiques (groupes de parents, mobilisation de réseaux autour des adolescents). Ces différents dispositifs autorisent l'accueil des parties fragilisées du fonctionnement psychique et des repères incertains de l'adolescent (et/ou de ses parents), en lien avec le bouleversement pubertaire, bouleversement qui laisse l'adolescent (et ses parents) démunis quant à la gestion des excitations et du plaisir qui peut en émerger.

Chez les familles d'adolescents engagés dans des agirs sexuels violents, deux éléments apparaissent au premier plan pour déterminer les conditions d'une alliance de travail autour de l'adolescent :

- Le niveau de reconnaissance de l'interdit de la transgression sexuelle par les parents (à l'opposé de l'idée reçue du « dérapage sans gravité ») ;
- Le soutien, par la famille de l'adolescent auteur, de la reconnaissance de la position de victime de la victime (à l'opposé de l'idée reçue de « la provocation ou de l'attente de la victime »).

#### *L'accueil adapté des adolescents*

Deux pistes paraissent particulièrement importantes à développer dans la perspective de la prévention secondaire et tertiaire : l'une concerne les professionnels, dans leur potentiel d'accueil des adolescents, l'autre les adolescents eux-mêmes au travers du choix des dispositifs d'accompagnement à encourager. Il s'agirait :

- De permettre aux professionnels l'élaboration de l'écho transférentiel des agirs sexuels violents sur les réponses apportées, que celles-ci soient judiciaires, éducatives ou thérapeutiques... Cette élaboration concerne tout particulièrement le dégagement des effets de sidération et de séduction dans la rencontre avec l'agir sexuel violent et la possible rencontre de la sexualité infantile mobilisée dans l'agir sexuel violent (dispositifs de supervision et d'intervention dans les services amenés à y être confrontés). Elle concerne également la confortation de positions professionnelles et institutionnelles différenciées autorisant l'investissement d'une posture déliée des effets de confusion et la proposition à l'adolescent et à sa famille d'un fond d'accueil potentiellement contenant (travail en réseau) ;
- A partir de l'écoute de la souffrance des adolescents engagés dans des agirs sexuels violents, de considérer la prise en charge sur le double versant de la limite du soin. Il semble que c'est au prix de l'instauration d'un travail de la contenance (davantage que de la contention, même si celle-ci peut s'avérer exceptionnellement indispensable) que pourront être soutenus l'émergence du sens et le processus de subjectivation (Ciavaldini(318)).

**La réponse éducative et judiciaire** est colorée par les représentations et fantasmes mobilisés chez les professionnels. Les parcours de prise en charge des adolescents engagés dans les agirs sexuels violents diffèrent selon le type d'engagement de ceux-ci et, en particulier, selon le choix de la victime. En appui sur cette distinction à partir du choix, se dessinent des réactions différenciées :

- A l'égard des adolescents engagés dans des agirs sexuels violents vis-à-vis de victimes prépubères, nous observons une forme de sidération des professionnels ; les faits reprochés aux adolescents appellent la figure du monstrueux, et ouvrent sur une représentation pédophilique de ceux-ci. C'est un double mouvement de protection et de soin qui émerge chez les professionnels ;

- Pour les adolescents engagés dans des agirs sexuels violents vis-à-vis de victimes pubères, nous relevons une position plus ambiguë de la part des professionnels, qui semblent pris entre la gravité des actes (gravité particulièrement centrée sur la dimension de faits commis en groupe par les adolescents) et leur banalisation, au nom d'une forme d'initiation sexuelle qui pourrait passer par l'expression d'une violence, certes inacceptable, mais dont la dimension rituelle pourrait également être évoquée.

Au plan des parcours judiciaires et éducatifs de chacun de ces groupes, apparaît un autre point de vue sur l'écart des représentations sous-tendant l'accompagnement des adolescents engagés dans des agirs sexuels violents. Les réponses apportées au travers de la procédure judiciaire et des choix éducatifs et soignants témoignent de cet écart :

- Pour les adolescents engagés dans des agirs sexuels violents à l'égard des victimes prépubères, lorsque la nécessité d'un éloignement de la famille apparaît (principalement lorsque les faits sont commis au sein de la fratrie), un placement est généralement réalisé dans une famille d'accueil ou dans la famille élargie de l'adolescent. L'ensemble des mesures mises en place favorise une démarche de compréhension du sens des agirs violents (avec prescription de mesures d'investigation sociale, éducative et psychologique). Dans ce contexte compréhensif, les adolescents sont soutenus dans leur engagement au sein d'un dispositif de soins ;
- Pour les adolescents engagés dans des agirs sexuels violents à l'égard de victimes pubères, nous observons des mesures d'incarcération de manière quasi systématique par le magistrat, alliées à des mesures que nous pourrions qualifier de sécuritaires (contrôle judiciaire en particulier). Dans ce contexte, il est extrêmement difficile voire impossible de penser à un accompagnement psychologique pour ces adolescents au regard de la prégnance de démarches dominées par la répression et l'exclusion.

La référence à l'accompagnement des adolescents engagés dans des agirs sexuels violents met l'accent sur ce qui apparaît comme la nécessité de se tenir au plus près d'une préoccupation pour l'adolescent, sans doute en contrepoint de l'ensemble des discours de stigmatisation de l'agir sexuel violent et des risques d'exclusion qui en découlent. Au fond, accompagner l'adolescent engagé dans des agirs sexuels violents consisterait à investir une démarche, soutenue par une position éthique, démarche au cours de laquelle serait valorisée la dimension du sujet, et la confirmation de sa participation à une humanité partagée. Il s'agit de donner du sens à l'acte transgressif, donner du sens à l'engagement de l'adolescent dans l'agir.

#### *L'importance de l'aveu dans la prise en charge*

Les traitements psychologiques fondés sur des données probantes qui traitent des comportements sexuels illégaux nécessitent souvent un aveu complet des comportements sexuels illégaux ainsi qu'une déconstruction factuelle des infractions sexuelles. L'aveu peut donc être considéré comme une condition préalable ou une partie naturelle du processus de psychothérapie en général, et il est particulièrement importante dans les traitements des agresseurs sexuels (Baker et al(416), Salter(365), Ware et al(417)).

L'auto-divulgence d'un comportement sexuel illégal est en corrélation positive avec des objectifs de traitements significatifs, telles que l'acceptation de la responsabilité de ses actes et la volonté de changer (Ware et al(417)).

Une faible auto-divulgence dans le traitement peut être considérée comme un processus interférant avec la thérapie (par exemple, la non-conformité), ce qui peut conduire à d'autres résultats punitifs dans les contextes médico-légaux (par exemple, les violations de probation pour échec du traitement (Levenson et al(418), Ware et al(419)). Le déni ou la minimisation des comportements sexuels illégaux ont aussi été trouvés pour prédire la récurrence sexuelle chez les délinquants sexuels adultes (Langton et al(420), Nunes et al(421)).

Bien que des études antérieures sur la divulgation de comportements sexuels illégaux se soient concentrées sur les délinquants adultes, les programmes de traitement pour adolescents incluent également la divulgation comme élément primordial du traitement (Nunes et al(421)). À l'instar des délinquants adultes, les adolescents qui révèlent leurs comportements sexuels illégaux se conforment davantage au traitement, tandis que la non-divulgation constitue un obstacle à l'achèvement du traitement (Jensen(422), Nunes et al(421)).

Il a été constaté que la polyvictimisation dans l'enfance (c'est-à-dire l'expérience de plusieurs types de victimisation) et la qualité de l'attachement du caregiver influence l'auto-divulgence pendant la psychothérapie, en particulier la divulgation des traumatismes de l'enfance (Cohen et al(122)).

#### *Le travail de groupe, une option intéressante*

**La dimension du groupe** contribue favorablement aux dispositifs d'accompagnement des adolescents engagés dans des agissements sexuels violents. Le groupe peut également être investi comme dispositif de travail proposé aux adolescents pour soutenir leur potentiel de symbolisation. La littérature met l'accent, de façon relativement unanime, sur l'intérêt de la mise en œuvre de dispositifs groupaux dans la prise en charge thérapeutique (Derezotes(423), Ertl et McNamara(424)). Il semble que ce choix se présente davantage comme une intuition clinique plutôt qu'en référence à une construction théorique à même de soutenir la pertinence de ces dispositifs.

Deux éléments apparaissent cependant dans la littérature (Perkins(425)) pour soutenir ce choix : le soutien au narcissisme et le déploiement des identifications. Du point de vue de Roman(411), l'intérêt majeur peut être identifié au travers de la spécificité de sa capacité d'accueil des investissements, des affects, des représentations des adolescents engagés dans des agissements sexuels violents. Le groupe peut ainsi se proposer comme alternative, dans un contexte où l'investissement de la relation apparaît précaire, du fait de la menace qu'elle engendre. Le groupe, dans sa valeur thérapeutique, peut être décrit comme s'en suit :

- Il peut être conçu comme le contenant des mouvements pulsionnels et, comme un espace d'expérimentation à l'adresse de l'autre ;
- Il se présente comme un soutien d'une traduction des pulsions en représentations et en affects : ce qui agite l'adolescent peut trouver une forme représentative dans le jeu du groupe, sur la scène du groupe ;

- Il se propose comme une scène soutenant une mise en jeu du corps ; c'est à partir de l'expérience du corps que nous pouvons appréhender le travail de symbolisation des expériences, particulièrement lorsque celles-ci, comme les agirs sexuels violents, s'ancrent dans la réalité corporelle.

Il n'est pas indifférent de considérer que la pratique du groupe thérapeutique engage la mobilisation d'un groupe de professionnels, dans la mesure où un tel dispositif exige à minima la présence d'un binôme, souvent référé à un troisième professionnel (dans un but de supervision). Cette particularité du dispositif de soins donne à expérimenter à l'adolescent le lien au groupe d'adultes, figuration potentielle du groupe de parents.

La médiation choisie comme support au groupe, ouvre un espace spécifique qui, en fonction du cadre qu'elle implique et des règles qui s'y énoncent, se propose de moduler les échanges intersubjectifs. Parmi ces groupes à médiation, nous pouvons citer les groupes de parole, de psychodrame, photolangage...

Il faut aussi rajouter qu'envisager le groupe comme espace privilégié du soin, n'implique pas nécessairement de le considérer comme espace exclusif du soin. Dans un certain nombre de cas, le groupe est investi comme balance, simultanément ou successivement, d'un accompagnement individuel de l'adolescent (médical, éducatif, psychologique, social...). Les travaux portant sur l'évaluation des dispositifs de soins à destination d'auteurs de violence sexuelle (Grant(316)) soulignent la pertinence de l'association de différents dispositifs, et invitent à en explorer les ressources, en appui sur la créativité des professionnels qui ont en charge le soin de ces adolescents.

### *Le modèle de Powell, aussi pour les AVS*

Le modèle de Powell(256) évoqué pour les victimes suppose également des actions visant les agresseurs, bien que la littérature relative aux efforts fournis en prévention ciblant les agresseurs potentiels ne soit pas abondante. Différentes stratégies ont été proposées, tels que l'éducation sexuelle comme véhicule du développement de comportements sexuels adéquats, ou encore des messages publicitaires qui affirment clairement le caractère criminel et punissable des violences sexuelles (McMahon(426), Renk et al(427)).

Un exemple de prévention intéressant a été réalisé au Vermont. L'organisme « *Stop it now !* » a conçu plusieurs outils et une vaste campagne de santé publique. Les objectifs sont de sensibiliser la population et d'augmenter ses connaissances quant à la problématique de l'agression sexuelle, d'encourager les adolescents et les adultes AVS à s'autodénoncer et de soutenir les parents et les membres de l'entourage à confronter les comportements d'agressions sexuelles. Les stratégies privilégiées comportent la présentation de messages télévisuels et radiophoniques, des articles dans la presse écrite, des affiches et un site web interactif. Dans une évaluation effectuée sur des résidents du Vermont, les auteurs comparent le degré de base et le degré de sensibilisation de la population deux ans après la campagne à l'aide d'un sondage téléphonique effectué auprès de deux cents répondants, des groupes focalisés (pour évaluer les attitudes d'un groupe de dix-neuf décideurs) et des appels acheminés vers la ligne sans frais de l'organisme (Chasan-Taber et al(428)).

Le sondage téléphonique indique une augmentation du degré de sensibilisation et des connaissances liées à l'agression sexuelle ; notamment que la capacité à définir la violence sexuelle a augmenté de 20%. Les groupes focalisés permettent de noter que les

décideurs ont des attitudes plus favorables qu'avant quant à l'approche de l'organisme. Aussi, les données issues des lignes téléphoniques d'aide révèlent une augmentation du nombre d'appels. 23% des appels enregistrés proviennent de personnes qui ont agressé sexuellement un enfant. Au cours des deux premières années de la campagne, selon les données recueillies par des responsables des centres de traitement, une cinquantaine de personnes ont auto rapporté une agression sexuelle. De ce nombre, 11 étaient des adultes et 39 des enfants. Ce programme semble intéressant puisqu'il adhère à une approche portant sur les 3 niveaux de prévention (primaire, secondaire, tertiaire) et il vise une cible importante : les auteurs (McMahon(426)).

## **C. LES ADOLESCENTS VICTIMES-AUTEURS DE VIOLENCE SEXUELLE**

Il existe plusieurs types de victimisations retrouvés chez les AVS (violence sexuelle, violence physique, négligence). Nous allons étudier cette population sous l'angle des violences sexuelles dans l'enfance. Quelles particularités entraîne ce traumatisme dans leur évolution ?

### **1. EPIDEMIOLOGIE**

#### *Une victimisation sexuelle fréquente chez les AVS*

Les preuves empiriques pour confirmer un passé d'agression sexuelle seraient peu concluantes pour expliquer la majorité des comportements d'agression sexuelle (Garland et al(429), Glasser et al(430)).

Une méta-analyse basée sur 188 études entre 1980 et 1987, incluant 1717 agresseurs masculins qui admettaient leur délit, montrait des taux de victimisation sexuelle durant l'enfance de 0 à 75%, tels que rapportés par les auteurs de ces violences sexuelles (Hanson et al(431)). Ces derniers ont évalué 18 études qui ont examiné les antécédents d'agression sexuelle des délinquants sexuels adultes. Ils ont signalé que 33% des délinquants sexuels sur des enfants répondaient à une définition large des abus sexuels dans l'enfance (tout contact sexuel avec une personne âgée) et 23% répondaient à une définition étroite (contact sexuel forcé avec un adulte).

D'autres auteurs trouvent des chiffres similaires sur une recension d'études rétrospectives : 0 à 57% pour Garland(429), 0 à 79% pour l'United State General Accounting Office(432)). Ils en concluent que la victimisation durant l'enfance des agresseurs sexuels serait plus importante que dans la population générale qui est d'environ 10% dans celle-ci. Tous s'entendent pour dire que le lien entre victimisation sexuelle dans l'enfance et la perpétration de la violence sexuelle à l'âge adulte n'est pas claire.

Une méta-analyse effectuée à partir de 50 études rapporte un taux de victimisation des adolescents AVS de 40,3 % (Burton et al(433)). Une autre établit que cette population est cinq fois plus à risque d'avoir été abusée sexuellement durant l'enfance que les délinquants juvéniles qui n'ont pas commis d'agression sexuelle (Seto et al(359)).

Dans l'étude d'Ohlert et al(434), en ce qui concerne l'expérience de la violence sexuelle chez des adolescents en institution ou internat fédéral aux USA, 115 participants (41,5%) ont déclaré avoir subi de la violence sexuelle en tant que victime mais pas en tant qu'auteur (groupe victime uniquement), 18 personnes avaient montré un comportement sexuellement agressif (groupe auteur uniquement) et 40 adolescents étaient des auteurs qui avaient également été victimes de violence sexuelle (groupe victime-auteur). Seulement environ un tiers des participants (37,5%) ont indiqué qu'ils n'avaient pas subi de violence

sexuelle au cours de leur vie (groupe témoin sans violence). Parmi les participants masculins, plus de la moitié (54,2%) faisait partie du groupe témoin, 18,7% dans le groupe victime-auteur, 16,1% dans le groupe victime uniquement et 11,0% dans le groupe auteur pur. La majorité des femmes (73,9%) appartenaient au groupe victime seulement, 16,4% au groupe témoin, 9,0% au groupe victime-auteur et 0,8% au groupe auteur pur.

Dans deux méta-analyses, Whitaker(332) a exploré les différents facteurs de risque associés aux agressions sexuelles sur les mineurs et Jespersen(435) a examiné plus spécifiquement le rôle d'un passé de victimisation dans le développement de comportements d'agression sexuelle. Ces études concluent que les AVS sur mineurs sont significativement plus susceptibles d'avoir été victimes de violence sexuelle durant leur enfance que les AVS sur adulte mais aussi que les auteurs d'infractions non à caractère sexuel et que la population générale. Ils apportent une nuance, rappelant que cela ne signifie pas non plus qu'il s'agisse de l'unique facteur de risque jouant un rôle important.

Van der Put et al(436) rapportent, dans une étude sur les mauvais traitements chez les adolescents garçons et filles sous probation, que seul le nombre total d'agressions diffère entre les victimes d'abus sexuels et les non-victimes. Les infractions avec violence étaient relativement courantes chez les victimes de violence physique et les victimes de multiples formes de violence par rapport aux non-victimes, mais les effets étaient relativement faibles. La délinquance sexuelle était beaucoup plus fréquente chez les victimes de violence sexuelle que chez les victimes d'autres types de maltraitance et les non-victimes chez les auteurs garçons adolescents, alors que chez les filles, aucune différence n'a été constatée dans le comportement des délinquants sexuels entre les victimes de différents types de mauvais traitements et les non-victimes.

Concernant les AVS incestueux, Glasser(430) soutient, que les figures paternelles incestueuses de leur échantillon, rapportaient légèrement plus d'histoires d'agression sexuelle (38%) que les auteurs pédophiles incarcérés (33%), sans toutefois que cette différence ne fasse l'objet d'un test statistique. Trickett(146), sur la base de quatre études effectuées auprès de figures paternelles incestueuses non incarcérées, estime qu'environ 25% de ces hommes rapportaient un vécu d'agression sexuelle durant leur enfance.

Quelques rares études prospectives ont aussi tenté d'examiner le lien entre un passé d'agression sexuelle durant l'enfance et le fait de commettre des crimes sexuels. Salter et al(437) ont réalisé une étude longitudinale et ont constaté que 26 des 224 (12%) garçons abusés sexuellement ont ensuite commis des infractions sexuelles, la plupart impliquant des contacts sexuels avec des enfants. La période de suivi a duré de 7 à 19 ans.

Burton(438) soutient que, tout comme pour les adultes, les taux d'agression sexuelle dans l'enfance des adolescents auteurs varient grandement selon les études (0 à 80%). Il en conclut qu'en dépit de cette variation, il est possible d'estimer que le taux de victimisation sexuelle durant l'enfance des mineurs AVS serait de 3 à 4 fois supérieur au taux de 10% de la population générale d'adolescents.

Dans l'étude nationale la plus représentative aux États-Unis, en utilisant les données de 90 agences, Ryan et al(439) signalent qu'au cours du processus d'admission, 39% des 1 000 AVS adolescents ont déclaré avoir été victimes de violence sexuelle. De même, dans une analyse utilisant huit études, Worling(440) a constaté qu'à l'admission, 31% des 1268

jeunes ont signalé une victimisation sexuelle et 52% des mêmes jeunes ont révélé une victimisation sexuelle à la fin du traitement.

Quelques études plus spécifiques ont montré que les adolescents incestueux, en plus de rapporter des taux de victimisation sexuelle supérieurs à ceux de la population générale, rapportaient aussi plus de victimisation sexuelle par rapport aux adolescents AVS extrafamiliale, même si ces différences n'ont pas fait l'objet de tests statistiques (O'Brien(441), Pierce et al(442), Worling(335)).

A l'opposé, Widom et al(112), dans une étude de suivi sur 23 ans sur un échantillon de 908 mineurs indiquent qu'il n'y avait pas de différence significative entre les individus au passé d'agression sexuelle et ceux exempts de ces agressions sexuelles.

Dans une autre étude comparant les différents types de victimisation dans l'enfance chez des mineurs ayant rencontré la justice américaine, Widom(443) explique que les dossiers d'arrestation ont révélé que, par rapport aux mineurs qui n'avaient pas été victimisés, ceux qui l'avaient été étaient plus susceptibles d'être arrêtés pour des délits sexuels. Ainsi, le fait de subir tout type de violence ou de négligence pendant l'enfance augmente le risque de crimes sexuels. Les enfants victimes d'abus sexuels étaient à peu près aussi susceptibles que les victimes de négligence d'être arrêtés pour tout crime sexuel et moins susceptibles que les victimes d'abus physiques.

L'étude de Connolly(444) ne trouve pas de différence significative entre la victimisation sexuelle durant l'enfance d'auteur de violence sexuelle sur mineur et sur adulte.

#### *Les VAVS deviennent victimes sexuelles durant leur pré-adolescence*

Salter et al(437), dans leur étude prospective sur des garçons VAVS sur une période de suivi qui a duré de 7 à 19 ans, ont trouvé que l'âge moyen des garçons au moment de leur agression sexuelle subie était de 11 ans. Selon Green(445), les agressions sexuelles qu'ont subi plus d'un auteur sur trois furent endurées par plus des trois quarts entre l'âge de 3 et 12 ans et pour le reste avant 17 ans. Cet âge moyen de 11 ans est dans la tranche d'âge classique des victimes de violence sexuelle.

#### *Les VAVS agressent rapidement après leur propre agression*

Toujours selon Salter et al(437), la plupart des infractions sexuelles n'ont eu lieu que quelques années après les violences sexuelles survenues dans l'enfance, l'âge moyen au moment de l'infraction sexuelle étant de 14 ans. Cette âge correspond à la limite basse de l'âge de la première agression par les AVS.

#### *Des victimes de sexe masculin*

Hanson et al(431) ont constaté que les agresseurs de garçons avaient un taux 2 fois plus important de violence sexuelle subie dans l'enfance que les agresseurs de filles, et qu'il n'y avait aucune différence entre les délinquants intra et extra-familiaux.

Dans une étude portant sur 87 adolescents de sexe masculin, Worling(440) a étudié la relation entre la présence de victimisation sexuelle et le sexe de leurs enfants victimes. Il rapporte que 75% des jeunes hommes qui ont agressé sexuellement un enfant de sexe

masculin ont signalé une victimisation sexuelle, comparativement à 25% de ces jeunes qui ont agressé une enfant de sexe féminin.

Kaufman et al(446) se sont concentrés sur le développement d'une meilleure compréhension du *modus operandi* des adolescents délinquants sexuels. Dans le cadre de cette étude, ils ont analysé les différences de mode de fonctionnement entre les AVS adolescents victimes de violence sexuelle et ceux non-victimes de violence sexuelle. Les analyses ont indiqué que les auteurs adolescents de violence sexuelle étaient susceptibles de choisir une victime masculine (ou des victimes masculines et féminines). Ces données sont surprenantes, le sexe féminin étant largement plus représenté chez les victimes de violence sexuelle.

#### *Des victimes mineures*

Awad et al(447) ont constaté qu'un nombre considérablement plus élevé d'adolescents AVS sur des enfants (20%) ont été agressés sexuellement que ceux qui ont agressé des pairs ou des adultes (4%).

De même, O'Brien(441) a noté que 40% des adolescents AVS sur les enfants ont signalé une victimisation sexuelle antérieure, comparativement à 29% des agresseurs sur des pairs ou des adultes. Plusieurs études ont montré que les délinquants sexuels adolescents qui ont été abusés sexuellement, présentent un intérêt sexuel relativement plus grand envers les enfants que ceux qui n'ont pas été abusés (Becker et al(448,449), Hunter et al(450), Simon et al(361), Kaufman et al(446)). St-Yves et al(451) retrouvent que les sujets qui rapportaient avoir été abusés uniquement avant l'âge de 12 ans avaient plus souvent une victime d'âge prépubère.

#### *Des victimes plus nombreuses*

Dans une étude sur la théorie de l'abusé-abuseur en lien avec la théorie de l'apprentissage social, sur 287 enfants sexuellement agressifs, Burton(452) signalent des corrélations importantes entre la présence de victimisation sexuelle dans la vie des enfants et le nombre de personnes qu'ils abusent sexuellement.

Selon St-Yves et al(451), il est intéressant de noter qu'une relation significative a été observée entre le nombre d'abuseurs rapportés par les sujets et le nombre de victimes qu'ils avaient fait. Ceux qui rapportaient avoir été abusés sexuellement par plus de 1 individu avaient un nombre plus élevé de victimes. Une telle observation appuie l'hypothèse d'une survictimisation chez les AVS incarcérés, comme l'ont suggéré Hanson et al(453) et Langevin et al(454).

#### *Des agressions plus variées ou plus graves ?*

St-Yves et al(451) ont réalisé une étude afin de vérifier si des traces de victimisation sexuelle étaient présentes dans le scénario délictuel des VAVS. Les résultats de cette étude révèlent qu'il n'y a aucune relation significative entre le contexte de victimisation sexuelle et le scénario des délits sexuels.

Pour les jeunes AVS ayant des antécédents de victimisation sexuelle, des études ont examiné la relation entre la victimisation sexuelle et les caractéristiques de leur acte. Ces études (Cooper(455), Worling(440), Zakireh et al(456)) soutiennent la proposition selon

laquelle la victimisation sexuelle est liée à un comportement délictueux sexuel plus varié ou plus grave par rapport au comportement délictueux sexuel des jeunes qui n'ont pas été victimes de violence sexuelle.

Widom(443) rapporte que les victimes d'abus sexuels sur des enfants n'étaient pas plus à risque plus tard dans la vie d'arrestation pour viol ou sodomie. Les résultats révèlent plutôt une association entre ces crimes et la violence physique durant l'enfance, et non la violence sexuelle. Cela concorde avec les constatations antérieures concernant le « cycle de la violence », qui indiquaient que la violence physique dans l'enfance est associée aux taux d'arrestation pour violences les plus élevés dans la vie. Ainsi, l'aspect violent du viol plutôt que sa composante sexuelle ou sa motivation sexuelle peut expliquer l'association selon Widom.

Seghorn et al(457) rapportent que l'incidence des agressions sexuelles sur les enfants parmi les agresseurs d'enfants est plus de deux fois plus élevée que l'incidence parmi les violeurs.

#### *Des antécédents pénaux de violence sexuelle identiques aux AVS*

Langevin et al(454) rapportent que 63% des VAVS et 60% des AVS avaient des antécédents officiels pour les délits sexuels, donc des chiffres stables entre les populations délictuelles.

## **2. FACTEURS ENVIRONNEMENTAUX ET FAMILIAUX**

#### *Des familles inadaptées*

Salter et al(437), dans leur étude prospective sur des garçons VAVS sur une période de suivi qui a duré de 7 à 19 ans, ont remarqué que les garçons abusés sexuellement qui commettent ensuite des infractions sexuelles avaient probablement plus de chances d'avoir subi des négligences, manquaient de supervision parentale et étaient témoins de violences intrafamiliales que les garçons non sexuellement agressés.

#### *Des familles faiblement protectrices*

Green(445) rapporte que les agressions sexuelles qu'ont subi plus d'un auteur sur trois sont un artéfact plus ou moins direct du climat insécure dans lequel se sont développés ces sujets. Majoritairement, ceux-ci furent agressés sexuellement à plusieurs reprises, ce qui signifie qu'aucun élément de leur environnement proximal n'a su les protéger. Cette question est d'importance car quel sens ces sujets enfants ou adolescents vont-ils donner à cette absence de protection ? Précisément que le support corporel de leur identité n'est pas investi par le parent, qu'il n'y a pas lieu de le protéger.

Nous percevons ici les prémices d'une désobjectalisation dont ils sont l'objet et qu'ils translateront sur leurs victimes, répétant ainsi ce qu'ils ont eux-mêmes subi. Ainsi, percevons-nous que derrière ce qui pourrait apparaître comme une vengeance de l'enfant bafoué, il s'agit pour l'auteur d'adopter une position active, de maîtrise, pour effacer ce

qu'enfant, il a subi passivement. Nous retrouvons cette faible protection familiale chez les victimes, mais sans possibilité de comparaison dans la littérature.

### *Troubles de l'attachement*

Hummel et al(458) rapportent qu'il existe des différences très marquées entre les adolescents VAVS et les AVS en ce qui concerne les expériences de perte avant et après l'âge de 14 ans. La définition de la perte était « la perte d'un parent en raison du décès, de la séparation, du divorce, du placement familial avant ou après l'âge de 14 ans ».

Il faut supposer que les expériences de perte des adolescents étudiés ont conduit à des troubles d'attachement considérables, d'autant plus que les délinquants sexuels adolescents sur les enfants (avec ou sans antécédents d'abus sexuels) sont déjà stressés en ce qui concerne de nombreuses caractéristiques de développement. Tant dans la perception de leurs parents ou beaux-parents que dans leur perception d'eux-mêmes dans leur ensemble, ils ont peu de chances de bénéficier des avantages des contacts sociaux.

Au-delà de la théorie de l'attachement à proprement parlé, c'est tout le système relationnel issu de cet attachement qui importe. Un enfant qui présentait un attachement sécure avant un abus sexuel aura plus tendance dans les situations de détresse à chercher de l'aide, qu'un enfant qui présentait déjà un attachement insécure qui ne saura pas vers qui se tourner, et mettra probablement en place d'autres mécanismes adaptatifs.

### *Une victimisation plus fréquente*

L'incidence de la négligence envers les enfants est plus de 2,5 fois plus élevée dans les familles d'agresseurs d'enfants maltraités, par rapport aux agresseurs non victimisés. L'incidence de la violence physique (non sexuelle) est la seule variable examinée qui ne fait pas de distinction entre un auteur adolescent agressé sexuellement et un auteur ne l'étant pas (Van der Put et al(436)).

### *Des pères violents et absents*

Selon Auclair et al(459), 40 % des VAVS n'avaient plus de contact avec leur père biologique et Langevin et al(454) retrouvent que les VAVS sont davantage victimes de violence psychologique par leur père que les AVS. Plus de la moitié des VAVS sur mineurs avaient des pères ayant des antécédents criminels, par rapport à aucun des agresseurs d'enfants non victimisés.

### *L'agression sexuelle vécue comme une initiation*

Selon Ciavaldini(318), un point doit être noté qui est en prise directe avec les agressions dans l'enfance et l'adolescence, qui souvent n'est pas repéré comme tel. Il s'agit de la présence d'une initiation à la vie sexuelle qui est placée sous le signe du traumatisme, ce que nous nommons des initiations dévoyées. Pour nos auteurs adultes, avant l'âge de quinze ans, il s'agit soit :

- D'une initiation faite par un partenaire (homme ou femme) bien plus âgé qu'eux, qui souvent peut prendre les accents d'un viol mais qui, en aucun cas, n'est repéré comme tel ;
- D'une rencontre financée d'une professionnelle du sexe ;

- D'une exposition dans des lieux de drague à des âges précoces, ce qui les confrontent à des violences potentielles ;
- Des expositions à des pratiques groupales où ces sujets livrent leur corps comme une marchandise à des pairs (masturbation collectivement exercée sur eux) ;
- Des pratiques avec un proche plus ou moins pair d'âge qui peut être un allié familial (frère, sœur, cousin) où là encore, certaines pratiques relèvent de l'agression franche voire du viol subi ou commis sans que cela ne soit verbalisé comme tel.

Il faut noter que le cumul des agressions sexuelles dans l'enfance ou l'adolescence et des initiations dévoyées forment un pourcentage important de nos sujets qui peut nous faire penser que c'est bien d'un sujet auteur adulte sur trois qui fut confronté à une victimisation violente sexuelle dans son enfance ou son adolescence.

### *Un environnement familial incestuel*

Les traumatismes passifs tels que la surexposition aux conversations et aux pensées sexuelles, le fait de recevoir des appels téléphoniques obscènes ou d'être témoin d'activités sexuelles chez l'adulte, peuvent être traumatisants pour un enfant et nécessiter une intervention thérapeutique (Mai(460)). Un traumatisme actif, victime d'abus sexuels, peut contribuer à l'apparition de l'agression sexuelle par un sujet de sexe masculin (Groth(461)). Par opposition à l'inceste, l'incestuel se définit comme un équivalent d'inceste.

L'« incestueux », c'est le fantasme et le produit d'une symbolisation, tandis que l'« incestuel » ne résulte d'aucune symbolisation. Il est tout dans l'agir, pas forcément dans le génital de l'inceste, mais plus souvent dans des équivalents d'inceste qui sont des comportements à travers lesquels une relation de nature incestuelle transite. Ce milieu incestuel, stimulant, est retrouvé fréquemment chez les AVS également. Nous n'avons pas trouvé d'étude comparant les 2 groupes.

### *Des parents aux antécédents psychiatriques*

Le tiers des AVS sur mineurs avaient des mères et des pères ayant des antécédents psychiatriques, par rapport à aucun des agresseurs d'enfants non agressés sexuellement. (Van der Put et al(436)).

### *Toxicomanie familiale*

Les résultats de Péllerin et al(462) ainsi que de Langevin et al(454) montrent que les adolescents VAVS étaient plus nombreux que les AVS à avoir été exposés à la violence et à la toxicomanie dans leur milieu familial. Langevin et al(454) indiquent que les VAVS avaient été plus exposés à des parents criminalisés et alcooliques que les AVS. Nous pouvons rappeler que nous retrouvons ces addictions également chez les familles de victimes.

### *Le lien à l'agresseur des VAVS*

Parmi les AVS qui ont été agressés sexuellement, les violeurs ont été plus généralement victimisés par un membre de la famille (biologique ou gardien), tandis que les AVS sur mineurs ont été plus généralement victimisés par un étranger ou une connaissance occasionnelle (Seghorn et al(457)).

Burton(438) a cherché à tester l'hypothèse selon laquelle les adolescents VAVS répèteraient une expérience de ce qui leur est déjà arrivée dans le passé, comparant un groupe AVS à un groupe d'adolescents condamnés pour des faits de délinquance. Il existait une différence significative montrant que les AVS avaient été davantage abusés sexuellement par un apparenté.

Les AVS déclarant avoir agressé un membre de la famille étaient 1,36 fois plus à risque d'avoir eux-mêmes été abusés par un apparenté. Ce chiffre montait à 2,36 fois pour un cycle abuseur/abusé intrafamilial large et à 4,54 fois pour un cycle abuseur/abusé extrafamilial connu et, enfin à 2,87 fois pour un cycle abuseur/abusé extrafamilial inconnu. Les adolescents déclarant avoir été abusés par une femme étaient 3,89 fois plus à risque d'agresser une femme à leur tour, ce chiffre montait à 6,05 fois pour un cycle d'abus homme/homme.

#### *L'agression des VAVS par les proches accentue l'hypersexualisation*

Berman et al(463) ont montré que, les adolescents AVS qui ont subi une agression sexuelle dans l'enfance perpétrée par un cohabitant (habitant du même foyer), ont obtenu un score significativement plus élevé à la fois sur la sexualité compulsive et les préoccupations sexuelles, que ceux n'ayant pas été victimes. Il n'y avait pas de différence lorsque l'agression était réalisée par une personne extérieure au foyer.

Le fait d'avoir été agressé sexuellement par un membre du foyer donne des scores d'hypersexualité plus élevés chez les adolescents VAVS que chez ceux n'ayant pas été victimes dans l'enfance et ceux agressés par une personne extérieure au domicile. De même, l'agression sexuelle pendant l'enfance, quand elle est réalisée par une personne proche, donne chez les adolescents VAVS des scores d'impulsivité et de désinhibition plus élevés que chez ceux n'ayant pas été victimes dans l'enfance et ceux agressés par une personne extérieure au domicile. Cette désinhibition se retrouve chez les victimes avec une orientation, notamment vers la prostitution plus fréquente par exemple.

#### *L'agression des VAVS par une femme, facteur du devenir VAVS*

Dans leur étude sur les victimes devenues auteurs, Glasser et al(430) rapportent que sur les 41 femmes fréquentant le service de psychothérapie médico-légale qui ont été victimes d'abus sexuels, une seule (environ 2%) était également auteur de violence sexuelle. Sur les 135 victimes masculines, 79 étaient des auteurs (59%, odds ratio = 27,36). 24 sujets masculins ont déclaré avoir été agressés sexuellement par des femmes, dont 23 ont été identifiés comme des parents féminins. 7 des 24 ont également été maltraités par des parents de sexe masculin.

Sur ces 24 hommes, 19 (79%) sont devenus des auteurs d'abus sexuels. Sur les 111 sujets masculins abusés par des hommes, 60 (54%) sont devenus des auteurs (odds ratio = 3,2). Cela indique que les abus infligés aux hommes par des parents de sexe féminin sont plus susceptibles de contribuer à ce que la victime masculine devienne un agresseur que les abus infligés par des parents de sexe masculin ou des personnes extérieures à la famille.

#### *Inceste et pédophilie augmentent le risque de devenir VAVS*

Dans leur étude sur les victimes devenues auteurs déjà citée, Glasser et al(430) retrouvent également qu'un quart (24%) de ceux qui n'ont pas été déclarés victimes

d'agression sexuelle sur des enfants sont des auteurs, une sur deux (51%) sont des VAVS victimes d'inceste (uniquement) signalées. Six VAVS sur dix (61%) sont des victimes de pédophilie (seulement) signalées. Enfin, trois quart (75%) des VAVS sont victimes à la fois d'inceste et de pédophilie signalés.

#### *Des facteurs familiaux prédictifs de devenir VAVS ?*

Hyde et al(464) ont indiqué que les adolescents AVS qui ont abusé d'autres adolescents semblaient avoir été plus sévèrement abusés sur de plus longues périodes par un certain nombre d'agresseurs. Cependant, ce critère n'est pas le seul facteur en termes de prévention du développement de comportements délictueux.

Un certain nombre d'autres facteurs environnementaux qui ont été examinés semblaient pertinents au cours du processus d'évaluation. Il s'agit notamment :

- De la violence intrafamiliale ;
- Témoin de violence intrafamiliale ;
- Rejet par la famille ;
- Discontinuité des soins ;
- Rejet par les pairs ;
- Éprouver un sentiment généralisé de grief ;
- Faible identification avec les figures paternelles ;
- Absence de figure d'attachement masculin non agressif ;
- Avoir une mère qui a été abusée sexuellement dans l'enfance ;
- Dépression maternelle ;
- Mauvaises relations avec les frères et sœurs ;
- Avoir une mère qui a été maltraitée physiquement dans l'enfance ;
- Faible niveau de culpabilité concernant une action abusive.

#### *Fugues et placements en institution fréquents*

Langevin et al(454) retrouvent que les VAVS avaient plus souvent fugué du foyer familial que les AVS. Auclair et al(459) déclarent que 64,8 % des adolescents VAVS avaient connu au moins un placement.

#### *Scolarité plus compliquée*

Hummel et al(458) rapportent que malgré l'absence persistante de différence statistiquement significative, il est évident que les adolescents VAVS, bien que de capacités intellectuelles similaires, ont commencé à fréquenter l'école plus tard et leurs performances ont été plus altérées à l'école primaire par rapport à un groupe AVS intermédiaire et un groupe non-victime et non-auteur témoin. Dans l'étude de Langevin et al(454), les VAVS étaient moins scolarisés que les AVS.

### 3. SYMPTOMATOLOGIE

#### *Troubles psychiatriques*

Bagley et al(465) indiquent que les sujets de sexe masculin qui ont vécu plusieurs événements d'abus sexuels au cours de leur enfance étaient les plus susceptibles d'avoir, selon leurs propres déclarations, des contacts sexuels récents ou en cours avec une personne mineure. Les auteurs montrent un lien assez fort entre des antécédents de violence sexuelle et de violence émotionnelle (souvent accompagnés de punitions physiques excessives) dans l'enfance des répondants. La violence sexuelle et la violence émotionnelle ont des liens statistiquement significatifs avec un certain nombre d'indicateurs de la santé mentale actuelle.

Les corrélations les plus fortes concernent la dépression, l'anxiété, les sentiments et comportements suicidaires, la psychonévrose, le stress post-traumatique et les expériences dissociatives. La combinaison d'abus sexuels et émotionnels pendant l'enfance est le prédicteur le plus fort de l'intérêt et de l'activité sexuels impliquant des adolescents de sexe masculin et des enfants plus jeunes des deux sexes. Ceux qui signalent un intérêt sexuel et / ou des activités impliquant des enfants, ont tendance à être plus déprimés, anxieux et à avoir des sentiments et des comportements plus suicidaires que ceux sans de tels intérêts.

Les VAVS affichent des valeurs plus élevées que le groupe AVS sur l'échelle d'internalisation, l'anxiété et la dépression, mais des valeurs plus faibles que le groupe des victimes uniquement selon Ohlert(434).

Van der Put et al(436) rapportent que les victimes d'agression sexuelle n'étaient pas plus à risque de devenir auteur de violence sexuelle que les adolescents sans maltraitance ; ce que décrivent également Steward et al(466) et Zingraff et al(467). Une des explications possibles serait que les victimes d'abus sexuel développeraient plus de symptômes internalisés, ce qui les engagerait moins vers les comportements délictuels.

#### *Des épisodes de dissociation*

Les adolescents qui subissent une victimisation sévère peuvent être à risque de formes pathologiques de dissociation (Martinez-Taboas et al(468)) activés comme système défensif et stratégie cognitive pour atténuer les souvenirs douloureux d'avoir été maltraités. En outre, la victimisation des enfants et la dissociation liées aux traumatismes peuvent augmenter de manière significative la probabilité de problèmes de comportement, y compris les actes antisociaux, les problèmes de comportement sexuel et la toxicomanie (Finkelhor & Kendall-Tackett(469), Van der Kolk et al(246)). Une symptomatologie dissociative (flash-back, amnésie...) liée à des mauvais traitements antérieurs peut survenir dans le contexte d'un comportement délinquant subséquent (Moskowitz(470)).

En ce qui concerne la recherche sur les délinquants sexuels adultes, une étude récente de Becker-Blease et al(471) ont trouvé une relation significative entre la dissociation pendant la victimisation infantile et la dissociation qui est réalisée pendant l'agression, ainsi que certaines preuves de la relation entre la dissociation et les déficiences lors du rappel.

Leibovitz et al(472) confirment que les jeunes victimes de violence sexuelle ont des scores moyens de dissociation plus élevés que les adolescents qui ne commettent pas d'agression sexuelle. Ce résultat est conforme aux recherches antérieures qui indiquent que les agresseurs sexuels juvéniles sont plus susceptibles d'avoir des antécédents de victimisation plus importants.

Cette dissociation est retrouvée chez les victimes de violence sexuelle, en lien également avec leur agression traumatique. Il est logique de ne pas la retrouver chez les AVS, qui, selon leurs déclarations, n'ont pas été agressés.

### *Une sexualité atypique*

Dans l'étude de Langevin et al(454) auprès de 408 AVS incarcérés, les résultats obtenus indiquent qu'ils avaient eu plus d'expériences sexuelles avec des garçons durant l'enfance et l'adolescence, et qu'ils présentaient une plus grande diversité de comportements sexuels déviants (paraphilies multiples). Simons et al(361) ont constaté une exposition précoce à la pornographie, une expérience antérieure de la masturbation et une activité sexuelle avec les animaux. L'adolescents VAVS sont plus nombreux à rapporter certains troubles du comportement avant l'âge de 18 ans, à se considérer incompetents sur le plan sexuel et à rapporter une vie sexuelle précoce selon l'étude de Pellerin et al(462). Nous retrouvons des difficultés liées à leur sexualité chez les AVS, sexualité moins paraphilie par ailleurs.

### *Un trouble pédophilique ?*

L'étude de Freund et al(473) semble être la seule dans laquelle des AVS (victimes et non victimes) ont été comparés au niveau de leur profil d'excitation sexuelle obtenu à l'évaluation phallométrique. Ces auteurs ont observé que la présence d'intérêts sexuels préférentiels pour les enfants (pédophilie fixée) était le meilleur prédicteur d'une victimisation sexuelle auto-révélee. Ceci suggère que les pédophiles qui affirment avoir été victimes d'abus sexuel seraient les plus déviants. Néanmoins, soulignons que même chez les pédophiles primaires (fixés), Groth(461) observait un taux de victimisation sexuelle de seulement 46% (contre 23% chez les AVS d'enfant situationnels). En somme, même chez les AVS plus chroniques (récidivistes, pédophiles « fixés » et homosexuels), les taux de victimisation sexuelle s'avèrent inférieurs à 50% dans la plupart des écrits.

### *Faible empathie*

La littérature portant sur l'empathie chez les agresseurs sexuels n'est pas concluante. Curwen(474) ne retrouve aucune différence entre les auteurs qui avaient déjà été victimes de violence physique ou sexuelle et ceux sans antécédents de violence. Ces résultats sont surprenants compte tenu du nombre d'études faisant état de différences d'empathie entre les mineurs victimes de violence physique et ceux non-victimes de violence (Feshbach(475)). Des résultats similaires ont été rapportés par Monto et al(476) pour les délinquants sexuels adolescents de sexe masculin qui ont été agressés sexuellement, physiquement ou verbalement par un adulte.

### *Une déficience intellectuelle souvent retrouvée*

Des études menées auprès d'adultes avec une déficience intellectuelle, qui sont également des délinquants sexuels, ont démontré qu'ils avaient été victimes de violence

sexuelle dans l'enfance dans une proportion plus grande que les délinquants sexuels sans déficience (Hayes(477)). Les enfants victimes d'agression sexuelle ayant une déficience intellectuelle pourraient donc être éventuellement plus à risque de devenir agresseurs que les enfants au développement typique. Il est également possible que les délinquants sexuels ayant une déficience intellectuelle soient sur-représentés chez les AVS criminalisés parce qu'ils sont plus facilement arrêtés par les policiers.

### *La résilience*

Le terme de résilience fait référence à la capacité d'une personne à s'adapter à des événements traumatiques ou à des circonstances défavorables de la vie, ou les deux (Masten et al(478)). La recherche dans le domaine de la résilience s'est concentrée sur trois domaines distincts (Masten et al(479)):

- Le rétablissement des personnes ayant subi un traumatisme ;
- La capacité à adopter un fonctionnement compétent malgré la persistance d'une menace ou d'une adversité ;
- Une adaptation bien réussie en dépit de facteurs de risque élevés de traumatisme.

Garnezy(480) et Masten et al(481) ont identifié trois groupes de facteurs qui servent de processus de protection contre les difficultés rencontrées dans l'enfance :

- Les caractéristiques de la personnalité, incluant une bonne estime de soi, de bonnes aptitudes sociales et une bonne autonomie ;
- Les caractéristiques familiales, notamment le soutien familial et un environnement familial stable ;
- L'existence de soutiens externes en dehors de la famille, qui encouragent l'enfant à établir des stratégies adaptatives.

Valentine et al(482) ont constaté que les femmes victimes de violence sexuelle qui étaient résilientes (bon niveau de fonctionnement autodéclaré, emplois stables, bonnes relations avec les autres et absence de trouble de la personnalité) étaient beaucoup plus susceptibles d'avoir eu un solide réseau de soutien social en dehors de la famille. Elles avaient également une relation de qualité avec un parent ou une figure parentale, et une bonne disposition à obtenir des réponses positives des autres. Il a été démontré qu'un manque de soutien suite à la révélation de violences sexuelles subies avait un impact négatif sur le comportement et la santé psychique a posteriori.

Gilgun(483) a présenté une étude préliminaire utilisant des entretiens de parcours de vie d'hommes et de femmes victimes de violences sexuelles dans l'enfance. Le groupe comprenait des auteurs (auteurs de meurtres, d'infractions à caractère sexuel sur mineurs et de viols sur adultes) et des non-auteurs. Cette étude a conclu que le facteur déterminant pour qu'un sujet devienne ou non auteur de violence sexuelle sur mineurs était de savoir si, dans l'enfance, il avait une relation étroite avec quelqu'un à qui il pouvait se confier. Parfois, trouver un confident prenait des années, mais à l'adolescence, tous les non-auteurs avaient établi une relation de confiance étroite.

Dans l'étude de Lambie et al(484), le groupe VAVS avait un niveau de scolarité inférieur à celui du groupe résilient. Le groupe résilient avait moins de sujets avec seulement

1 ou 2 ans d'études secondaires par rapport au groupe victimes-auteurs. Ce résultat était similaire à celui des études précédentes (Fergusson et al(485), Herrenkohl et al(486), Masten et al(487), Werner(488)), qui ont constaté que les enfants résilients font preuve de plus d'intelligence et de compétences en résolution de problèmes. Herrenkohl et al(486) ont conclu qu'une intelligence au moins moyenne était un facteur nécessaire à la résilience des adolescents.

Par ailleurs, les résultats de cette étude suggèrent également que les amitiés et le soutien social peuvent jouer un rôle important en agissant comme un facteur tampon pour le cycle victimes-auteurs. Le groupe résilient a reçu des niveaux plus élevés de soutien émotionnel pendant l'enfance et ce soutien émotionnel a été fourni par diverses sources, notamment des parents, des proches et des adultes vivant à l'extérieur de leur domicile.

L'étude suggère également que la manière dont le soutien émotionnel a été montré est importante. Le groupe résilient est le groupe qui a reçu le plus de marques d'affection verbales et physiques, et le degré de soutien émotionnel reçu en temps de crise était plus élevé que le groupe victimes-auteurs. De plus, le groupe VAVS a signalé plus fréquemment qu'un environnement familial défavorable constituait un obstacle à l'obtention d'un soutien émotionnel. Ces différences sont restées après correction pour l'âge et l'éducation.

#### *Adolescent VAVS de sexe féminin*

Les auteurs s'entendent sur le fait que la littérature portant sur les femmes auteures d'agression sexuelle est limitée, en raison du faible dévoilement et de la plus grande rareté du phénomène (Tardif et al(489)). En conséquence, les connaissances scientifiques dépendent d'un nombre limité d'études, dont les échantillons sont petits et teintés d'un biais de sélection. La littérature actuelle permet surtout de conclure qu'il est difficile de dresser un portrait type des femmes auteures de violence sexuelle en raison de l'hétérogénéité de leurs profils (Grayson et al(490), Saradjian et al(491)). En dépit de cela, les différentes études (Boroughs(492), Jennings(493), Johansson-Love(494), Tardif(489)) avancent que ces femmes :

- **Sont victimes d'agression sexuelle** durant leur enfance dans une grande proportion ;
- Dépendent davantage des hommes ou ont été rejetées par eux ;
- Proviennent souvent de familles chaotiques et abusives ;
- Ont un développement présentant une accumulation de perturbations (abandon parental, relations parentales conflictuelles, abus physique durant l'enfance) ;
- Rapportent des perturbations dans la relation avec leur mère ;
- Ont une sexualité dysfonctionnelle ;
- Souffrent de troubles psychiques (dépression, anxiété, dissociation, stress post traumatique, psychose).

Williams et al(495) rajoutent qu'elle présentent de façon plus marquée un abus de substances, une faible estime de soi, des idées suicidaires, que leurs victimes semblent être des enfants, jeunes, plutôt de sexe féminin.

Une revue large de la littérature de Tamini(496) constate que les adolescents de sexe féminin auteures d'actes d'ordre sexuel commettent globalement le même type d'actes que

leurs homologues masculins (Kubik et al(497), Vandiver et al(498)). Elles s'attaquent à des victimes connues pour la plupart, garçons ou filles (Hickey et al(499), McCartan et al(500)) et exercent autant de coercition (Slotboom et al(501)).

Les principales différences entre filles et garçons se situent au niveau d'une relative précocité des filles commettant des abus sexuels. Cela entraîne, à un plus jeune âge, un premier contact avec des institutions socio judiciaires. Bien que les trajectoires développementales menant à la commission d'abus sexuels soient multiples, les filles semblent avoir subi des épisodes plus sévères de victimisation, à un plus jeune âge, par plus d'agresseurs, plus fréquemment et plus violemment que les garçons (Hickey & al(499), Tardif et al(489)). Les vicissitudes liées au vécu des victimisations par les garçons et les filles représentent encore une information prégnante autour de la question de leur traitement par le système judiciaire.

#### *Un faisceau de variables prédisposantes ?*

Une piste peu explorée est la relation entre les caractéristiques de la victimisation sexuelle et les caractéristiques de la délinquance sexuelle. Garland et al(429) spéculent sur plusieurs caractéristiques de la victimisation sexuelle qui pourraient contribuer à ce qu'un jeune devienne un auteur de violence sexuelle adolescent. Les variables sont les suivantes :

- *La relation de l'auteur avec le jeune* : si l'auteur ou les auteurs sont plus proches du jeune, il est plus susceptible d'adopter des comportements de victimisation de cette personne, d'en tirer des enseignements et de les modéliser ultérieurement. Faller(502) soutient empiriquement la présence de cette relation;
- *Le sexe du ou des auteurs* : le fait d'être victime d'un homme peut augmenter la probabilité de devenir un auteur de violence sexuelle en raison de la tendance des hommes à recourir davantage à la force (physique, psychique, corruption) et ainsi renforcer l'apprentissage/la répétition d'un comportement déviant. De plus, en raison des réponses sociales au sexe masculin – masculin en général, et à l'agression sexuelle en particulier, cela peut rendre la victimisation plus honteuse, ce qui rend plus difficile pour le jeune de résoudre le traumatisme autrement que de le répéter ;
- *Le mode opératoire du ou des auteurs* : avec une force accrue, l'apprentissage a plus de chance de se produire ; les jeunes violés de cette manière sont donc plus susceptibles de prêter attention à la situation et d'en tirer des comportements sexuellement agressifs. La force peut également être liée à une augmentation de la peur et de l'impuissance pendant leur victimisation sexuelle (Burton(503)), ce qui oblige la victime à agir pour acquérir un sentiment de contrôle ;
- *Le type d'actes commis par le ou les auteurs* : les actes de pénétration entraînent généralement plus de traumatismes émotionnels et physiques chez le jeune et renforcent ainsi l'apprentissage de ce comportement. Les jeunes qui ont été pénétrés se sentent également plus impuissants (Burton(503)) et

peuvent ressentir un plus grand besoin de résoudre leur traumatisme grâce à la méthode conçue pour eux par leurs auteurs ;

- *La durée de la victimisation sexuelle* : plus la victimisation est longue (Bandura(504)), plus la probabilité de délinquance sexuelle est grande, peut-être en raison de la présence de plus grandes possibilités d'apprendre le comportement et de voir ses récompenses (par exemple, la réduction de l'anxiété de l'auteur, orgasme) (Worling(440)). Ceux qui ont été victimisés plus longtemps peuvent acquérir plus de connaissances sur la façon de victimiser et percevoir de plus grandes récompenses pour de futures infractions sexuelles ;
- *L'âge auquel la victimisation sexuelle a eu lieu* : le jeune âge de l'enfant victime pourrait être lié à une plus grande probabilité de délits sexuels ultérieurs, car l'agression sexuelle devient normative à un plus jeune âge. Ainsi, l'apprentissage précoce d'une norme pourrait augmenter la probabilité de délits sexuels (Burton et al(452)).

Selon Burton(505), le groupe des délinquants sexuels est plus susceptible d'avoir été victime de violence sexuelle de la part d'un parent ou d'un proche. Les délinquants sexuels étaient beaucoup plus souvent victimisés à la fois par les hommes et les femmes que les délinquants non sexuels. Les délinquants sexuels étaient beaucoup plus susceptibles de déclarer que leurs agresseurs avaient utilisé la force physique que ceux des délinquants non sexuels. La durée moyenne de victimisation sexuelle des délinquants sexuels (n = 203) était de 5,6 ans. Pour les délinquants non sexuels (n = 80), la durée moyenne était de 3,9 ans. Il y avait une différence significative entre les deux groupes.

Deux des variables étaient importantes pour prédire si un individu était un auteur de violence sexuelle : le mode de fonctionnement de l'agresseur et le ou les sexes des auteurs étaient à la fois des hommes et des femmes. La victimisation par la force et la victimisation des hommes et des femmes ont joué un rôle essentiel dans la discrimination entre ces groupes. Le modèle a prédit avec succès le statut de délinquant sexuel pour 78,3% des jeunes. Le modèle est assez efficace pour prédire correctement à quel groupe les délinquants sexuels appartiennent (97,2% correctement classés), mais il est faiblement prédictif pour savoir dans quel groupe les délinquants non sexuels se situent (6,7% correctement classés).

Pour illustrer ces résultats, trois scénarios de cas ont été examinés et des rapports de cotes relatifs ont été calculés. Le cas de référence suivant a été utilisé pour comparer d'autres scénarios de victimisation.

Dans celui-ci, la durée de la victimisation sexuelle était d'un mois, le jeune a été agressé par un inconnu, l'agresseur du jeune a utilisé des faveurs, des jeux ou un baby-sitting et n'a utilisé aucune force physique, le jeune a été victime d'exhibitionnisme comme infraction la plus grave, et le jeune a été agressé par une femme.

Un deuxième cas est celui dans lequel la durée de la victimisation sexuelle était de 10 ans, le jeune a été agressé par un parent, la force physique a été utilisée pour l'agression, le jeune a subi une pénétration et a été abusé par des hommes. Selon la

régression logistique, un jeune avec ce profil serait 14,4 fois plus susceptible que le cas de référence d'être un auteur de violence sexuelle.

Un jeune dont le profil était le même que dans le deuxième cas, mais ayant été agressé par des hommes et des femmes simultanément, serait 23,1 fois plus susceptible d'être un auteur de violence sexuelle que le cas de référence.

#### 4. PSYCHOPATHOLOGIE

L'idée qu'il existe un cycle victime-agresseur (ou abusé-abuseur) relatif à l'agression sexuelle, c'est-à-dire que le fait d'avoir été victime d'agression sexuelle durant l'enfance puisse faire en sorte que l'on devienne agresseur sexuel est largement répandu (Salter et al(437)). Les études ont surtout exploré d'abord ce cycle par l'examen des taux de victimisation sexuelle durant l'enfance des auteurs. Ainsi, peu de recherches se sont intéressées aux facteurs autres qu'un passé de victimisation sexuelle et le fait de commettre des agressions sexuelles (Lambie et al(484)).

Plusieurs hypothèses théoriques ont été évoquées pour comprendre le cycle victime-auteur chez les garçons agressés sexuellement, telles que les théories analytiques soulevant l'identification à l'agresseur ou encore l'agression comme reprise de pouvoir par la victime (Burton(503)), la théorie de l'apprentissage social (Burton(438)), qui suggère la reproduction de relations abusives par la victime, la théorie comportementale qui propose un conditionnement à l'érotisation de l'enfant (Bandura(506)), la théorie de la proximité selon laquelle les difficultés relationnelles et conjugales engendrées par l'abus augmenteraient le risque de vouloir combler ses besoins avec des mineurs (Milcent(507)).

Il faut tout de même nuancer ces théories. Celles-ci ne sont que des tentatives d'explication du comportement d'une population spécifique d'adolescents. D'ailleurs, seulement une faible proportion des victimes de violence sexuelle deviendra auteurs.

La notion selon laquelle la plupart des agresseurs étaient auparavant des victimes a été remise en question. Un certain nombre de critiques ont affirmé qu'il existe peu de données empiriques pour étayer la croyance largement répandue en un cercle d'abus sexuels (Widom et Ames(112), Murphy et Smith(508)). **Bien qu'au moins 10% de la population générale masculine soit victime (Baker et Duncan(509), Finkelhor et al(309)), Murphy et Smith(508) soutiennent qu'il est très peu probable que 10% de la population masculine devienne un AVS.** De plus, alors que les femmes sont victimisées à des taux encore plus élevés que les hommes, très peu deviennent des agresseurs.

Ce dernier point est corroboré par les données de l'étude de Glasser et al(430) où, dans une population déviante, seulement 2% des femmes victimes sont devenues des agresseurs. Murphy et Smith(508) affirment plutôt que les agresseurs qui étaient auparavant des victimes peuvent être différents. Hanson et Slater(431) ont examiné 18 études pour résumer les pourcentages d'agresseurs sexuels qui étaient auparavant des victimes. N'incluant que les études dont la taille d'échantillon est raisonnable, elles indiquent un taux de 20 à 30%. Des antécédents de violence sexuelle étaient associés à des niveaux plus

élevés de déviance sexuelle globale, à une augmentation des troubles psychologiques et à une probabilité accrue de provenir de familles plus dysfonctionnelles. Ils concluent également que les agresseurs qui ont été victimes peuvent être différents.

Freund et al(510) signalent des taux similaires de 20 à 29% des expériences antérieures des victimes chez les agresseurs contre les enfants, comparativement à 11 à 14% pour leurs trois groupes de contrôle.

## A. LES MODELES

### ***Le cycle abusé-abuseur***

De nombreux auteurs ont émis l'hypothèse qu'il existe une association unique entre l'expérience d'abus sexuel dans l'enfance et la commission des infractions sexuelles plus tard dans la vie (Seto(27), Ward et al(511)). Nous allons aborder les mécanismes possibles par lesquels les abus sexuels pendant l'enfance pourraient être liés à des infractions sexuelles ultérieures, y compris l'apprentissage social et les effets des abus sexuels sur le développement psychosexuel ultérieur. Bon nombre de ces explications proposées suggèrent que l'association entre les antécédents d'abus sexuels et les infractions sexuelles est la plus forte pour les délinquants qui ciblent des enfants (Burton(438)).

Ce cycle est basé sur plusieurs variables :

- Apprentissage : Burton(438) a suggéré que l'apprentissage pourrait aider à expliquer l'association entre des antécédents de violence sexuelle subie et des délits sexuels ultérieurs sur des enfants. L'apprentissage peut se produire en imitant le comportement de l'agresseur, conditionné à la suite de l'association de toute stimulation sexuelle causée par l'activité sexuelle avec des indices d'agression sexuelle, tels que le type d'actes qui se sont produits, et en renforçant les attitudes et les croyances concernant l'acceptabilité de la sexualité adulte-mineur.

Conformément à cette idée, Burton a indiqué que les AVS adolescents qui avaient été abusés sexuellement avaient tendance à commettre les mêmes types d'actes de violence sexuelle qu'ils avaient eux-mêmes subis. Nous ne savons pas, cependant, pourquoi l'apprentissage se traduit par un comportement sexuel dirigé vers les enfants, au lieu d'un comportement sexuel dirigé vers les adultes, ou pourquoi il y a beaucoup de femmes victimes d'abus sexuels et peu de sexe féminin chez les délinquants (Seto(27)).

En utilisant une théorie de l'apprentissage social, Ryan(512) suggère que le comportement sexuellement violent des adolescents masculins découle de leur propre victimisation sexuelle et décrit les mécanismes par lesquels l'apprentissage de l'agression sexuelle est censé se produire et être renforcé. Elle suggère qu'un « enfant traumatisé peut devenir fixé par le traumatisme, recréant l'expérience dans des schémas rituels qui deviennent plus élaborés,

plus rigides et plus secrets avec le temps ». Une autre explication des raisons pour lesquelles les victimes d'abus sexuels peuvent ensuite victimiser sexuellement les autres est l'excitation physiologique (Ryan(512), Worling(440)). Une telle excitation peut conduire à des fantasmes sexuels et à une masturbation, entraînant un conditionnement à des actes sexuels de manière particulière et/ou sur des types particuliers de victimes. Cette proposition n'a pas été testée empiriquement ;

- Développement sexuel : L'abus sexuel peut avoir un impact sur le développement psychosexuel ultérieur, ce qui augmente ensuite le risque de violence sexuelle pendant l'adolescence ou l'âge adulte. Deux études ont révélé que les auteurs adultes abusés sexuellement signalaient un début de masturbation plus précoce que les autres délinquants adultes (Cortoni et al(513), Smallbone et al(340)). Brown et al(514) ont trouvé une relation entre l'expérience de deux épisodes ou plus d'abus sexuel dans l'enfance et un début précoce de la puberté dans un échantillon non délinquant d'hommes et de femmes (11 ans pour les participants victimes contre 13 ans pour les participants non maltraités) ;
- La transmission familiale ou d'autres variables : L'association entre l'histoire de l'abus sexuel et les délits sexuels peut ne pas avoir de lien de causalité et pourrait être mieux expliquée par une troisième variable. Parce que l'abus sexuel est réalisé par des membres de la famille plus âgés, il est possible que l'association entre une histoire d'abus sexuel et une prédisposition sexuelle sous-jacente représente une association génétique entre une histoire d'abus sexuel et une prédisposition sexuelle ultérieure. Certains enfants sont agressés sexuellement par des membres de la famille (parents génétiques) et peuvent devenir agresseurs sur les enfants non pas parce qu'ils ont été abusés sexuellement, mais parce qu'ils partagent la prédisposition génétique à la délinquance sexuelle.

### ***Les théories de Garland et Dougher (1990)***

Garland et Dougher(429) proposent un certain nombre de théories pour expliquer le cycle abusé-abuseur.

La théorie psychodynamique est fortement basée sur les travaux de Stoller (515) : les jeunes émotionnellement défavorisés qui sont séduits par un agresseur se lieront à cet agresseur et s'identifieront à lui. Les facteurs de médiation sont les fantasmes sur la perversion qui sont des tentatives symboliques pour maîtriser la faiblesse et la passivité en se souvenant de la relation d'enfance.

La théorie cognitivo-comportementale dans laquelle l'excitation sexuelle déviante est conditionnée par des fantasmes masturbatoires associés à l'orgasme. Dans ce modèle, les premières expériences sexuelles (avec un adulte ou un autre enfant) fournissent le matériel pour ces fantasmes masturbatoires et le comportement appris. Le renforcement positif consiste en l'orgasme masturbatoire, à travers lequel la sortie sexuelle déviante s'imprime. Garland et Dougher soutiennent que l'expérience ci-dessus empêche le jeune d'entrer dans la phase de développement normal de l'exutoire sexuel entre pairs avec le fantasme

masturbatoire, ce qui a finalement pour conséquence que le sujet est obsédé par sa première relation idéale. Ces deux explications théoriques ne sont pas nécessairement incompatibles.

Le modèle multidimensionnel avec un dysfonctionnement familial suggère que les garçons exposés à la privation émotionnelle et à l'isolement sont à risque de développer des insuffisances de l'ego qui pourraient nuire à l'apprentissage social. De plus, un dysfonctionnement familial peut conduire à l'isolement et à l'aliénation de sa propre famille, ce qui peut empêcher le garçon d'acquérir des modèles sexuels conventionnels (par exemple, ne pas s'identifier au rôle de son père). Un autre concerne la combinaison de l'identification avec l'agresseur et de l'impression de la relation fantasmée par une masturbation orgasmique fréquente qui peut fournir le niveau d'impression qui donne au pédophile une motivation obsessionnelle et puissante.

Enfin, Bolton et al(516) ont documenté des analyses qui suggèrent que, devenir un agresseur, est une tentative de surmonter l'impuissance d'être auparavant une victime. Cette théorie explicative attrayante est une variante de la notion « d'identification à l'agresseur » et les données actuelles ajoutent au support empirique d'une telle théorie. Cependant, de tels points de vue ne concordent pas avec une notion stricte de causalité, qui exige qu'une telle expérience de violence sexuelle antérieure soit à la fois une condition nécessaire et suffisante, comme en témoigne une très forte proportion de victimes masculines abusées par des hommes qui deviennent des agresseurs et un taux assez faible de non-victimes qui deviennent des agresseurs.

Par conséquent, le problème essentiel des explications données par Garland et Dougher et d'autres, est qu'elles négligent la centralité du sadomasochisme dans l'expérience de la violence sexuelle envers les enfants. Le lien avec l'agresseur, d'un point de vue psychanalytique, n'est pas basé sur une fixation sur une première relation idéale ou « la relation perdue et idyllique » mais repose sur l'identification avec l'agresseur comme moyen de transformer le traumatisme expérience passive en expérience active en tant qu'auteur. Lorsque la rage et l'agression suscitées par l'expérience d'être victime de maltraitance (non mentionnée par Garland & Dougher) ne peuvent pas être exprimées en toute sécurité directement, elles deviennent sexualisées comme un moyen de permettre leur expression modifiée et secrète. La sexualisation peut être utilisée comme un moyen d'empêcher l'agresseur menaçant d'être dangereusement violent, et plus tard, comme un moyen de faire face à l'expérience traumatisante. Elle s'inverse dans la réalisation d'actes de maltraitance d'enfants.

### ***Le modèle TOPA de Rasmussen (1992)***

Le modèle écologique d'évaluation des processus de résultats des traumatismes (TOPA)(517) suppose que les individus ont différentes voies comportementales qu'ils peuvent suivre après une expérience traumatisante : deux inadaptées (auto-victimisation et abus) et une adaptative (récupération et intégration). Le paradigme abusé-abuseur ne tient compte que des déficits de l'individu qui peuvent conduire à des comportements dysfonctionnels et abusifs. TOPA, en revanche, affirme la résilience face à des défis de taille, à la fois précis et continus. De nombreuses victimes gèrent efficacement leurs abus et ne sont ni autodestructrices ni sexuellement violentes. Des facteurs de protection (soutien familial, influences positives à l'école, au travail, dans le quartier et dans la communauté)

permettent à ces victimes de faire preuve d'une « adaptation positive malgré des expériences d'adversité ou de traumatisme importants » (Luthar(221)).

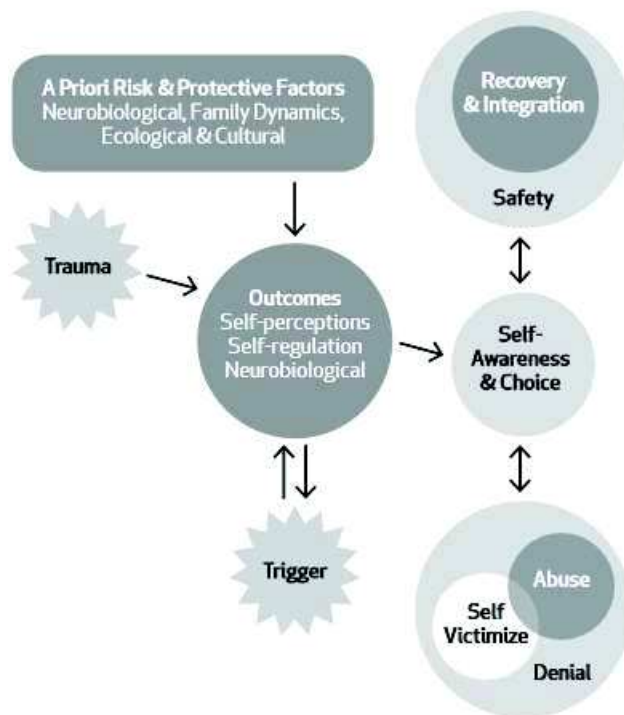


Figure 2. Le modèle TOPA de Rasmussen

La figure illustre la voie du processus de résultat du traumatisme, de l'expérience d'un traumatisme à l'adoption d'un comportement inadapté ou adaptatif. Les facteurs de risque et de protection a priori au sein de l'individu (par exemple, les caractéristiques héréditaires, les éléments neuropsychologiques) et l'environnement (c'est-à-dire la dynamique familiale et les influences communautaires et culturelles) sont représentés par la forme ovale montrée en haut de la figure. Ils affectent invariablement (positivement ou négativement) les résultats des traumatismes et les réponses des individus.

Les résultats des traumatismes (illustrés par le premier cercle au milieu de la figure) sont observés dans trois domaines : l'autorégulation, les perceptions de soi exprimées et les symptômes neurobiologiques (ESPT). La conscience de soi (le deuxième cercle) se compose de pensées, de sentiments, de sensations, de motivations et d'actions (Miller et al(518)) et est une variable clé du modèle. Une altération de la conscience de soi crée une vulnérabilité aux comportements autodestructeurs et/ou abusifs, à la fois au moment de l'expérience traumatisante, mais aussi aux « événements déclencheurs » ultérieurs qui rappellent le traumatisme.

Les événements déclencheurs (représentés par une « étoile » au bas de la figure) peuvent impliquer l'un des sens (c'est-à-dire la vue, l'ouïe, l'odorat, le goût, le toucher) ainsi que les actions des autres, états corporels (par exemple la faim), et/ou des associations cognitives (par exemple l'anniversaire d'une perte). L'échec à relier un événement déclencheur actuel à un traumatisme passé peut refléter une altération de la conscience de

soi (peut-être associée à un processus dissociatif), ce qui rend plus probable que l'individu suivra une voie inadaptée. Les trois voies comportementales du processus de dénouement des traumatismes sont illustrées par les grands cercles sur le côté droit de la figure. Les voies d'auto-victimisation et d'abus se chevauchent, ce qui indique qu'un individu peut parfois être autodestructeur et violent en même temps. Un cercle de « sécurité » entoure le rétablissement et l'intégration, ce qui signifie qu'un environnement sûr est nécessaire pour que le traumatisme soit intégré. En revanche, l'auto-victimisation et l'abus sont plongés dans le « déni » qui, dans ce contexte, est une distorsion cognitive utilisée par l'individu pour essayer d'écraser la conscience de soi.

### ***Les pathologies limites de l'enfance de Misès (2004)***

Le modèle proposé par Misès (519), et présenté dans son ouvrage consacré aux pathologies-limites de l'enfance, constitue un cadre pertinent pour penser la dynamique psychique des adolescents engagés dans les agirs sexuels violents. Inscrit dans un cadre psychopathologique, mais se dégageant de toute empreinte catégorisante et/ou stigmatisante, le modèle des pathologies limites de l'enfance met l'accent sur la dynamique processuelle qui conduit à des modalités de fonctionnement psychique et/ou d'organisation de la personnalité dominées par l'agir au détriment de la mentalisation.

La prise en compte des caractéristiques mises en évidence dans la rencontre avec les adolescents engagés dans des agirs sexuels violents laisse entrevoir une similarité suffisante pour que ce rapprochement puisse trouver sa légitimité. Au-delà du primat de l'agir, certains éléments cliniques peuvent être identifiés :

- L'inhibition de la pensée avec les conséquences que cela implique au plan de l'investissement de la sphère intellectuelle ;
- La répression des affects ;
- La fragilité de la construction narcissique et identitaire ;
- La confrontation à des vécus traumatiques précoces, peu élaborés dans le premier environnement de l'enfant, particulièrement marqué par un contexte de premières relations teintées par le registre de l'incestuel ;
- L'échec dans la constitution des instances de l'interdit.

Au plan processuel, Misès précise la portée de ces constats cliniques, en insistant sur les défauts d'étayage et d'élaboration de la fonction de contenance, l'échec de l'accès à la transitionnalité et le défaut d'élaboration de la position dépressive, ainsi que le maniement problématique des instances de l'idéal.

## **B. PSYCHODYNAMIE**

Nous pouvons nous demander *pourquoi les victimes-auteurs présentent des niveaux de troubles intériorisés et extériorisés entre les auteurs purs et les victimes pures ?* Quatre explications différentes de ce phénomène peuvent être envisagées :

- Les caractéristiques extériorisées de la victime favorisent le fait de devenir auteur :

- Certaines des victimes développent des comportements extériorisés en même temps qu'elles deviennent auteurs ;
- En ce qui concerne les aspects intériorisés, le fait de développer ces symptômes en tant que victime « protège » la personne de ne pas devenir elle-même un auteur ;
- Des scores intériorisés inférieurs sont une conséquence de devenir un auteur (c'est-à-dire que devenir un auteur réduit les symptômes d'intériorisés).

#### *Victimes et auteurs, pas si éloignés ?*

Roman(360) compare la dynamique du fonctionnement psychique des adolescents AVS et des adolescents victimes. Il met en évidence une forme de proximité entre chacun des 2 groupes. Il en a tiré 3 constats :

- *L'engagement dans la violence sexuelle à l'adolescence constituerait un élément significatif de cette dynamique psychique en termes d'aménagement et de réaménagement dans le contexte du processus adolescent* (la violence en termes d'agression sexuelle mobilise des processus de lutte contre la dépression alors que la violence en termes de viol ouvre des processus de lutte contre l'effondrement) ;
- *Le temps dans lequel les violences sont subies par les victimes ou agies par les auteurs apparaît déterminant* (en effet, du côté des victimes, que la violence subie se situe dans l'enfance ou l'adolescence, elle semble se rapporter à la répétition d'une expérience mettant en jeu les limites dans le lien et/ou d'un défaut de protection de l'environnement ; du côté des auteurs, la spécificité des mouvements engagés respectivement à l'égard de victimes adolescentes, vis-à-vis desquelles l'agression sexuelle se pose comme tentative de réassurance face à la violence pubertaire, et à l'égard des victimes dans l'enfance, vis-à-vis desquelles la violence sexuelle prend davantage la forme d'un raptus incontrôlable) ;
- *La précarité des repères au sein du groupe familial, dans des configurations qui se rapprochent de ce que Racamier(397) décrit avec la dimension de l'incestuel* (la violence sexuelle, agie ou subie, se présenterait alors comme un révélateur de la désorganisation des repères, dans le double registre de la différence des sexes et des générations).

A partir de ces constats, dans la perspective d'une compréhension croisée entre les positions d'auteur et de victime d'une part, et la participation à des violences sexuelles en termes d'agression ou de viol d'autre part, une modélisation des enjeux qui sous-tendent le lien entre auteur et victime a été proposée par Roman(360) :

- Si l'agression sexuelle peut comporter pour l'adolescent auteur une fonction de réassurance narcissique, comme préalable à la rencontre de la différence, elle interroge, chez la victime, sur la fiabilité de ses assises narcissiques dans la mise en jeu de la fonction de protection et/ou de soutien de l'environnement;

- Si le viol apparaît, chez les adolescents auteurs rencontrés, comme une tentative de mise à l'épreuve de la qualité de l'objet externe, sur fond de clivage des investissements libidinaux, cette même stratégie défensive du clivage chez les victimes semble servir une stratégie de protection face au risque d'effraction mobilisé par la rencontre génitale violente à l'adolescence.

### *La confusion des langues*

Nous pouvons faire l'hypothèse que les agirs sexuels violents s'inscrivent dans une problématique de séduction (Freud(520)) et de confusion des langues (Ferenczi(346)). L'irruption, sur la scène de l'expérience de l'enfant-adolescent, d'une situation d'excitation introduit un contexte traumatique, contexte qui organise l'agir sexuel violent. Il convient de s'arrêter sur ces deux notions de confusion des langues et de fantasme de séduction :

- La confusion des langues est décrite comme une figure de hiatus (ou séparation) entre l'attente de l'enfant et la traduction que fait l'adulte de cette situation. L'adulte traduit en forme de demande sexuelle génitale une demande qui se situe, du point de vue du fonctionnement psychique de l'enfant, dans le registre de la sexualité prégénitale. Nous pouvons penser au discours, bien souvent sincère, des pères et/ou oncles et/ou amis de la famille engagés dans des agirs incestueux : « c'est l'enfant qui m'a demandé de le caresser ».
- Le fantasme de séduction a été décrit comme l'un des organisateurs (inconscient) de la différence des générations, en référence à une situation de passivité de l'enfant : « un enfant est séduit par un adulte ». C'est à partir de ce fantasme inconscient et de son traitement/élaboration (c'est-à-dire de la rencontre de la limite apportée à ce fantasme) que se construisent l'interdit de l'inceste et l'inscription de la différence des générations.

### *Le traumatisme déstabilise le processus adolescent*

Nombre d'agirs violents sexuels adolescents sont à comprendre dans leur articulation avec des vécus traumatiques. L'impact de l'expérience traumatique concerne en premier lieu un désappareillage psychosocial qui favorise désaffiliation et désidentification. Cet impact entre en collusion avec la déstabilisation potentielle du processus adolescent et transforme la mise en acte transgressive en modalité défensive contre les effets des traumatismes primaires qui sont présents dans l'histoire de ces adolescents.

La transgression, dès lors, surgit d'une incertitude narcissique et d'une défaillance du lien à l'objet externe. L'agir devient une tentative d'emprise et de suppléance face à un effondrement dépressif potentiel. Il rend compte d'une fissuration du moi, d'un désistement du moi qui entraîne une démétaphorisation (qui renvoie à des stratégies de collage et d'adhésivité relationnelle, d'inhibition et de retrait, de prévalence du sensoriel et du perceptif).

L'altération de la personnalité peut aller jusqu'à des formes de dissolution subjective. Ces remarques nous permettent de spécifier plusieurs registres de l'agir : l'*acting out* qui concerne une défausse de l'interlocuteur, le *symptom out* qui signe la mise en scène de la souffrance liée à la défaillance de l'autre, le *passage à l'acte* comme scénarisation obscène

de l'objet du déni, le *passage à l'acte* comme solution paranoïaque, et le *recours à l'acte* comme sauvegarde narcissique du sentiment d'existence s'accompagnant d'une désobjectalisation et d'une désubjection. Les agirs sont donc conçus sur un mode processuel, ce qui permet alors d'envisager une clinique de l'acte (Ciavaldini(318)).

### *Le trauma sexuel, terreau des fantasmes agressifs*

Selon Bentovim(521), les effets directement traumatisants et traumatogènes de la violence omniprésente conduisent à l'impuissance soumise, à l'évacuation des fantasmes agressifs défensifs et à la visualisation traumatique des expériences abusives. La sexualisation ultérieure des fantasmes agressifs conduit à l'« érotisation » de l'agression, qui conduit à son tour à un comportement abusif. Un tel comportement agressif pourrait bien être une réponse solide, prenant la forme de fantasmes de vengeance qui se sont manifestés à l'adolescence pour inverser un sentiment d'impuissance et projeter de tels sentiments sur d'autres jeunes afin de se sentir moins accablés.

D'après les études de Briggs et al(522) et Lambie et al(484), les garçons victimes d'abus sexuel qui deviennent AVS seraient ceux ayant érotisé l'abus sexuel vécu (associé à des affects positifs).

### *L'agression, source de plaisir ?*

Burton(438) a postulé qu'en plus d'apprendre les comportements sexuels spécifiques auxquels ils étaient exposés, les jeunes VAVS peuvent également apprendre que les agressions peuvent générer à la fois du pouvoir et du plaisir. Ainsi, l'agression sexuelle pendant l'enfance perpétrée dans le cadre d'une relation avec une personne proche, qui sert de modèle pour les relations futures, serait plus susceptible d'encourager l'apprentissage social des actes d'agression sexuelle que les abus perpétrés par une personne extérieure à la sphère intime.

### *L'expérience du « même »*

L'engagement de l'adolescent dans la violence sexuelle peut être considéré comme une modalité d'aménagement particulière du processus adolescent, à partir d'une appétence au traumatisme telle que Guillaumin(40) a pu la décrire selon des configurations singulières et en fonction de la nature des actes transgressifs. La violence sexuelle peut ainsi être considérée comme un analyseur des remaniements adolescents. L'agression sexuelle s'inscrirait alors comme une stratégie défensive dans la rencontre de la différence et une quête de réassurance narcissique face à l'émergence de la sexualité génitale, tandis que le viol mettrait à l'épreuve la qualité de l'objet externe sur fond de clivage des investissements libidinaux du côté de l'auteur, dans une tentative d'autoreprésentation d'une excitation vécue comme « en trop » Roman(360).

Ces hypothèses viennent en contrepoint des travaux de Balier(37,523) et Ciavaldini(18). Ce dernier propose de considérer les actes de violence sexuelle comme participant de « système antidépresseur » au regard des réaménagements adolescents. Dans le travail psychique de l'adolescence, l'agir sexuel violent sous-tendant l'infraction à caractère sexuel viendrait occuper une place singulière dans l'économie libidinale, au sens où cet agir constituerait une tentative de retournement d'une position passive à une position active face au vécu menaçant des transformations corporelles subies Jeammet(26).

Les agirs sexuels violents viennent poser la problématique du *même* au sens où l'agir sexuel violent paraît se trouver au service de la mise à l'épreuve du narcissisme. Il est remarquable d'observer que les violences sexuelles impliquent, en général, auteur et victime dans une relation de « *mêmeté* ». Nous retrouvons souvent :

- Une *même* tranche d'âge entre auteur et victime ainsi que d'âge où l'auteur a été lui-même victime ;
- Un *même* groupe social ou d'intérêt, l'auteur connaissant souvent sa victime ;
- Une *même* fratrie/famille ;
- Et, dans le cadre de notre sujet, une *même* personne à la fois victime ET auteur.

L'enjeu de l'agir sexuel violent semble se focaliser sur une mise à l'épreuve de la consistance narcissique et identitaire, dans un contexte où des aspects de l'environnement de l'adolescent ne sont pas en mesure d'apporter un soutien suffisant à la construction et/ou au maintien des éléments structurants de la personnalité de ce dernier.

La reconnaissance de la place de la rencontre du *même* dans l'agir sexuel violent ouvre sur deux pistes d'analyse :

- La situation de plaisir, mobilisée et/ou recherchée dans le cadre de l'agir sexuel violent, va se rejouer à l'adolescence dans un contexte où la dimension sexuelle et le réinvestissement des zones érogènes mobilisent le féminin et la passivité (au sens de l'intériorité). Dans ces situations, la passivité semble d'emblée refusée dans la mesure où elle entre en résonance avec des scènes trop excitantes (rappel de scènes traumatiques ?) dans lesquelles le sujet est en position de soumission. Nous pouvons supposer que ces adolescents engagés dans des agirs sexuels violents ont été eux-mêmes soumis à des expériences de passivation pulsionnelle (expérience de séduction traumatique, dont le débordement pulsionnel lié à la puberté vient réinvestir les traces ?). Le refus de la passivité pulsionnelle conduit l'adolescent à se situer dans une position active à tout prix dans le champ de la sexualité. En effet, cette passivité pulsionnelle pourrait faire écho à des expériences de rupture de la subjectivité, dans le registre de l'effondrement narcissique ;
- La recherche de contenance et de contention portée par l'acte transgressif se trouve mobilisée dans le cadre d'une « inter contenance groupale », dans la mesure où la victime se situe dans ce rapport de *mêmeté* avec l'auteur.

La place des victimes masculines des adolescents auteurs, mais également, la place des victimes féminines des adolescentes auteures, interrogent cette capacité de dégagement de l'adolescent à l'égard d'un lien en miroir, dans un contexte traumatique. En d'autres termes, nous pouvons nous interroger sur ce que ces adolescents répètent, dans l'agir sexuel violent, de leur propre histoire traumatique, dans une potentialité d'élaboration de l'expérience...

La qualité de la victime laisse apparaître l'importance de la confrontation à une figure de l'ordre du *même*. Nous pouvons faire l'hypothèse qu'il n'est pas indifférent que la victime

puisse s'inscrire au service d'un projet de symbolisation pour l'adolescent, c'est-à-dire qu'elle possède des qualités propres à soutenir la réactualisation de l'expérience traumatique qui fonde l'agir sexuel violent. Le choix du *même* semble pouvoir être considéré comme se trouvant au service d'une réassurance narcissique, et s'inscrit dans le déploiement du processus adolescent. Le choix de la victime répond à des motifs inconscients qui échappent à une lecture objective de la rencontre entre l'adolescent engagé dans des agirs sexuels violents et la victime. Nous voyons le plus souvent que c'est le défaut de reconnaissance de la position de sujet de la victime qui domine.

Ce défaut de reconnaissance est le témoin de la précarité de la construction du processus de subjectivation à l'adolescence (Cahn(525), Richard(526)), du point de vue de l'adolescent auteur. La description de l'espace et du temps domine les récits, mais très difficilement ce qui s'y passe. Les récits se caractérisent généralement par un accrochage à la description des lieux et du contexte, dans une modalité quasi perceptive d'appréhension de la réalité. Les faits sont rapidement évoqués, les adolescents mettent en scène plus qu'ils ne se mettent en scène.

Dans la clinique des adolescents engagés dans les agirs sexuels violents au sein de la fratrie, du *même sang*, d'un double en un sens, la logique traumatique se (re)construit à partir de l'acte (qui se déploie dans la réalité externe) qui prend valeur de **l'évènement traumatique perdu** (au plan de la réalité interne). L'agir sexuel violent se présente alors tout à la fois comme seul réceptacle possible et comme attracteur du trop-plein d'excitation qui déborde les capacités de liaison du Moi.

La violence expulsée sur la victime convoque chez elle ses propres capacités de résistance, tant physique que psychique. Cette expérience traumatique, dont nous pouvons dire qu'elle est coproduite chez l'autre et comme gérée du dehors, permettrait une première figuration de ce qui n'est pas représentable, de ce qui a été perdu de l'histoire du sujet pour la subjectivité, première figuration du travail d'appropriation interne.

En quelque sorte, la sidération de la victime ne serait que l'écho de l'irreprésentable de la violence chez l'adolescent auteur de violences sexuelles. Ce qui ne peut être pensé, c'est-à-dire ce qui est demeuré exclu de la subjectivité chez l'auteur, avec le potentiel de violence propre à cet impensé, se trouve à nouveau mobilisé dans l'acte. Ce sexuel cru, dénué d'érotisme et privé de toute sensualité, fonctionne comme un auto-érotisme que nous pouvons qualifier de fallacieux, au sens où il prend appui sur l'autre pour construire de l'expérience subjective, là où l'auto-érotisme n'a pu s'organiser dans l'espace interne de l'adolescent.

Le caractère compulsif de l'engagement dans l'agir sexuel violent de l'adolescent, qui caractérise les violences sexuelles au sein de la fratrie, peut, dans ce contexte, être compris comme une tentative répétée, voire désespérée, d'intériorisation de ce que Winnicott(527) nomme la **détresse primaire**, détresse qui a conduit le Moi à un état d'agonie. C'est ce qu'il décrit avec la crainte de l'effondrement, crainte d'un effondrement qui a déjà eu lieu mais qui n'a pu s'inscrire psychiquement, dans la mesure du risque du meurtre de la subjectivité attachée à l'inscription psychique d'une telle expérience.

### *La réduction du clivage*

Au-delà de la participation de l'agir sexuel violent à titre de stratégie défensive, il semble que nous pourrions nous interroger sur la fonction de réduction du clivage contenue dans l'acte. La psychothérapie des auteurs de violences sexuelles, particulièrement les adultes, autorise une compréhension de la place du clivage et de sa tentative de résolution par la voie de l'agir sexuel violent, particulièrement lorsque celui-ci s'adresse à l'enfant. A cet égard, nous pouvons reconnaître que la répétition traumatique semble autoriser, pour certains auteurs victimes dans l'enfance, une relance de l'activité représentative en appui sur une mobilisation affective.

Faire vivre à l'autre ce que l'on a soi-même subi pour tenter de retrouver la trace d'un vécu non élaboré permettrait, au travers de la rencontre de l'affect de se figurer soi-même comme sujet de la scène des violences dont on a été la victime. La mobilisation de l'affect autorise une reprise des liaisons représentatives attaquées dans l'effraction traumatique constitutive de la violence infligée au sujet. A cet égard, nous pouvons relever la dimension de confusion entre sujet et objet, victime et auteur, sur laquelle s'inscrit l'agir sexuel violent : la violence de l'adolescent engagé dans l'agir sexuel violent se constituerait alors comme double transitoire, support potentiel du processus de symbolisation de la violence

## 5. PRISE EN CHARGE

### A. GENERALE

#### *Repérer les victimes précocement*

Pour éviter le développement de comportements violents, il est nécessaire de développer des stratégies d'interventions appropriées :

- Au moment où la maltraitance a été révélée ;
- Pendant la phase de travail lorsque l'enfant ou l'adolescent est protégé contre les abus ;
- Une attention particulière doit être accordée à la réadaptation des enfants maltraités dans leur contexte familial à leur famille ;
- Il faut trouver d'autres placements familiaux pour les enfants qui continueront d'être exposés à un climat de violence, de négligence et de rejet.

#### *Facteurs protecteurs de l'orientation des victimes vers le statut d'AVS*

Prendergast(528) se concentre sur les hommes victimes d'abus sexuels qui n'entrent pas dans le cycle de la victime à l'agresseur. Il énumère une série de facteurs dérivés de sa propre étude qui semblent protéger ces hommes abusés sexuellement :

- Une bonne estime de soi ;

- La disponibilité d'autres adultes importants dans la vie de l'enfant, en plus des agresseurs, y compris un adulte avec qui il / elle pourrait discuter de l'abus, et aussi des amis avec lesquels il / elle pourrait discuter de tout sujet ;
- Une éducation religieuse mettant l'accent sur le développement positif et le pardon plutôt que sur le péché et la damnation ;
- La réussite des travaux scolaires, des sports ou d'autres activités, activités qui reflètent la fierté des parents ;
- La personnalité, les forces et la situation sociale de l'enfant qui lui ont permis d'avoir des objectifs à long terme plutôt que des objectifs quotidiens à court terme ;
- La surveillance exercée par les parents de l'enfant, ce qui a réduit les risques d'abus fréquents ;
- Une assez bonne connaissance sexuelle au début de la séduction, de sorte que tout plaisir sexuel était moins susceptible de piéger l'enfant dans une spirale descendante de culpabilité.

### *Evaluer et travailler avec les familles*

La recherche sur les facteurs associés à une action abusive se concentre sur le climat de violence familiale et la nécessité d'assurer que l'enfant maltraité vit dans un contexte de soutien. La décision concernant les soins dépend du pronostic de changement dans le contexte familial, de l'ampleur des besoins des enfants et de leur calendrier, et des capacités des parents à reconnaître leur rôle dans les effets directs ou cumulatifs de la violence familiale et du potentiel de changement. Silvester et al(529) ont développé une classification utile pour évaluer le pronostic :

#### *-Pronostic plein d'espoir :*

Il est possible de faire un pronostic optimiste et de maintenir les enfants dans le contexte familial si les membres de la famille reconnaissent leurs rôles et responsabilités; un parent abuseur accepte qu'il doit vivre séparément pour chercher de l'aide de son propre chef; les parents protecteurs sont convaincus que l'enfant a été maltraité et sont capables de maintenir la relation avec l'enfant, malgré la pression exercée contre eux par un partenaire violent; l'enfant n'est pas blâmé d'avoir parlé; les parents sont disposés à travailler sur des questions personnelles et familiales, à confronter les expériences personnelles de violence, à faire face à la violence domestique passée et présente à laquelle les enfants ont été exposés, et à démontrer une capacité à travailler avec des professionnels ;

#### *-Pronostic douteux :*

Ce sont des situations où il semble nécessaire d'utiliser le processus de prise en charge car il y a beaucoup plus d'incertitudes sur les résultats, de doutes sur les capacités des parents à travailler avec des professionnels ou à obtenir des résultats positifs. Dans ces situations, il y a souvent un niveau élevé d'incertitude quant à savoir si l'enfant ou l'adulte est responsable de l'état du mineur, ou si l'enfant est certain du soutien de ses parents. Il peut y avoir une perception limitée de la nécessité de changer sur une base individuelle ou conjugale, ou une certaine incertitude quant à la capacité du parent à pouvoir changer, à réussir à se soustraire à une relation sérieusement violente. Il peut exister un modèle multigénérationnel d'abus ou de dépendance qui semble extrêmement difficile à affronter ou

à changer. Ce sont des situations de doute considérable et des procédures légales peuvent être nécessaires pour tester la capacité des parents à inverser des contextes de sévices graves ;

-Pronostic désespéré :

Il s'agit de situations dans lesquelles il n'y a pas de reconnaissance absolue de l'état de l'enfant. Ses déclarations de maltraitance sont absolument rejetées ou il est imputé que le professionnel a mis des idées dans l'esprit de l'enfant. Quel que soit le contexte dans lequel les enfants vivent, en fonction de leurs besoins de soins, il est essentiel qu'un traitement approprié soit développé, en particulier pour les enfants qui ont été exposés à des contextes à haut risque et qui ont eu peu de facteurs de protection dans leur vie.

Une fois que l'évaluation initiale a été menée à bien avec une décision prise sur l'endroit où l'enfant doit vivre et avec qui, il devient alors essentiel de travailler dans le contexte de la sécurité pour inverser les effets de la maltraitance. Fournir un contexte de soins positif est la première étape essentielle, et tout travail thérapeutique qui n'a pas de fond de soins adéquats risque d'être inefficace. Ce travail ne peut se substituer à de bons soins mais peut seulement faciliter le processus.

Le travail thérapeutique pour réduire le potentiel de délinquance débute alors.

### *Réparation d'attachement*

Les attachements perturbateurs et désorganisés qui résultent de la vie dans un climat de violence et d'abus nécessitent un travail non seulement dans le contexte familial, offrant une expérience de « re-parentalité », mais également dans des contextes thérapeutiques individuels et de groupe. Il est essentiel que le travail individuel avec les enfants et les jeunes qui ont été maltraités se concentre sur la création d'un attachement positif entre le thérapeute et l'enfant comme l'un des éléments pour réparer les attachements évitants ou désorganisés (Freidrich et al(530)).

Il faut favoriser l'acceptation entre le thérapeute et l'enfant et la sensibilité au style d'attachement de l'enfant, plutôt que d'attendre une réponse uniforme. Il devrait y avoir un degré raisonnable de chaleur et de réactivité, mais pas trop intense. Sinon, nous pouvons rappeler à l'enfant un contexte de violence qui l'a préparé à accepter une activité sexuelle inappropriée. Le travail thérapeutique doit être gratifiant, développer la parenté, trouver des solutions de manière collaborative. Il faut créer une alliance de travail qui développe la connectivité, la disponibilité et la sécurité, un défi considérable pour les jeunes montrant un modèle dédaigneux et désorganisé qui teste la capacité des thérapeutes à maintenir une alliance.

Le travail de groupe peut aider un jeune à acquérir un sentiment d'appartenance et d'identité, et à trouver un contexte de « famille » de guérison dans un groupe avec d'autres jeunes et thérapeutes, de préférence des deux sexes. Il faut favoriser les frontières, la sécurité et faire face à la reconstitution de modèles abusifs qui se produisent entre les membres du groupe et les thérapeutes, avec une confrontation constante et la recherche d'autres moyens de relation.

Le travail doit avoir lieu entre les membres de la famille qui acceptent que la maltraitance ait été commise chez l'enfant dans un premier temps. La possibilité d'un travail

familial, y compris l'agresseur, peut être envisagée à une date ultérieure pour favoriser la compréhension de ce qui a conduit à une action abusive et des effets intergénérationnels qui peuvent être reproduits. Des gains de traitements faibles ou rapides sont nécessaires en utilisant des activités pour améliorer l'affiliation, le plaisir et la réussite partagés.

### *Gestion de la dérégulation émotionnelle*

Le noyau essentiel pour aider les enfants et les jeunes à réguler leurs émotions passe par le partage d'expériences abusives, de sorte que les effets émotionnels négatifs de la maltraitance, des réponses externalisées et des symptômes de stress post-traumatique puissent être exposés et traités (Deblinger et al(531)). Il est essentiel d'expliquer que l'objectif est de réduire l'anxiété, que les enfants reçoivent une formation aux capacités d'adaptation et à l'expression des émotions en développant un vocabulaire pour les émotions, en identifiant leurs propres émotions et celles des autres, en faisant face à la colère / l'excitation / l'anxiété, d'être capable de décrire les émotions associées à la violence et de développer des compétences de relaxation.

Il est essentiel que des stratégies d'adaptation soient développées avant toute exposition et tentative de décrire l'ampleur des expériences de violence. Il a été démontré que les approches cognitivo-comportementales (Deblinger et al(532), Finkelhor et al(533)) sont des approches très efficaces pour faire face à la dérégulation émotionnelle. Il est important pour l'enfant de trouver des moyens de gérer la reconstitution, les visualisations, les sentiments explosifs et les réponses.

L'utilisation du jeu, des productions créatives dans des contextes de visite *in vivo* et la visualisation d'épisodes sont autant de méthodes d'exposition et de partage. Il faut faire très attention à la manière dont les expériences sont partagées : limiter la quantité partagée à chaque session ; séances structurantes pour limiter le temps d'exposition, utiliser des approches psychoéducatives créatives, des diagrammes, des tableaux d'images et des jeux comme moyens de séparer l'expérience de soi pendant le processus de travail et réduire l'excitation émotionnelle. Des approches collaboratives / de résolution de problèmes / axées sur les solutions du travail sont essentielles pour un suivi attentif des réponses, en particulier pour les garçons qui présentent un comportement extériorisé extensif.

Les parents protecteurs doivent se former eux-mêmes aux techniques d'adaptation, identifier leurs propres sentiments liés à la maltraitance de leur enfant, puis être progressivement exposés à une discussion sur les expériences et les activités de leurs enfants. Ils doivent participer à des discussions sur l'éducation sexuelle, la sécurité personnelle et la gestion des symptômes post-traumatiques, des comportements sexualisés et des explosions émotionnelles. Le travail en groupe et en famille peut renforcer les modes de partage, en particulier pour les enfants d'âge et de stade de développement similaires (Bentovim et al(534), Hyde et al(464)).

### *Développer un sens de soi positif*

Le traitement vise à aider les enfants et les jeunes à développer un sentiment positif de soi qui empêchera le cycle victime-délinquant, notamment en développant une attribution correcte des événements, en créant une histoire alternative de guérison et en se mettant à l'abri de la retraumatisation et de la violence des autres.

Les approches de travail individuelles et de groupe doivent confronter les processus cognitifs / affectifs provoqués par la maltraitance. Une motivation adéquate est requise pour explorer et comprendre les attributions de l'auto-accusation, de la culpabilité et de la responsabilité d'avoir été vulnérable, de s'être laissé cibler et de se préparer à des activités abusives. Il faut développer une compétence cognitive pour contester la nature et l'origine des croyances qui blâment le soi plutôt que l'autre (Deblinger et al(531)). Une histoire de croyance de guérison alternative doit se développer. Ce qui peut sembler effrayant (les flashback, les explosions de colère intenses, la vengeance abusive et les fantasmes) sont connotés comme des voies vers l'autonomie et la force, transformant l'impuissance en force. Même s'ils peuvent sembler dangereux, ils doivent en même temps être considérés comme faisant partie d'un processus de guérison.

Il doit y avoir une explication détaillée du processus par lequel l'enfant ou l'adolescent a été abusé, le silence et la rationalisation utilisés pour piéger et faire taire. Les sentiments sexuels évoqués et les croyances doivent être corrigés. Il doit y avoir ouverture et acceptation de toutes les communications, et un historique complet des expériences obtenues, y compris la victimisation et les expériences de victimisation. Les garçons qui sont en train de devenir des agresseurs trouvent leur vie sexuelle remplie d'images confuses d'eux-mêmes, de leur agresseur et de sentiments envers les autres enfants qui créent un sentiment considérable de honte et de culpabilité. Une méthode thérapeutique hypothétique qui nomme ces processus avec familiarité et confort, permettra aux garçons de partager leurs expériences extrêmement inconfortables.

Les pensées dysfonctionnelles sur l'image corporelle, le changement corporel et l'orientation sexuelle sont également un accompagnement essentiel de telles expériences. Un des processus défensifs courants, par exemple, décrit par les garçons, consiste à imaginer que des activités hétérosexuelles se déroulaient lorsqu'ils étaient abusés par un sujet masculin. Cela aide souvent à comprendre pourquoi les garçons peuvent se sentir confus au sujet de leur identité, de leur corps, d'eux-mêmes, s'ils sont homosexuels et s'ils ont des sentiments sexuels anormaux.

Il faut travailler avec la culpabilité et la responsabilité concernant l'excitation sexuelle inévitable qui nécessite une explication minutieuse. Une éducation sur une sexualité saine, le sexe et la loi, est nécessaire. Les jeunes doivent comprendre le processus des cycles de relations saines et malsaines. La notion d'un cycle de rencontres qui aide les jeunes à apprendre comment les relations se nouent avec leurs pairs peut être utile contrairement à un cycle abusif qui peut très bien faire parti du développement du comportement délinquant, y compris les fantasmes, les activités masturbatoires, incluant leurs propres abus et l'abus des autres, et un sentiment de grief. Ils doivent comprendre qu'il est possible de blâmer les jeunes qui évoquent l'excitation sexuelle en eux-mêmes, plutôt que leur propre responsabilité et de prendre le contrôle de leurs propres actions et réponses. Cette phase de travail est particulièrement pertinente lorsque nous travaillons avec des jeunes qui risquent eux-mêmes de développer des comportements abusifs, comme indiqué.

Il devient essentiel de développer des compétences de sécurité personnelle, des notions de limites de propriété et un espace sûr pour faire face à l'impuissance de manière plus efficace, sans utiliser des approches comportementales agressives ou intimidantes, pour comprendre le lien entre l'impuissance, le grief et la vengeance. Il est essentiel d'identifier les situations potentiellement dangereuses et de reconnaître les justifications /

distorsions de la pensée qui confondent la sexualité et l'affection, interrompant et défiant de tels cycles, et de trouver des moyens sûrs d'obtenir un soutien au sein de la communauté. Ces problèmes doivent être suivis au sein des groupes et de la sphère familiale, en particulier lorsqu'un membre de la famille a été en mesure de reconnaître une action abusive, de participer à un travail thérapeutique approprié, de prendre des responsabilités et de vraiment présenter des excuses à la victime de maltraitance.

### *Travailler la réadaptation à la vie familiale*

#### *-À leurs propres familles*

L'idéal est que les enfants qui ont été abusés puissent être réintégrés dans leur propre famille, pour que la relation avec leur parent bienveillant soit renforcée. Lorsque des membres abusifs de la famille peuvent assumer des responsabilités, il devrait y avoir un travail approfondi pour inverser les schémas abusifs et un processus d'excuses, de réconciliation et de compréhension des processus qui ont conduit à des comportements violents, libérant la victime d'un sentiment de culpabilité et de grief, et possibilité de réinsertion de l'agresseur dans la famille. Il faut travailler avec un certain nombre de domaines dans les familles.

#### *-Travailler dans un climat de violence / exposition et expérience de la violence physique*

L'exposition à la violence physique et à la négligence est un facteur clé qui mène à la promotion d'un comportement agressif. Dans cette phase d'évaluation, la possibilité d'un travail thérapeutique avec les familles centrées sur cette question doit être évaluée. Lorsqu'il y a reconnaissance de tels facteurs, il faut alors envisager d'impliquer la famille dans son ensemble ou en parallèle avec le jeune et la famille. En ce qui concerne les approches, Kolko(535) a opposé le traitement cognitivo-comportemental à la thérapie familiale par rapport à un groupe témoin de soins communautaires. Les deux approches thérapeutiques ont été plus efficaces que le contrôle pour réduire la violence parentale envers les enfants, et réduire le comportement externalisé / agressif des enfants, ont diminué la transmission d'un schéma agressif, ont amélioré la cohésion familiale et ont réduit les conflits.

Une approche multi systémique (Henngeler(536)) souligne également la nécessité d'un travail collaboratif avec tous les membres de la famille, l'utilisation d'approches fondées sur des preuves et une approche active qui peuvent démontrer des gains tangibles. Le travail spécifique avec la famille qui peut réduire le risque de comportement offensant comprend (Monck et al(537)) :

- Un travail approfondi pour clarifier exactement quelles actions abusives ont été perpétrées, par qui, en essayant de s'assurer que l'entière responsabilité est prise, le blâme est réduit et des excuses appropriées ont été données ;
- Travail constant sur le déni, la minimisation et la projection du blâme afin que les enfants maltraités n'assument pas une responsabilité inappropriée avec un sentiment de culpabilité et la perpétuation de réponses extériorisées ;
- La question du pouvoir, de l'impuissance et de l'autonomisation appropriée doit être constamment concentrée dans le contexte familial pour corriger l'utilisation inappropriée du pouvoir. L'affirmation appropriée devrait remplacer l'intimidation ;

- Les limites de rôles floues et confuses doivent être corrigées afin que la modélisation et l'identification inappropriées des rôles avec l'agresseur ne soient pas amplifiées dans le contexte familial ;
- La perte et le deuil visent à aider les jeunes qui ne peuvent pas vivre avec leur famille d'origine à faire face à « l'identification avec l'agresseur », qui est un processus permettant de supporter ces pertes.

#### -De nouvelles familles

Un nombre important de jeunes enfants victimes de violence et vivant dans un climat de violence, peut-être jusqu'à 30%, ne pourront pas vivre avec un membre de la famille en raison des processus de déni et de refus d'accepter la responsabilité (Hyde et al(464)). Il existe des difficultés considérables pour les familles d'accueil et les placements alternatifs qui prennent correctement en charge les enfants qui ont été largement maltraités et qui risquent de reproduire un comportement abusif au sein des familles d'accueil. Des soins en établissement doivent être organisés pour fournir des soins alternatifs aux enfants qui ont été abusés et pour permettre un travail intensif individuel et en groupe.

#### *Travailler sur les expériences de victimisation des VAVS*

Étant donné que les expériences de victimisation jouent un rôle si important dans le développement de comportements violents, il est essentiel qu'à toutes les étapes du travail avec les jeunes VAVS, la question de leurs expériences de victimisation soit prise en compte. L'impact sur leur développement et leur comportement doit être suivi, en travaillant à la fois avec le comportement incriminé et les expériences qui peuvent continuer à avoir une influence formatrice sur leur vie au moment où le comportement violent est révélé.

#### -Travail pendant la phase de révélation

Il est essentiel, pendant la phase de révélation, de procéder à une évaluation détaillée des modèles réels de comportement délinquant et des expériences de victimisation. Des instruments tel que le Trauma Symptom Inventory (Briere(538)) sont des outils précieux pour commencer une évaluation d'expériences spécifiques de victimisation. Comme pour toutes ces mesures, il est important d'utiliser les réponses du jeune comme moyen de commencer à résoudre les problèmes et de débiter le traitement des expériences. L'échelle de ESPT administrée par le clinicien pour les enfants et les adolescents (CAPS-CA ; Nader et al(539)) est utile car elle invite un jeune à indiquer les événements qu'il a vécus à partir d'une liste d'événements traumatisants, puis traite chaque événement et demande des preuves spécifiques des effets post-traumatiques, de la ré-expérience, de l'évitement, de l'excitation et des réponses générales.

#### -Décisions relatives aux soins et à la gestion d'un jeune

Bien que la tâche principale dans l'évaluation des jeunes qui abusent soit d'examiner la question du degré de risque qu'ils présentent pour ceux qu'ils ont victimisés dans leur propre famille ou communauté, il est également essentiel d'évaluer leur besoin de protection en raison de la persistance des influences de victimisation qu'ils ont connues. Plusieurs facteurs protecteurs sont à noter : des gardiens non agressifs, en particulier des figures paternelles, en fournissant un modèle où les figures maternelles n'étaient pas abusées par les figures paternelles, un climat favorable plutôt que violent et une supervision adéquate

ainsi que des soins matériels. Cela fournit un certain degré de re-parentalité en tant que contexte général important pour un travail thérapeutique spécifique.

-Traitement dans un contexte de sécurité contre une victimisation plus poussée et prévention des comportements de victimisation continus

Les approches que nous avons notées dans le travail thérapeutique avec les victimes sont également pertinentes pour le traitement des expériences de victimisation de ceux qui les commettent. La considération importante est de savoir comment le travail avec la victimisation s'intègre dans le programme thérapeutique global de travail sur les comportements délictueux. La pratique a souvent mis l'accent sur l'exigence de comprendre le point de vue de la victime comme une étape nécessaire à l'élaboration d'un programme de prévention des rechutes. Cela ne tient pas compte de la façon dont les expériences de victimisation peuvent être étroitement liées aux impulsions offensantes. Celles-ci nécessitent une clarification et une attention à toutes les étapes du processus thérapeutique : au stade de l'évaluation, pour établir la voie vers un comportement abusif et le cycle de l'action abusive, et pour développer une vie sans abus.

Pour résoudre ces problèmes, il faut développer un module de travail approfondi si nous voulons que les implications des résultats de la recherche soient correctement prises en compte. Dans le même temps, il faut être conscient du processus dynamique de présentation des problèmes de victimisation comme moyen d'éviter de confronter les comportements délictueux. Les attachements désorganisés représentent un défi constant pour résoudre les troubles de l'attachement, et développer un sentiment positif de soi est un processus complexe. Il faut explorer et comprendre les attributions d'auto-accusation pour leurs propres abus et la façon dont ils ont blâmé leurs victimes pour avoir provoqué des impulsions abusives en elles-mêmes.

-Stade de réadaptation des familles où un comportement violent a été commis

Les jeunes qui ont abusé doivent partager les détails de leur comportement violent avec leur famille et organiser des séances d'excuses appropriées avec les victimes. Ils doivent également avoir reconnu l'ampleur de leurs expériences de violence antérieure dans le cadre d'un processus de réadaptation. Un travail parallèle avec les familles est nécessaire pour résoudre ces problèmes s'il existe un pronostic prometteur pour travailler avec ces difficultés. Le travail avec les familles est également essentiel pour les jeunes qui ne peuvent pas retourner dans leur famille et avec lesquels ils travaillent en milieu résidentiel. Cela nécessite des structures de soins pour permettre à un jeune de se réhabiliter dans la communauté, de développer en toute sécurité ses propres relations à l'avenir, et une approche bienveillante envers ses propres enfants, contribuant ainsi à la prévention globale des comportements d'abus sexuels dans la communauté.

### *Traitements pharmacologiques*

Il n'existe qu'un faible niveau de preuve scientifique sur tous les traitements pharmacologiques (Thibaut et al(540)).

#### -Les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine (IRS)

Dans la mesure où un authentique syndrome dépressif peut être associé, ces traitements peuvent être prescrits indépendamment de la problématique de violences sexuelles.

Ils sont utilisés dans 20% des cas aux Etats-Unis. Les molécules les plus utilisées sont la Sertraline, la Fluoxetine et la Clomipramine. Initialement, les études ont été réalisées sur des populations d'adultes. Dans les années 1990, plusieurs études commencent sur des adolescents de plus de 16 ans. Les variables généralement observées sont les intérêts sexuels déviants et les symptômes dépressifs (Thibaut et al(540)).

Notons que les IRS ont tendance à diminuer la libido et rendre plus difficile l'éjaculation. Ils peuvent être utilisés en seconde intention, en cas d'échec de la psychothérapie seule (Gérardin et al(541)).

#### -Les traitements neuroleptiques

Il n'existe pas d'étude utilisant les neuroleptiques seuls chez les adolescents AVS (Thibaut et al(540)), malgré l'existence de recommandation dans ce sens chez les adultes. Ils peuvent être prescrits à visée anti-impulsive pour une période de 6 semaines maximum. Leur usage doit donc faire l'objet d'un discernement quant au moment de l'utilisation, pour améliorer la qualité des soins psychothérapeutiques.

#### -Les anti-androgènes

Il existe deux molécules sur le marché en France, l'ANDROCUR et le DECAPEPTYL, disponibles en forme injectable.

Les anti-androgènes sont utilisés dans 25% des cas aux USA. Son utilisation débute dans les années 1970 chez les AVS. Bien qu'aucune étude n'inclut spécifiquement des adolescents, certains mineurs figurent dans des cohortes d'études. Il est d'abord prescrit en cas de présence d'une hypersexualité et chez des patients déficients.

Dans les années 1990, il est étudié plus spécifiquement chez les adolescents ayant achevé leur développement pubertaire, avec des publications de *case report*. Plusieurs travaux insistent sur son efficacité chez les adultes. Toutefois, les effets secondaires importants limitent sa prescription chez des mineurs (Lösel et al(542)).

Dans les années 2000 débute l'étude de la NALTREXONE chez les adolescents AVS sur une cohorte de patients présentant une activité de masturbation excessive (>3 par jour), une difficulté à contrôler leurs pulsions sexuelles, passant plus de 30% de leur temps avec des fantasmes sexuels, ayant une activité sexuelle interférant avec leur programme de traitement. La posologie était plus efficace à 200mg/J. Le traitement était arrêté au vu de la clinique (reprise d'une activité thérapeutique satisfaisante, diminution des intérêts sexuels déviants). L'arrêt se situe entre 2 et 4 mois. Une reprise à 50mg/j a pu être nécessaire pour 13 patients sur 21 pendant quelques semaines. Un traitement par LEUPROLIDE a été utilisé en seconde ligne. Ce dernier traitement était prescrit pour 1 an en moyenne (Thibaut et al(540)).

A l'heure actuelle, la prescription de ces traitements nécessite une prise en charge pluridisciplinaire incluant l'endocrino-pédiatrie, un examen général excluant des maladies métaboliques et hépatiques. Il ne peut être prescrit qu'une fois la puberté terminée, et après une ostéodensitométrie. Une évaluation des idées suicidaires et d'un syndrome dépressif doit être réalisée. Le risque trombo-embolique doit aussi être pris en compte avec un arrêt éventuel du tabac.

#### *L'importance du suivi pour limiter la récurrence*

Des études prospectives rapportent que moins de 5 % des adolescents AVS ayant suivi un traitement commettent une récurrence sexuelle à l'âge adulte (Nisbet(326), Vandiver(327), Waite(329)), montrant l'importance à accorder à la mise en place d'un suivi efficace.

## B. UNITE DE SOINS SPECIFIQUES ADOLESCENTS (USSA)

### *Création de l'unité*

Dans son rapport de 2004, l'Observatoire National de la Délinquance et des Réponses Pénales (ONDRP(543)) compare les chiffres de la délinquance sexuelle des mineurs à ceux de 1996. Notons la nette progression des mises en cause pour agressions sexuelles de mineurs sur mineurs (+ 117%) et celle des mises en cause pour viols (+67,7%). Cette augmentation peut s'expliquer par une moindre tolérance vis-à-vis des violences sexuelles, et par un contexte social où les victimes hésitent moins à parler.

| Violences sexuelles        | 1996   |      | 2003   |      | Variations |
|----------------------------|--------|------|--------|------|------------|
|                            | Nombre | %    | Nombre | %    | %          |
| Tous mis en causes mineurs | 2134   | 100  | 3578   | 100  | 67.7       |
| Viol                       | 947    | 44.4 | 1469   | 41.1 | 51.1       |
| - Sur majeurs              | 136    | 6.4  | 113    | 3.2  | -16.9      |
| - Sur mineurs              | 811    | 38   | 1356   | 37.9 | 67.2       |
| Agressions sexuelles       | 1187   | 55.6 | 2019   | 58.9 | 77.7       |
| - Sur majeurs              | 285    | 13.4 | 152    | 4.2  | -46.7      |
| - Sur mineurs              | 902    | 42.3 | 1957   | 54.7 | 117        |

Tableau 1. (rapport ONDRP 2004 p : 15)

Dans ce même rapport de 2004, l'ONDRP montre l'évolution des peines pour les mineurs auteurs de violence sexuelle en fonction de la qualification des faits par la justice. En plus de l'augmentation déjà notée des mineurs mis en cause, nous pouvons constater une augmentation régulière des condamnations pour violence sexuelle, tous délits confondus.

Dans le rapport de 2013 de l'ONDRP(544) sur l'activité de la police nationale, nous notons que 24,6% des personnes mises en cause pour des faits de violence sexuelle sont des mineurs, ainsi que 22% des personnes mises en cause pour viol. Ce chiffre est stable dans le temps. De plus, la part des mineurs est plus importante pour les agressions sexuelles que pour le reste des violences.

Par ailleurs, parmi les 35 propositions concrètes de l'Audition Publique(545) pour renforcer la lutte contre les violences sexuelles, 5 sont orientées plus spécifiquement vers les adolescents :

- Se donner les moyens méthodologiques de mesurer la prévalence des violences sexuelles chez les mineurs ;
- Faire bénéficier d'une prévention spécifique les enfants âgés de moins de 12 ans qui se livrent à des comportements sexuels problématiques ;
- Prévoir des interventions tout au long d'un cursus d'études, sur l'hygiène, l'hygiène alimentaire, la sexualité, la prévention des violences, les addictions ;
- Evaluer les risques liés à la précarité et la déscolarisation afin de promouvoir éventuellement des campagnes de prévention spécifiques ;
- Augmenter le nombre et la visibilité des structures qui prennent en charge les mineurs de violences sexuelles.

Au niveau régional, la prise en charge des adolescents AVS est une demande de l'Agence Régionale de Santé de Haute-Normandie, inscrite dans l'orientation du Schéma Régional de l'Organisation des Soins (SROS) 2012-2017(546). Le Centre Thérapeutique Saint-Sever est cité pour avoir une vocation régionale. Trois axes étaient développés dans ce SROS afin d'optimiser les soins auprès des AVS, en préconisant les objectifs suivants :

- Donner à la filière de soins du CH du Rouvray un rôle ressource et de coordination ;
- Renforcer les effectifs du centre thérapeutique Saint-Sever (CH du Rouvray) en lui donnant une vocation régionale ;
- Renforcer les liens entre le CRIAVS et les maisons des adolescents pour prendre en charge les adolescents auteurs.

L'état des lieux réalisé en 2009-2010 par le CRIAVS a mis en évidence les carences suivantes au niveau régional, particulièrement pour les adolescents :

- Seuls 20% des adolescents auteurs sont pris en charge au niveau psychique ;
- Des délais d'attente de prise en charge de soins souvent trop longs liés aux surcharges des réseaux de soins et aux refus légitimes de certains soignants non formés à prendre en charge de telles problématiques ;
- Suivis existants quasi-exclusivement en thérapies individuelles ;
- Quasi-absence des thérapies de groupe qui s'avèrent pourtant être une approche facilitante.

Tout cela a amené à la création de l'USSA de Rouen.

## Missions

La mission de cette unité est l'évaluation, l'orientation et les soins de patients poursuivis pour des faits de violence sexuelle. Elle peut intervenir en complément, ou en relais, d'un suivi déjà en place mais aussi pour prendre en charge des patients dont le tableau psychique est complexe.

Les patients pris en charge sont adressés par :

- Des structures de soins (Centres Médico-Psychologiques, médecins traitants, psychiatres...) ;
- La justice (Juge Des Enfants, Protection Judiciaire de la Jeunesse, Protection Judiciaire) ;
- Des structures éducatives (foyers, Aide Sociale à l'Enfance) ;
- Leurs familles.

L'unité accueille les patients à partir du moment où une plainte est déposée contre eux ou s'ils font l'objet d'une obligation ou d'une injonction de soins pour des faits de violence sexuelle. Cette condition a pour objectif de ne pas valider implicitement une non-dénonciation de faits sexuels, de ne pas se retrouver à devoir signaler des faits dont le sujet serait auteur et de travailler le récit fait par le patient sur les faits en accompagnant le processus judiciaire.

Un premier entretien est réalisé en binôme par un éducateur spécialisé et une infirmière diplômée d'état. Cet entretien a pour objectif de présenter le centre, le parcours de soins et de connaître l'ensemble des intervenants participant à la prise en charge du jeune. Un soignant référent est désigné.

Si le patient est adressé par sa famille, la demande est analysée en équipe avant d'accepter la prise en charge ou de réorienter sur un secteur de soins de pédopsychiatrie. La demande de chaque parent et du patient est questionnée.

Dans tous les cas, une interrogation du parcours judiciaire a lieu. Une évaluation psychiatrique sera programmée dans un second temps, plus ou moins rapidement, en fonction de la clinique présentée par le patient. Une évaluation psychologique est également réalisée.

Lors des trois premiers mois, les entretiens réalisés en binôme de soignants sont consacrés à l'évaluation. Au plus tard à l'issue de ces trois mois, une synthèse est organisée pour décider des modalités de prise en charge. Le CRIAVS peut être sollicité par ailleurs pour intervenir auprès des institutions accueillant le patient. Des certificats administratifs de présence peuvent être remis au patient ou à ses représentants légaux si une demande est formulée dans ce sens. L'objectif est de donner la possibilité au patient de s'approprier les soins.

Le programme de soins proposé inclut :

- Une prise en charge individuelle en binôme ;
- Un suivi psychiatrique.

Par ailleurs peuvent être proposées :

- Une psychothérapie avec un psychologue clinicien ;
- Une thérapie de groupe ;
- Une thérapie familiale.

Dans tous les cas, des synthèses sont organisées régulièrement avec au moins un soignant ne participant pas à la prise en charge.

L'arrêt de la prise en charge peut être à l'initiative du patient, à l'issue d'une obligation de soins par exemple, ou de l'initiative de l'équipe après réalisation d'une réunion de synthèse de prise en charge. Dans ce dernier cas, un relais est organisé si besoin vers une structure de soins en pédopsychiatrie.

# III ETUDE OBSERVATIONELLE

## 1. OBJECTIFS DE L'ETUDE

Objectif principal : Evaluation de la décompensation psychiatrique chez les adolescents AVS et des adolescents VAVS.

Objectifs secondaires : Comparaison des facteurs autour d'éléments pénaux, des caractéristiques des auteurs et des victimes ainsi que des éléments médicaux et familiaux.

Pour l'étude, nous avons distingué le temps du post délictuel immédiat (dans les 3 mois suivant l'agression commise) et le temps du post délictuel à distance (au-delà des 3 mois après l'agression commise). La durée de 3 mois a été choisie pour des raisons de différenciation entre la durée d'évaluation du patient (qui prend en moyenne 3 mois) et le début de suivi à l'USSA. Il en résulte le choix de critères d'inclusion de 4 mois du suivi au minimum afin d'évaluer à distance l'évolution des sujets après la fin de l'évaluation initiale.

## 2. MATERIELS ET METHODES

La population comprend 58 adolescents de sexe masculin, de 13 à 17 ans. Après correction par les critères d'inclusion, 54 patients ont été inclus dans l'étude. La population a été répartie selon le critère « divulgation d'antécédents de violence sexuelle subie ». Il en ressort 2 groupes de 27 patients. La population a été recrutée sur l'ensemble des dossiers de l'Unité de Soins Spécifiques pour Adolescent (USSA) de Rouen, en France, depuis sa création en 2012 jusqu'à la fin de l'étude en mars 2019. Cette structure accueille et suit tous les patients avec antécédent d'AVS de la région Haute Normandie.

Les critères d'inclusion de l'étude sont un suivi de 4 mois au minimum dans l'unité et l'évaluation et le suivi multidisciplinaire par au moins 3 professionnels (psychiatre, psychologue, infirmier et éducateur).

La méthode de recueil de données est la suivante : étude des dossiers médicaux et paramédicaux de chaque patient afin de répondre à un questionnaire créé pour l'étude dans le but de recueillir des informations dans plusieurs registres de la vie des sujets (antécédents pénaux, familiaux, mode de vie, passage à l'acte du point de vue psychopathologique et criminologique). Au total environ 250 items étaient recherchés. Il n'y avait qu'un seul lecteur pour l'ensemble de l'analyse des dossiers.

Puis une seconde évaluation pour chaque item était réalisée par le lecteur initial avec au moins 2 soignants différents dont au moins 1 psychiatre en charge du suivi de chaque adolescent. Les items réévalués étaient en adéquation avec les compétences de chaque personnel soignant interrogé (par exemple : psychiatrique pour la psychopathologie,

éducateur pour la vie familiale). Une seule et unique personne a réalisé la cotation de tous les items durant l'étude.

Les analyses statistiques ont été réalisées par un spécialiste en santé publique du CHU de Rouen avec réalisation d'analyses univariées, de test de Chi<sup>2</sup> et de Fisher. Dans les objectifs secondaires, la majorité des variables recueillies n'ont pas été testées afin de limiter la perte puissance statistique. Nous ne pourrions donc qu'observer des tendances.

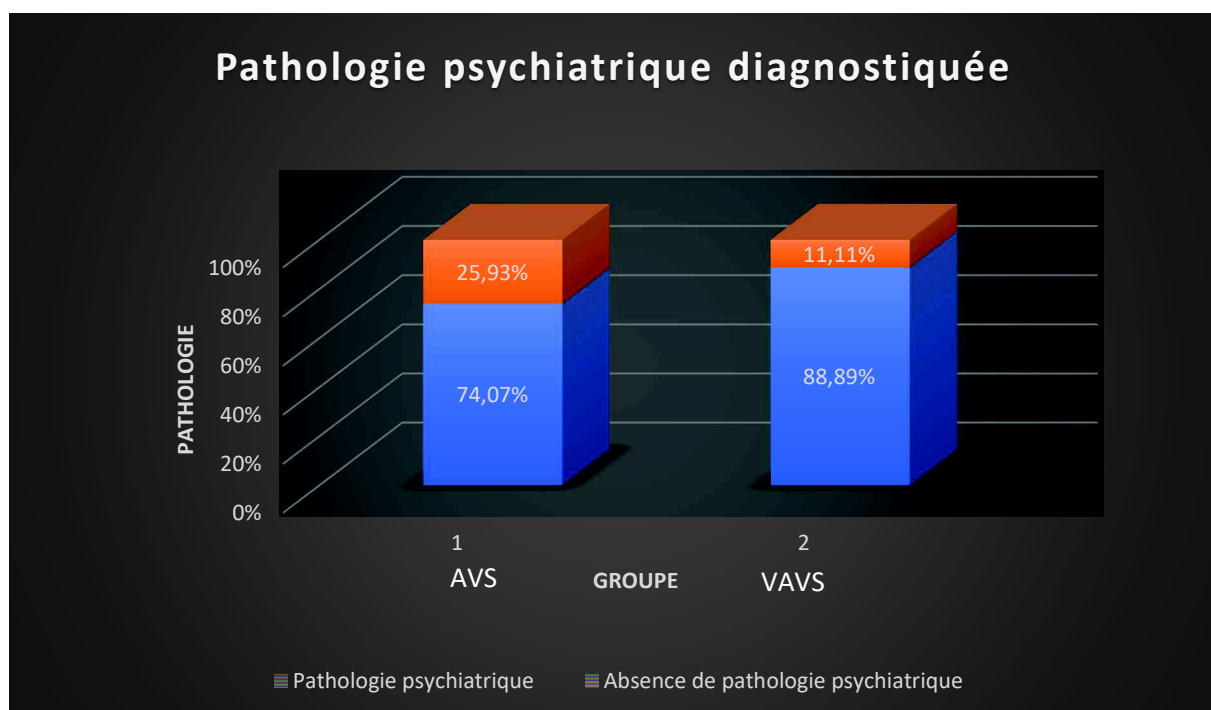
Le questionnaire est disponible en Annexe 2.

### 3. RESULTATS

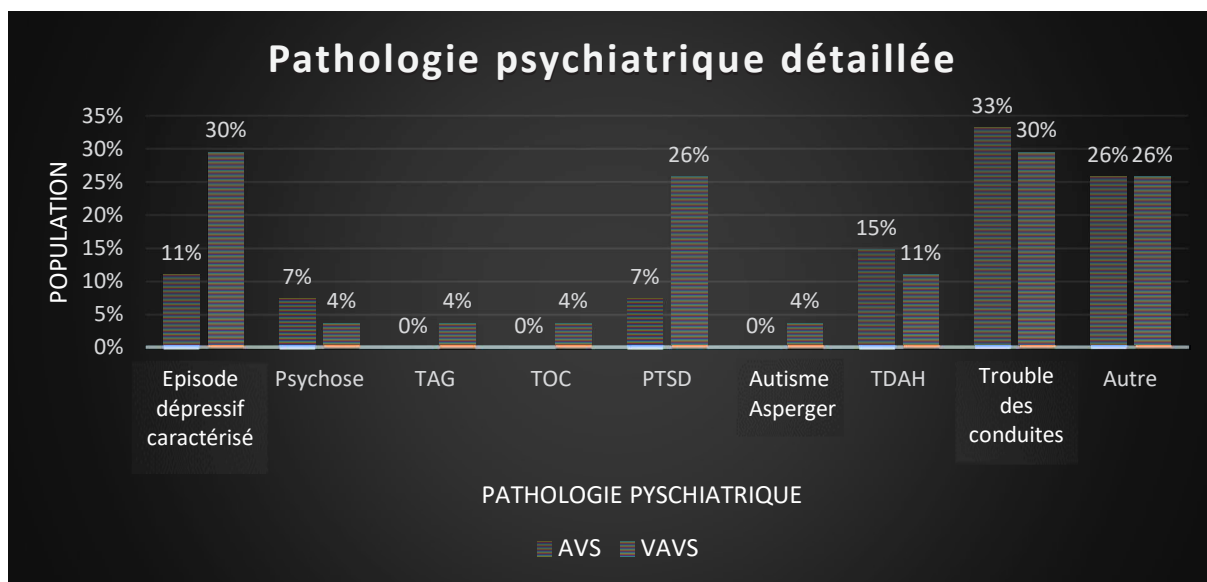
#### *Objectif primaire*

#### **Des VAVS plus malades**

Les VAVS ont **plus souvent au moins 1 trouble psychiatrique** comparativement aux AVS (VAVS 25/27 pathologie psychiatrique (92,6%) vs AVS 20/27 pathologie psychiatrique (74,1%)  $p=0.03$ , IC [0.099 à 2.029]).



En détail, nous retrouvons surtout des troubles anxiodépressifs. Bien que non testé statistiquement, nous constatons que 30% des VAVS ont eu un EDC comparativement à 11% des AVS et 26% un ESTP contre 7% au cours de leur vie. Dans le groupe « Autre », nous avons toutes les pathologies « DYS » (dyslexie, dyspraxie...) et les troubles carenciels.



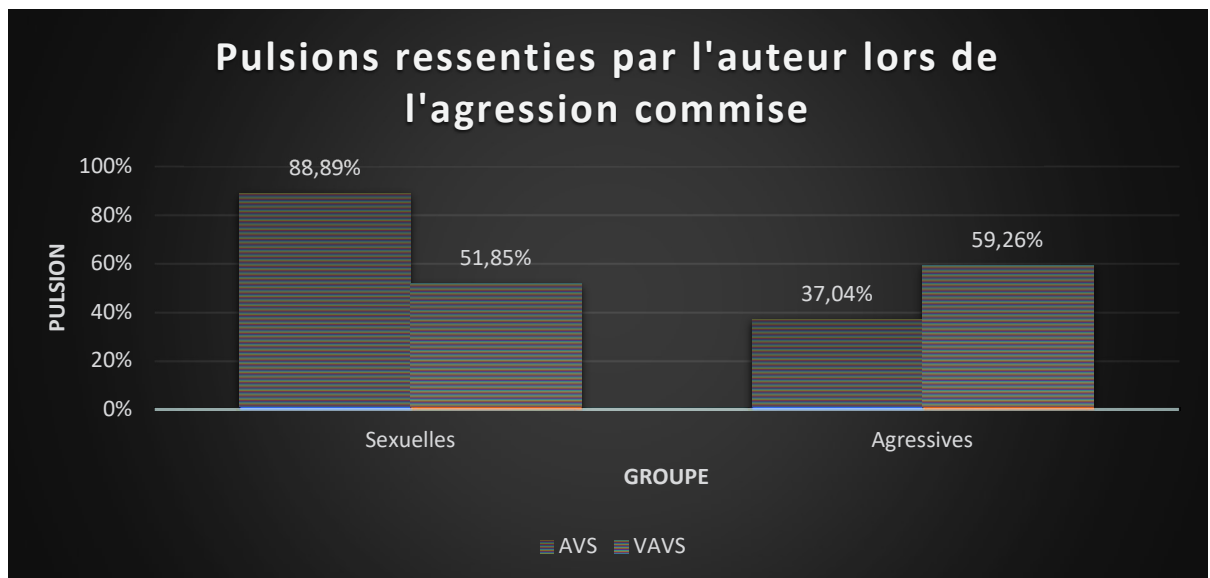
Nous ne retrouvons pas de différence sur le retard mental (VAVS 40,74% vs AVS 37,07%, ce qui représente une proportion importante et quasi exclusivement centrée sur le retard léger), sur les troubles somatiques globaux et spécifiques (trauma crânien, méningite, troubles urologiques, érectiles, ORL, pubertaires, thyroïdiens, tous anecdotiques), sur le suivi psychiatrique (VAVS 48,14% vs AVS 44,44%) et sur les addictions. Les VAVS ont plus souvent des antécédents d'hospitalisation en pédopsychiatrie (62,96%) que les AVS (29,62%). Ces résultats n'ont pas été testés statistiquement.

## Objectifs secondaires

### Clinique et émotions

Les VAVS présentent significativement moins de pulsions sexuelles lors de leur passage à l'acte que les AVS (14/27 soit 51.85% VAVS vs 24/27 soit 88.89% AVS,  $p=0.007$ , IC [-0.7336377 à -0.1545202]). Par contre, il n'est pas retrouvé de différence significative pour les pulsions agressives bien que celles-ci sont bien plus importantes chez les VAVS (10/27 soit 59.26% VAVS vs 16/27 soit 37.04% AVS,  $p=0.173$ ).

Ici, la pulsion sexuelle a le sens d'une envie de sexualité, d'un débordement à des fins de relation sexuelle et la pulsion agressive se trouve dans le registre d'une explosion de violence, durant laquelle, la sexualité est un moyen parmi d'autres d'accomplir un acte violent.

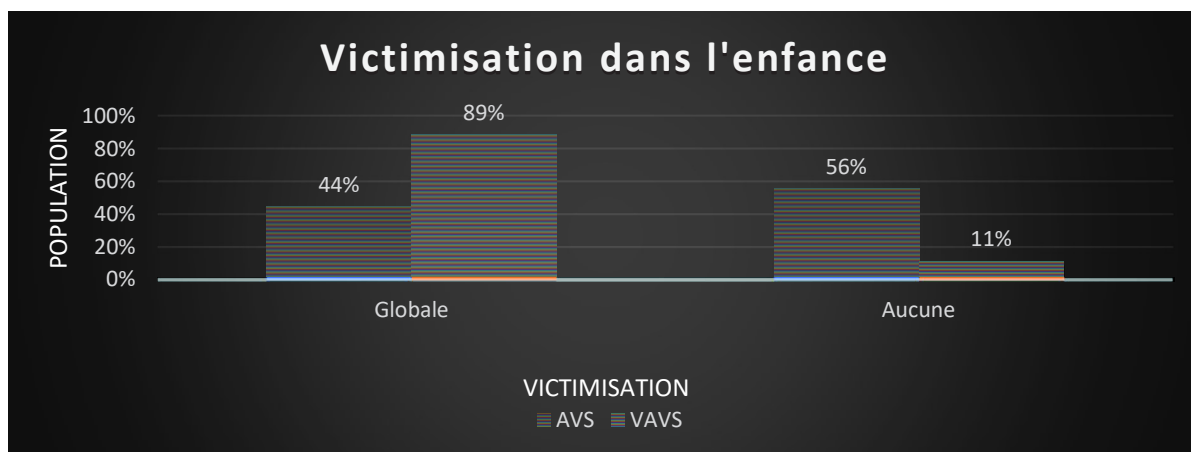


Les VAVS présentent plus de sentiments d'humiliation (VAVS 16/27 (59,3%) contre AVS 2/27 (7,4%)  $p=0,001$  IC [3.201628 à 178.296764]) et d'abandon (VAVS 23/27 (85,18%) contre AVS 14/27 (51,85%)  $p=0.019$  IC [0.08829695 à 0.68435806]). Les VAVS se scarifient plus (9/27 soit 33.3%) que les AVS (1/27 soit 3.7%)  $p=0.014$ . Nous ne retrouvons pas de différence pour l'impulsivité (VAVS 74,07% vs AVS 70,37%), les difficultés d'intégration à un groupe 70,37% pour les 2 groupes), les crises clastiques (VAVS 33,33% vs AVS 44,44%), la sensibilité à la sanction (VAVS 37,03% vs AVS 48,14%), les distorsions cognitives (VAVS 59,25%, vs AVS 51,85%), les troubles alimentaires (anecdotique), de la maturité affective, de l'estime de soi (VAVS 51,85 vs AVS 37,03%) et de la méfiance (37,03% pour les 2 groupes).

Bien que non significatif, nous retrouvons des VAVS qui ont plus d'idées suicidaires sans tentative de suicide (VAVS 33,33% vs AVS 11,11%), de tentatives de suicide (VAVS 44,44% vs AVS 18,51%) et d'anxiété (VAVS 70,37% vs AVS 48,14%) que les AVS.

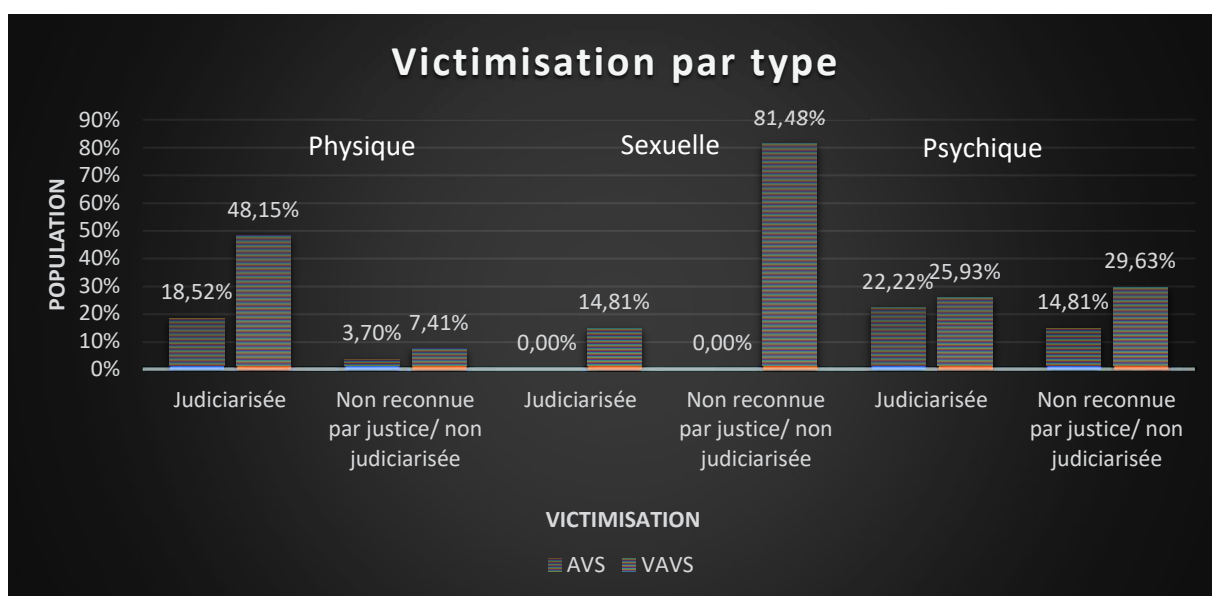
## Victimisation

Concernant la victimisation dans l'enfance, nous voyons que les AVS autant que les VAVS y sont fréquemment confrontés. Cependant les VAVS en sont victimes 9 fois sur 10 et 2 fois plus que les AVS à 4 fois sur 10. Les AVS sont moins victimes, les dénoncent moins ou n'en ont pas conscience.



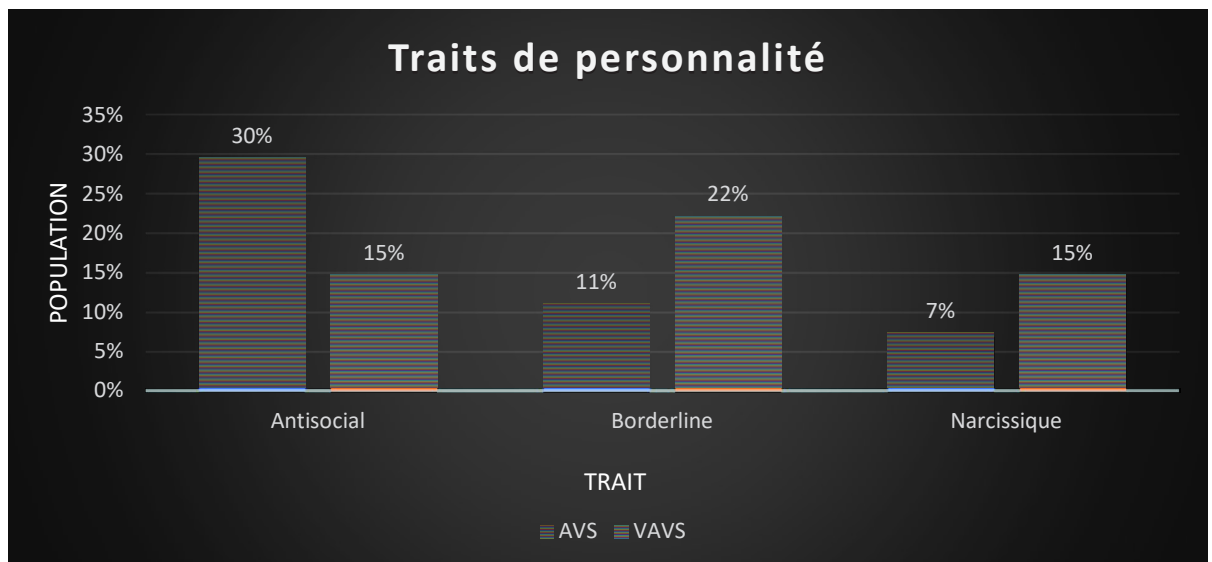
Dans le détail, nous nous apercevons que la violence physique est présente 1 fois sur 2 (48.15%) chez les VAVS comparativement à 1 fois sur cinq (18.52%) chez les AVS et 2,5 fois plus fréquente pour les VAVS que pour les AVS. Nous retrouvons des violences sexuelles non judiciairisées 7 fois sur 8 (85.19%) chez les VAVS.

Il n'y a pas de différence sur la victimisation psychique entre les 2 groupes. La seule différence observée se trouve dans la victimisation non reconnue/non judiciairisée, 2 fois plus présente chez les VAVS que chez les AVS (29.3% vs 14.81%). Ces violences regroupent tout de même entre un tiers et la moitié des auteurs victimisés psychiquement.



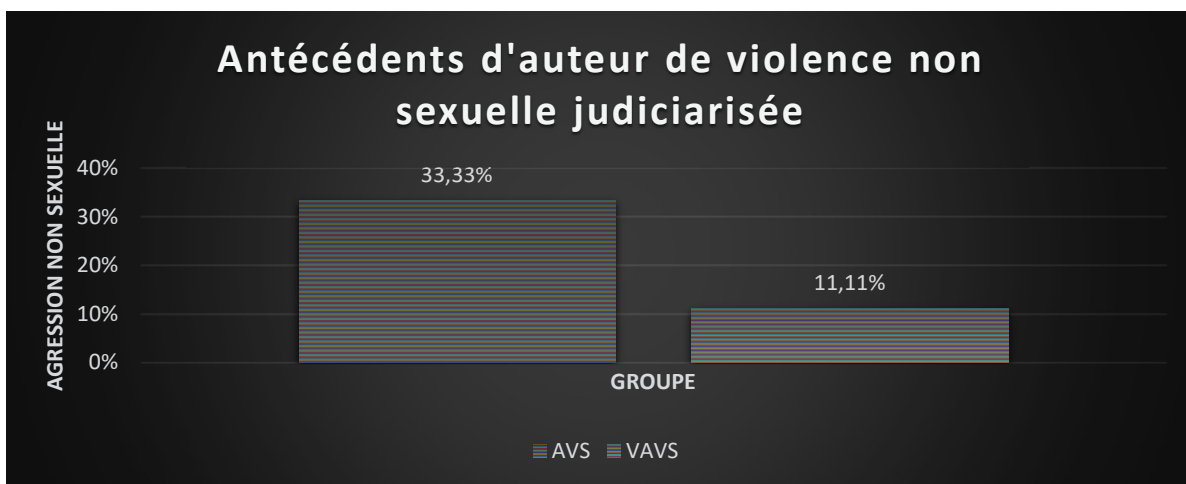
## Personnalité

Nous retrouvons des traits de personnalité plutôt antisociaux chez les AVS (30%) par rapport aux VAVS (5%) et plutôt borderline ou narcissique chez les VAVS (22% et 15%) par rapport aux AVS (11% et 7%). Il y aurait donc 2 fois plus de VAVS avec des traits borderlines ou narcissiques et 2 fois moins d'antisociaux comparativement aux AVS. Cela est non significatif.

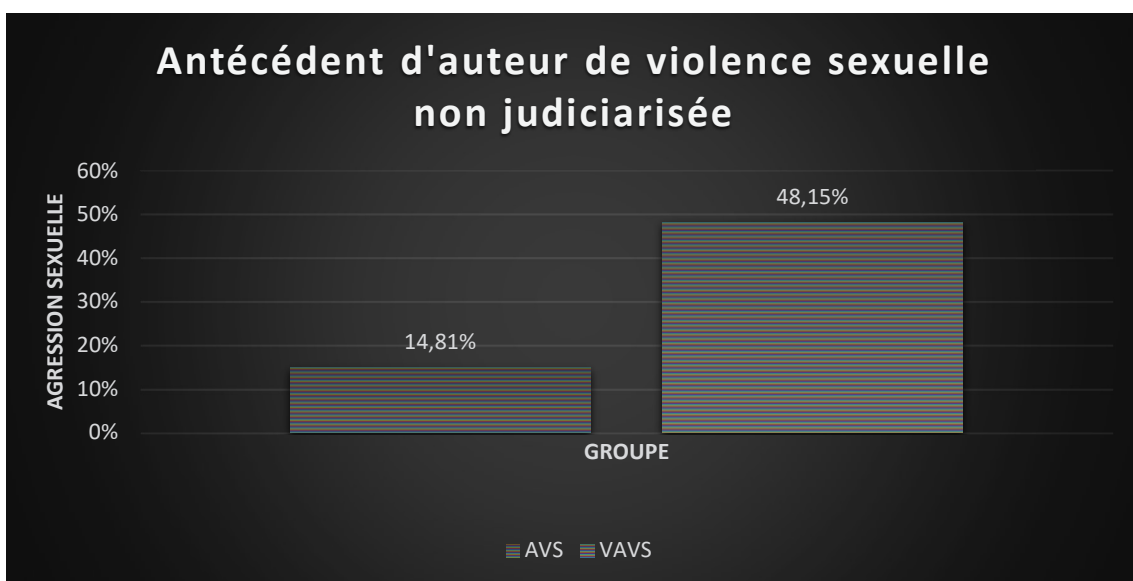


## Pénal

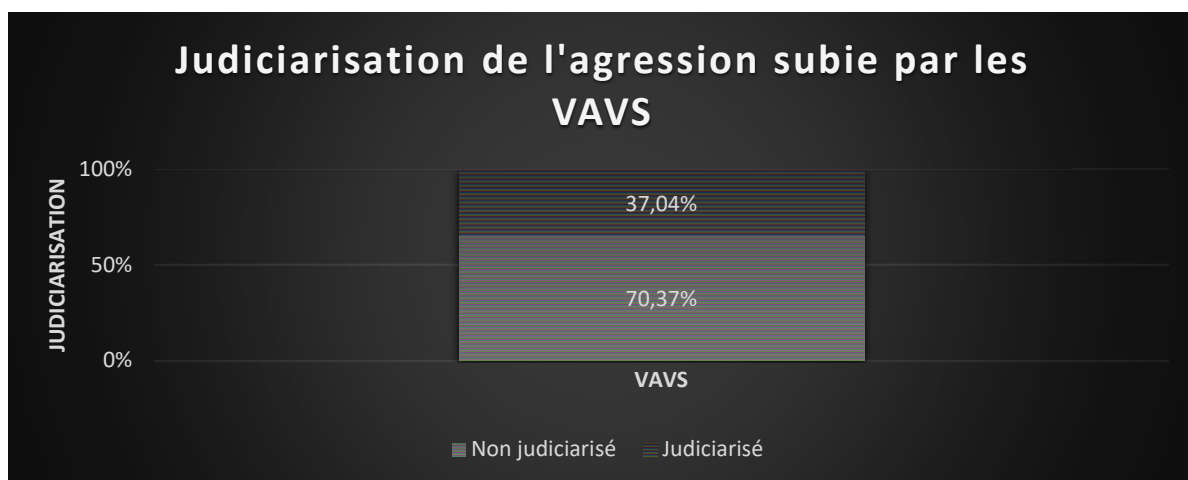
Nous observons qu'un tiers des AVS a des antécédents de violence non sexuelle judiciaire contre 11% des VAVS, soit 3 fois moins. Par contre, pour les antécédents de violence non sexuelle en tant qu'auteur non judiciaire et de victime judiciaire ou non judiciaire, les résultats sont semblables.



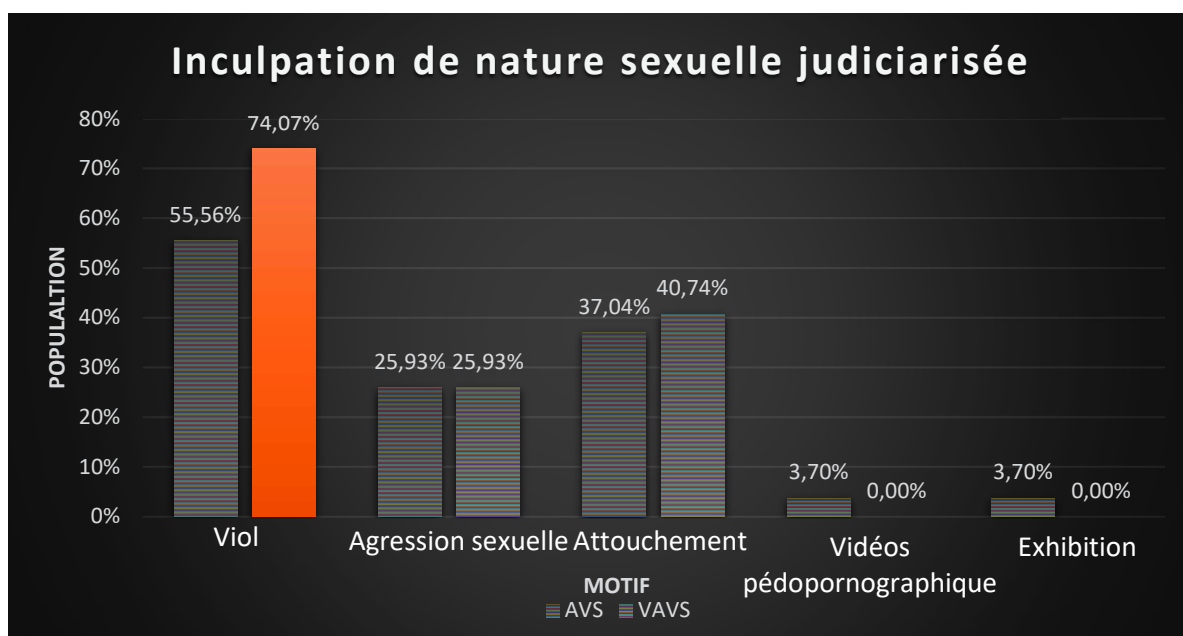
Pour être inclus dans l'étude, chaque sujet devait être auteur de violence sexuelle suivi par l'USSA, donc avec une judiciaire. Il est intéressant de voir que les VAVS rapportent un passage à l'acte non judiciaire dans 48.15% des cas alors que les AVS uniquement dans 14.81% des cas (soit environ 3 fois plus).



Les VAVS rapportent des agressions dans l'enfance non judiciairisées pour 2/3 d'entre eux (70.37% contre 37.04%).



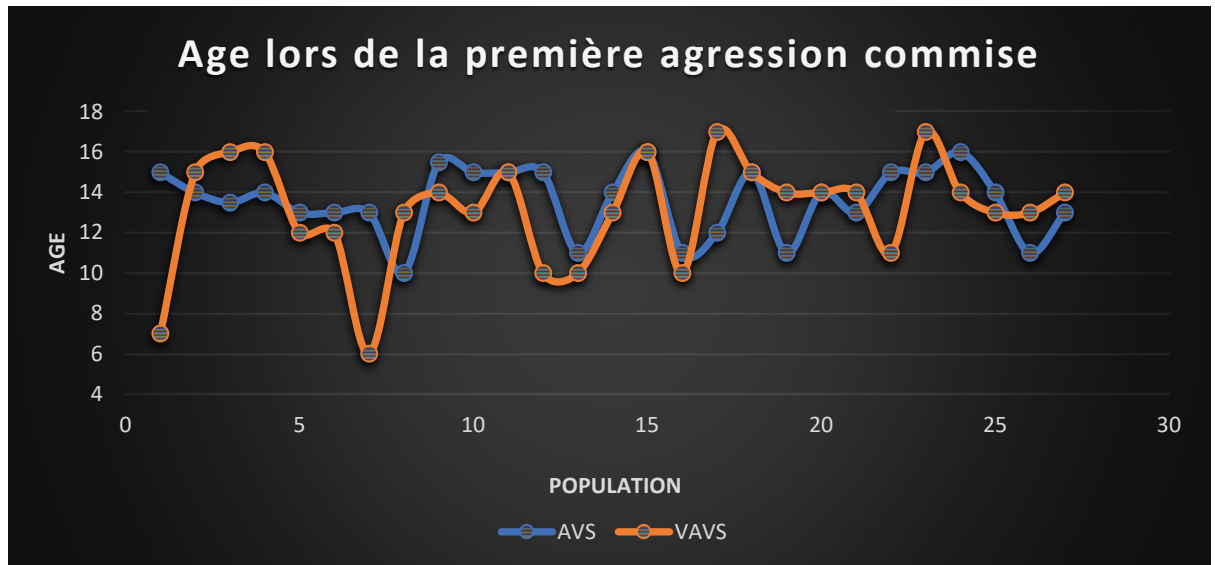
Il n'y a pas de différence significative dans le motif d'inculpation dans les 2 groupes. Les VAVS semblent commettre un peu plus de viols et avoir plus de proximité physique avec leur victime que les AVS.



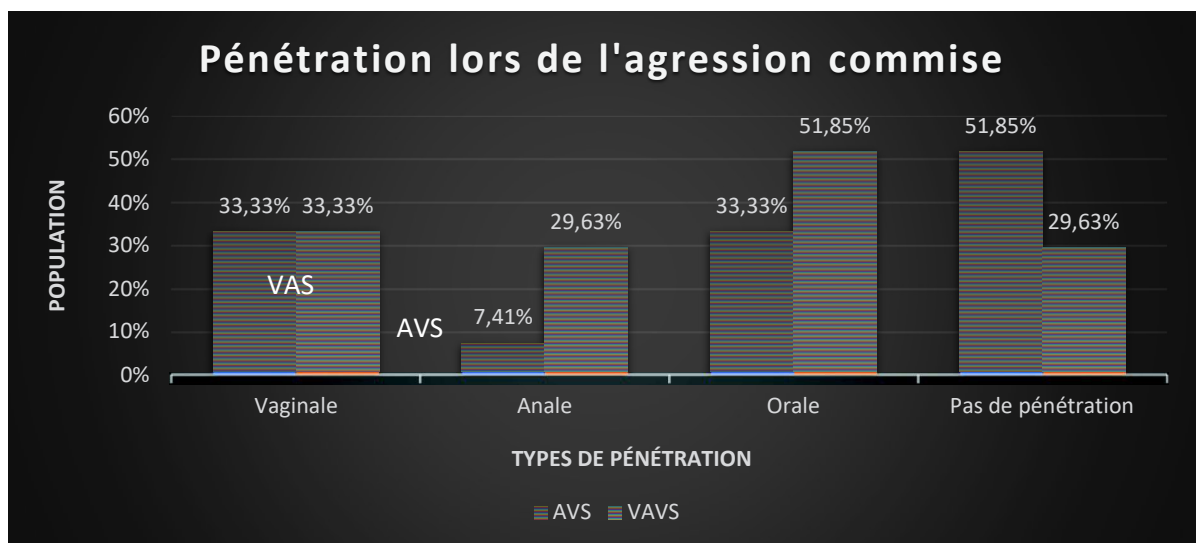
Aucune différence n'a été retrouvée sur le nombre, la fréquence et la durée de l'agression subie ni de l'agression commise, ni sur les condamnations ni sur les durées d'incarcération.

### Caractéristiques criminologiques des VAVS

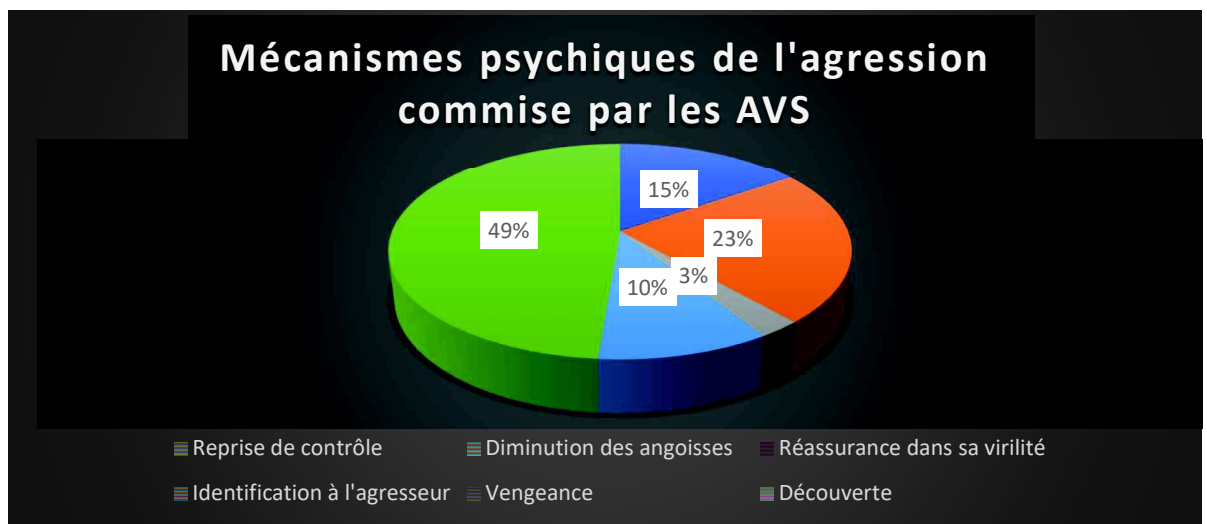
L'âge lors de la première agression sexuelle commise ne diffère pas entre les 2 groupes avec une moyenne de 13.11 ans pour les VAVS comparé à 13.59 ans pour les AVS.



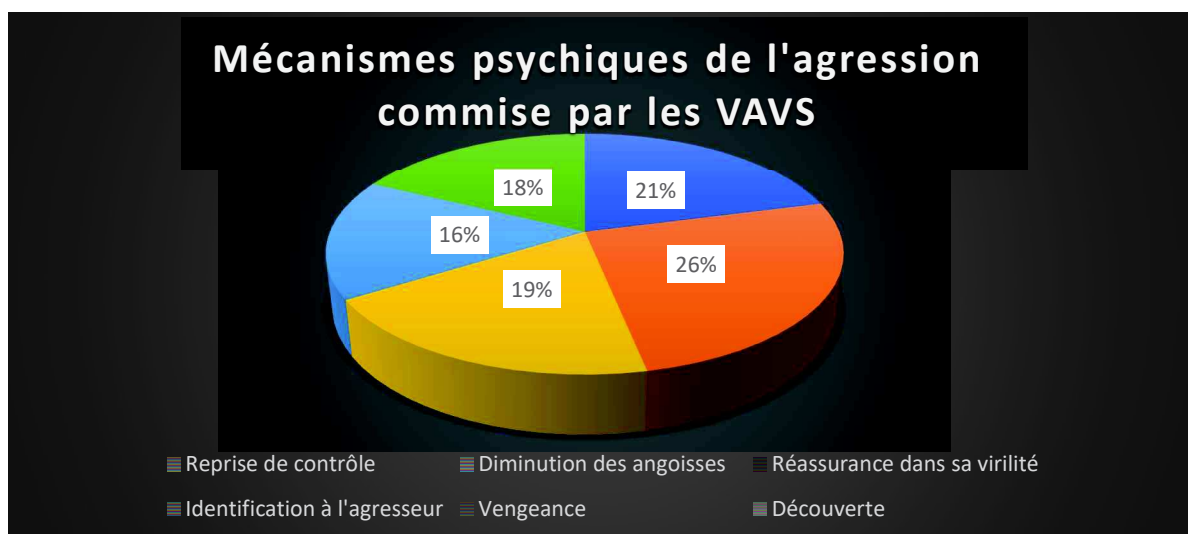
Les VAVS semblent plus souvent avoir recours à la pénétration (70,37%) par rapport aux AVS (48.15%). Par ailleurs, la pénétration anale semble 4 fois plus et orale 1.5 fois plus fréquentes durant l'agression que pour les AVS. La pénétration vaginale est identique pour les 2 groupes à 33.33%. Les VAVS ont recours à la pénétration anale pour 29,63% d'entre eux contre 7,41% pour les AVS soit 4 fois plus. De plus, ils pratiquent la pénétration orale pour 51,85% contre 33.33% des AVS.



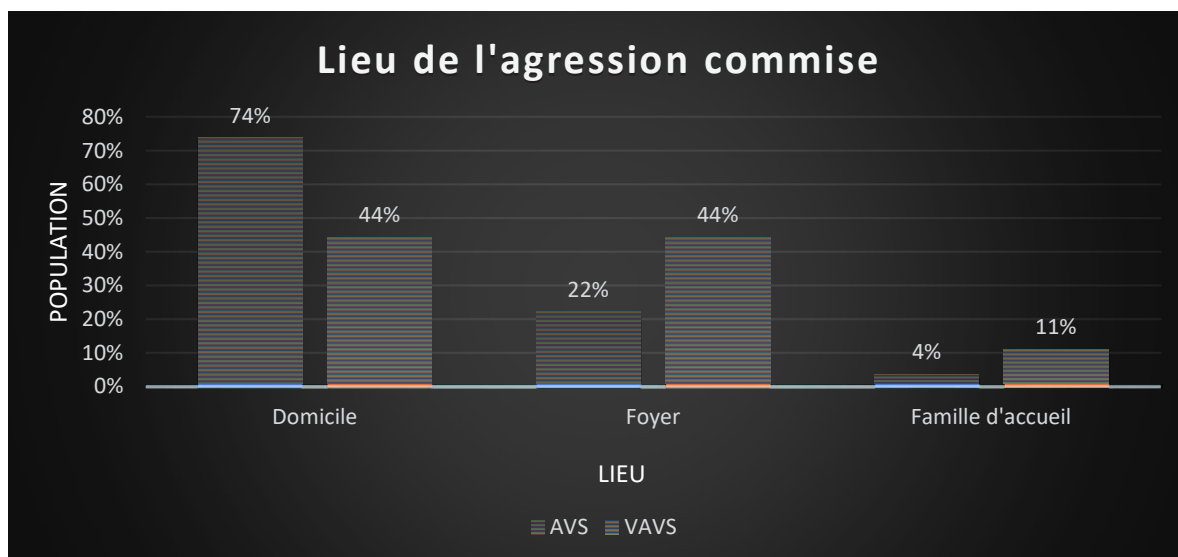
Nous remarquons que pratiquement une fois sur deux (49%), les AVS agressent dans un but exploratoire de la sexualité, dans 23% à visée anxiolytique, 15% dans le but de reprendre le contrôle d'eux même ou de leur vie et dans 10% des cas pour se venger. Ces résultats sont à mettre en lien avec les mécanismes des VAVS. Les modes opératoires utilisés par les AVS et les VAVS pour agresser sexuellement sont semblables et sont répartis pour moitié entre l'emprise psychique et la violence physique, la menace étant très marginale dans les 2 groupes.



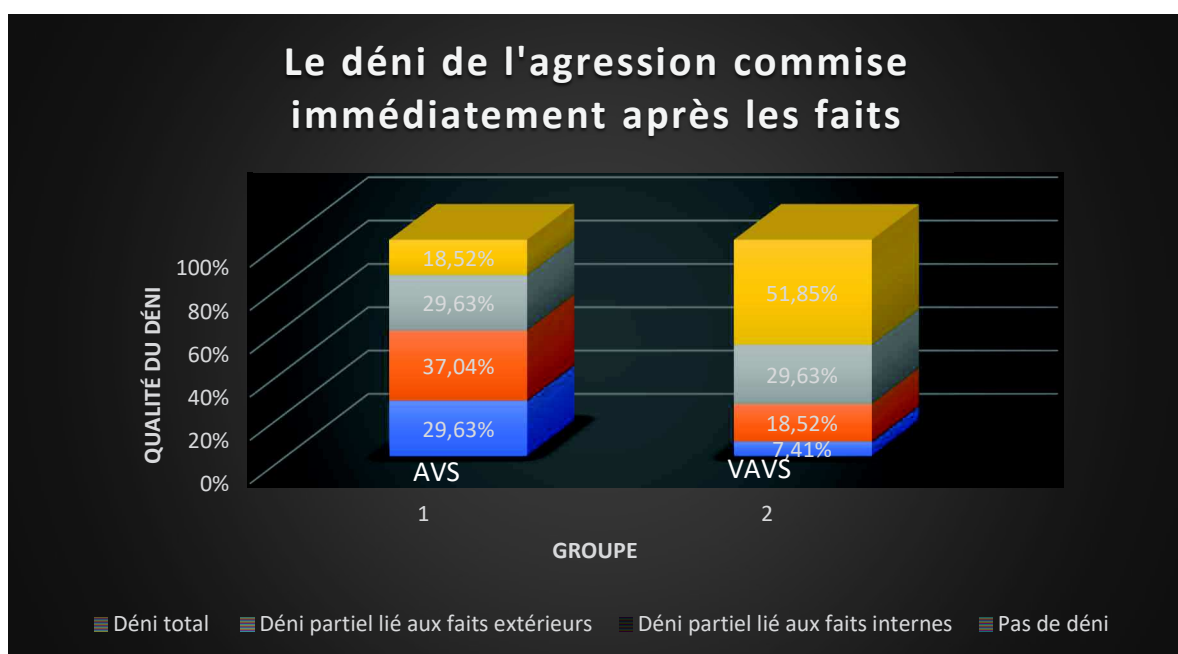
Pour les VAVS, les mécanismes psychiques de l'agression sont beaucoup plus partagés, avec une nette diminution de la découverte de la sexualité (18%) et une part importante d'identification à leur propre agresseur (dans un cas sur cinq (19%)). La diminution des angoisses reste constante à 26% des VAVS, la reprise de contrôle un peu plus importante à 21%. Enfin, la vengeance est aussi légèrement plus importante à 16% des cas.



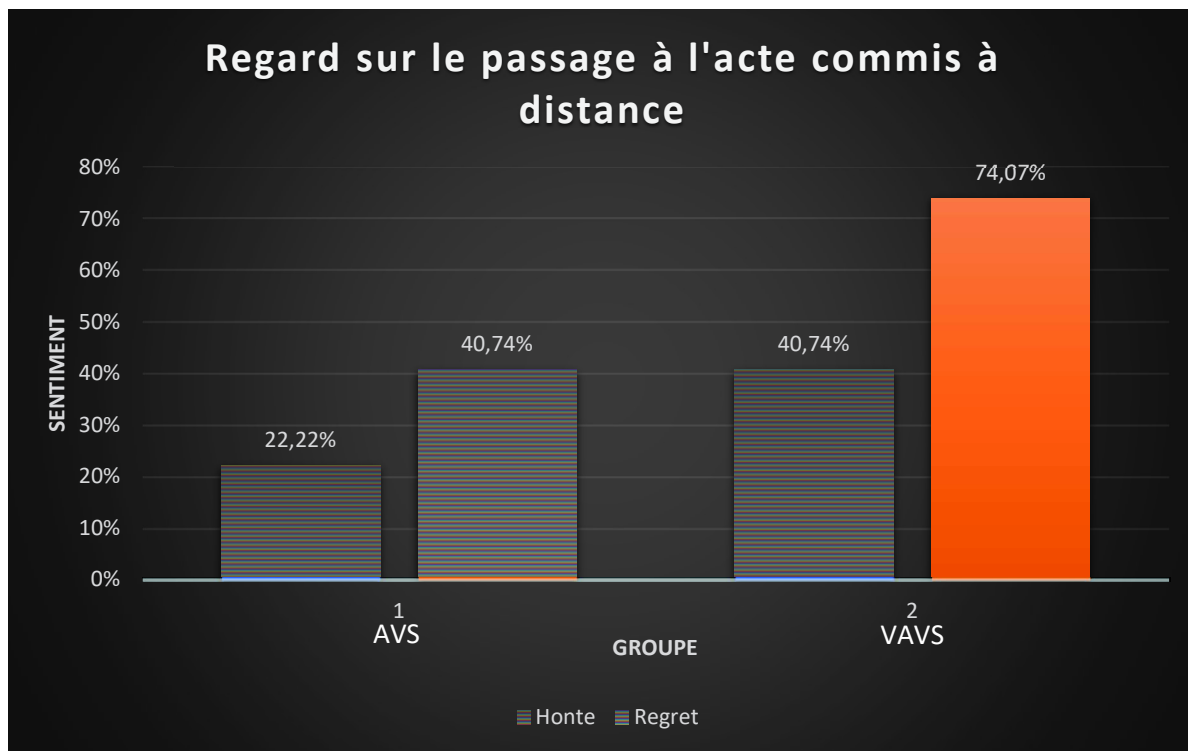
Les VAVS semblent agresser autant en foyer qu'au domicile, 2 fois plus en foyer (44%VAVS vs 22%AVS) et 3 fois plus en famille d'accueil (11%VAVS vs 4%AVS) que les AVS qui eux, agressent dans trois quart des cas au domicile familial.



Pratiquement 1 AVS sur 5 reconnaît l'agression commise (18.52%) contre la moitié des VAVS (51.85%), soit 2.5 fois moins. Nous retrouvons 29.62% des VAVS qui regrettent, culpabilisent et ont honte de leur acte contre, chez les AVS, 11,11% de regrets, 14,81% de culpabilité et 18,51% de honte. Les VAVS présentent donc, immédiatement après l'agression commise 3 fois plus de regrets, et 2 fois plus de culpabilité que chez les AVS.



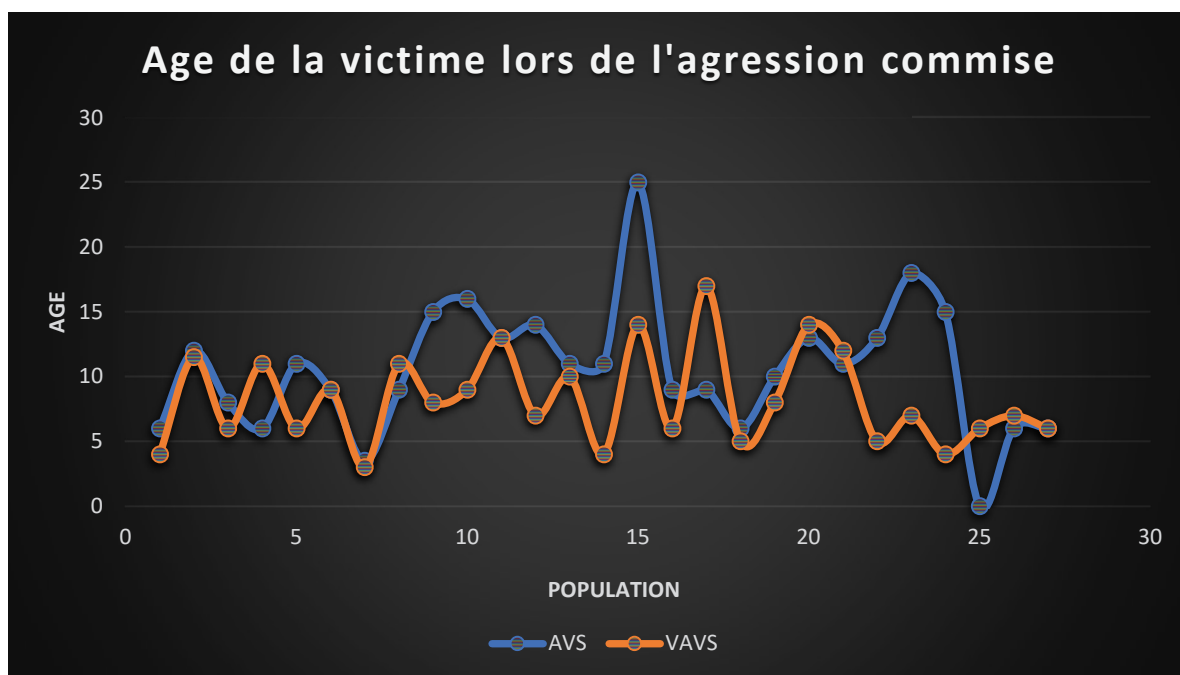
A distance de l'acte, soit 4 mois minimum dans l'étude, les VAVS regrettent plus souvent leur geste (40.74% vs 22.22%) et ont plus honte également des faits (74.07% vs 40.74%) dans des proportions globalement doubles.



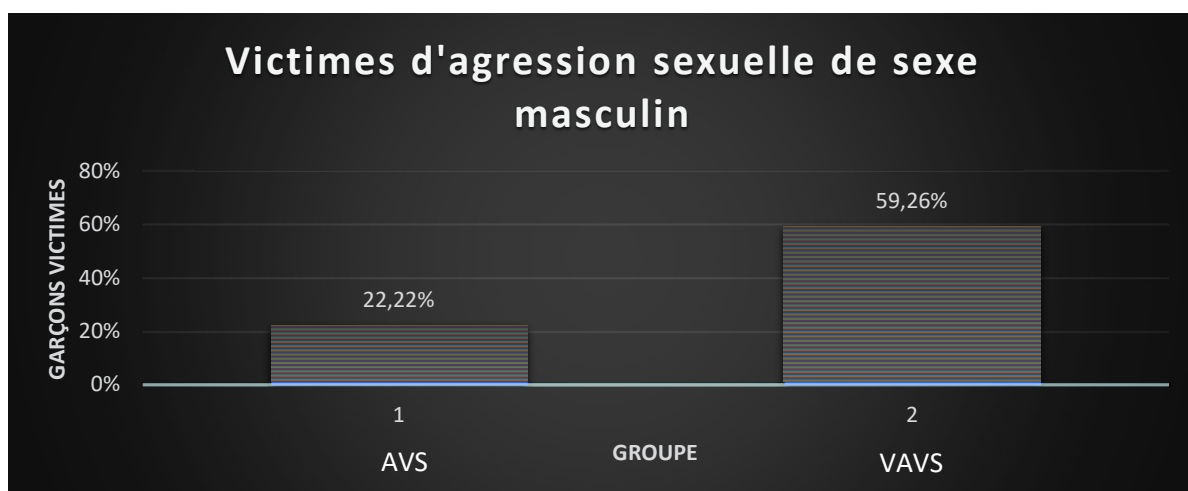
Il n'est pas retrouvé de différence à distance de l'acte commis pour le clivage ni pour l'indifférence.

### Caractéristiques des victimes des VAVS

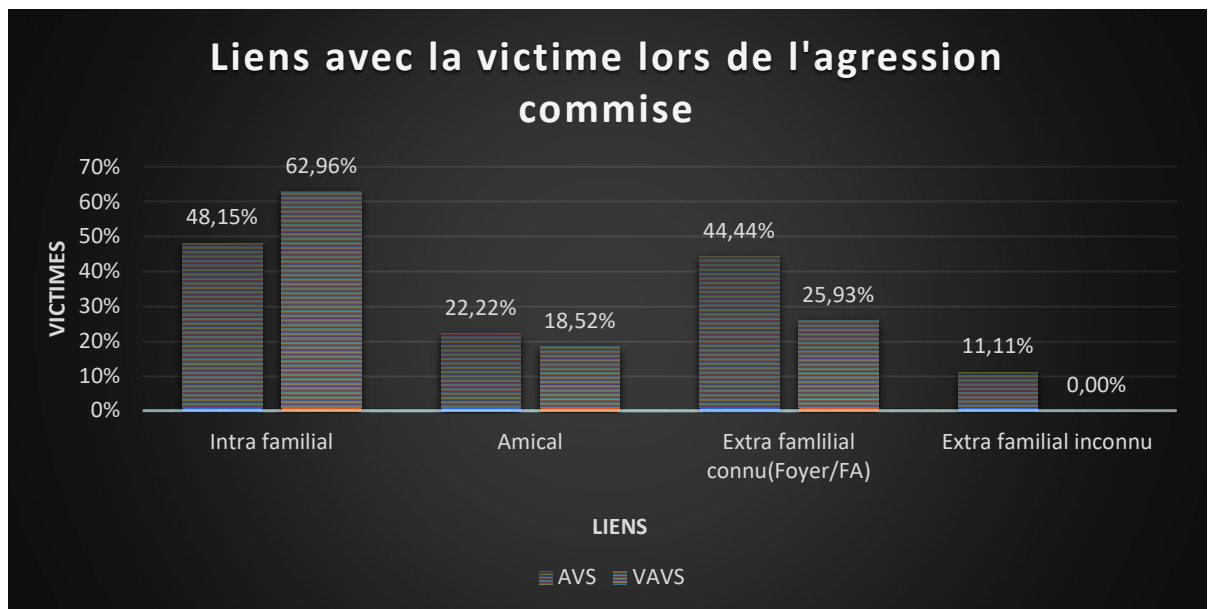
Nous ne retrouvons pas de différence significative pour l'âge de la victime. Cependant, nous observons une tendance à un âge légèrement différent de plus de 2 ans en moyenne (10.57 ans pour les victimes d'AVS contre 8.27 ans pour les victimes de VAVS).



Les VAVS agressent plus fréquemment des garçons que des filles comparativement aux AVS, soit 3 fois sur 5 (59.26%) contre 1 sur 5 (22.22%) pour les AVS. Les VAVS s'orientent plus vers des victimes de sexe masculin que les AVS.

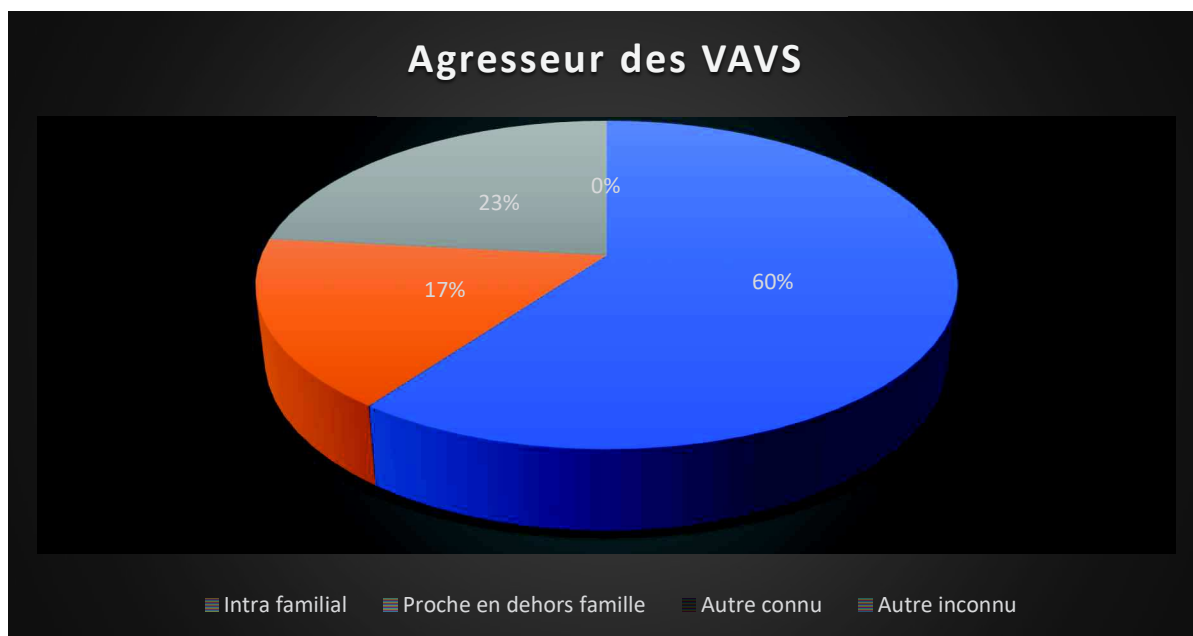


La victime des VAVS est plutôt intrafamiliale (62.96%) contrairement aux AVS ou elle est autant intrafamiliale (48.15%) qu'extrafamiliale connue (44.44%). Les VAVS n'agressent jamais de victimes inconnues dans cette étude alors que les AVS oui (11,11%). Les auteurs de violence peuvent avoir plusieurs victimes simultanément, ce qui explique un total cumulé supérieur à 100% pour les 2 groupes.

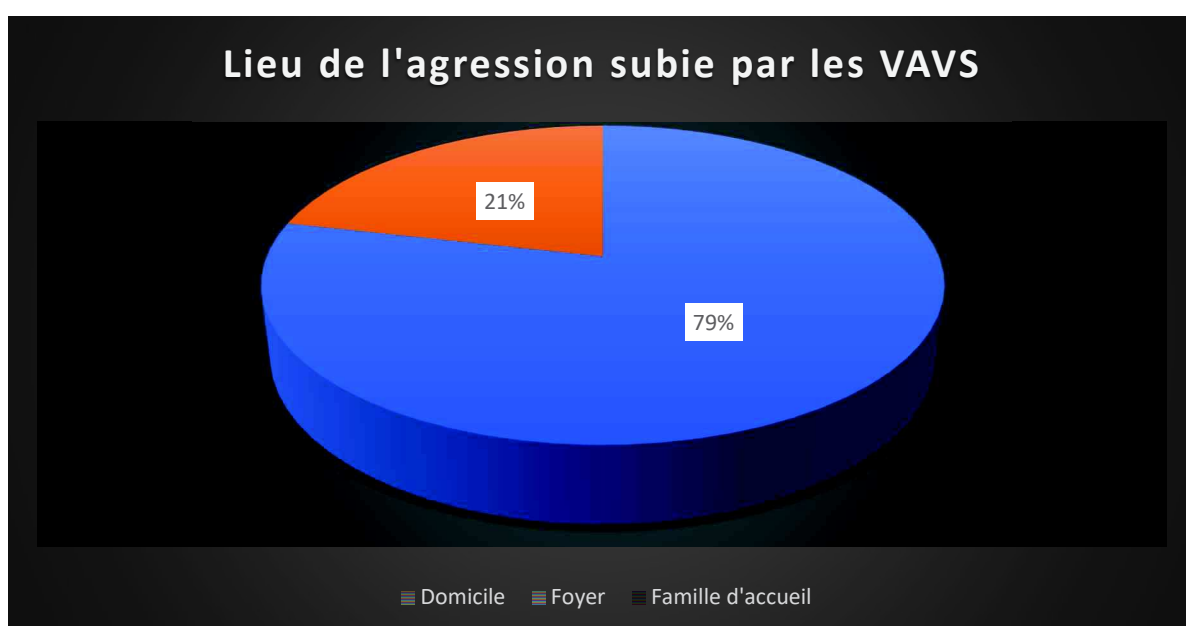


### **Caractéristiques de l'agression subie par le VAVS**

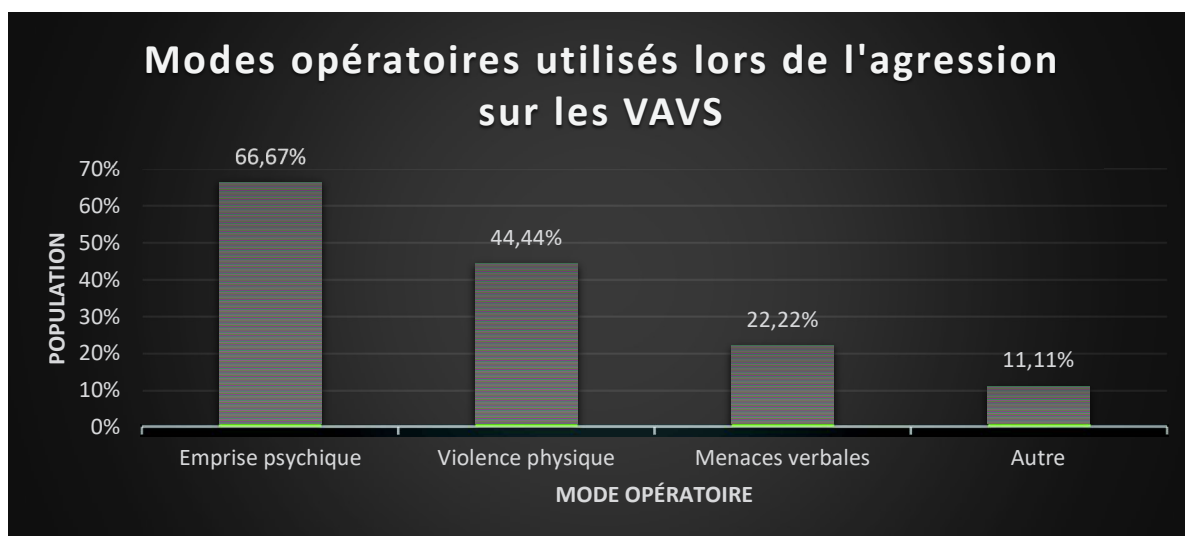
Les VAVS sont toujours agressés par des personnes connues, dont 6 fois sur 10 par un membre de la famille.



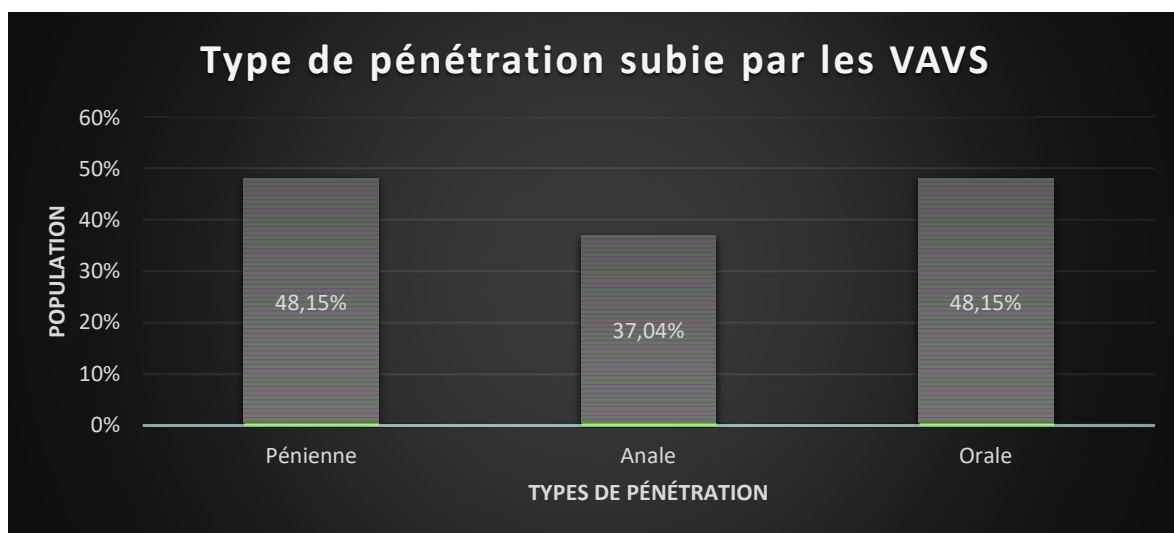
Ils sont eux-mêmes agressés 8 fois sur 10 (79%) au domicile.



L'emprise psychique est la méthode la plus utilisée (66.66% des VAVS). La violence physique représente moins de la moitié des agressions.



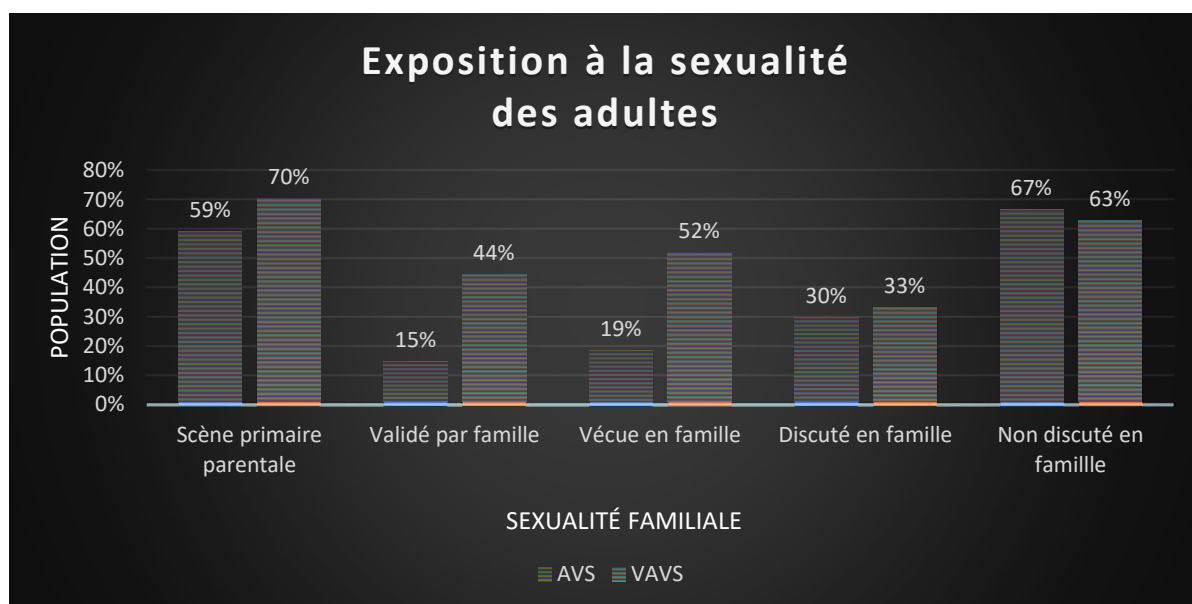
Les VAVS rapportent lors de leur agression subie une pénétration dans 78% des cas. Par ailleurs, les fréquences entre oral, anal et pénien (c'est-à-dire viol par introduction du pénis de la victime dans un orifice de l'agresseur) sont assez semblables à 48,15% pour pénien et oral et 37,04% pour l'anal.



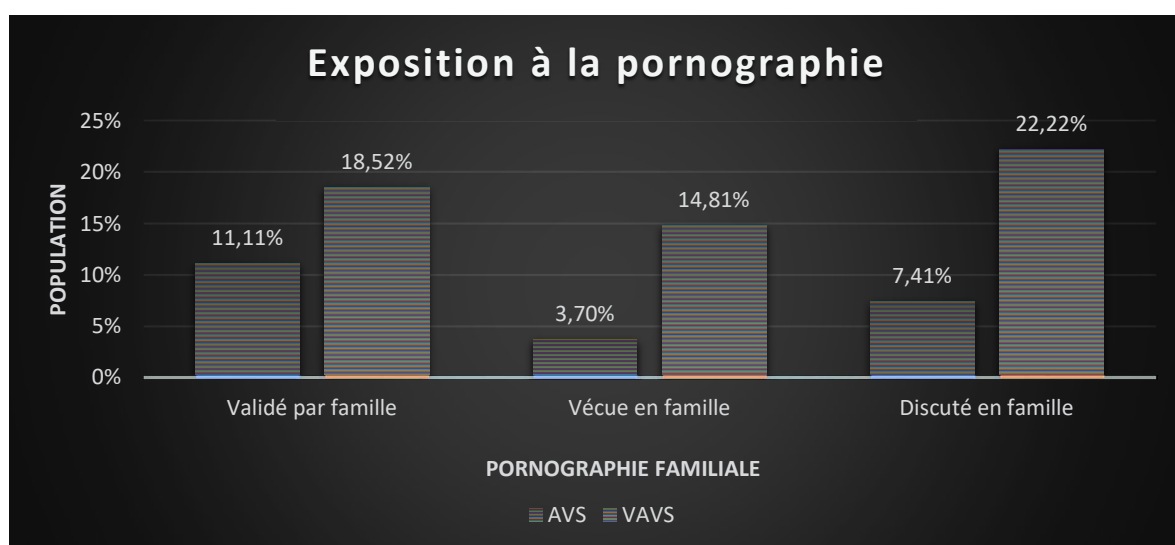
Nous retrouvons chez les VAVS un âge lors de l'agression subie de 5,8 ans, l'agresseur est une femme dans 18,5% des cas. Ils décrivent de la honte dans 52% des cas et il n'y a pas de déni de leur agression subie pour 66.66% d'entre eux. Ils expriment peu de regrets (18%) et de culpabilité (11%) en lien avec ce qu'ils ont subi. Seuls 14.81% des VAVS ne reconnaissent pas la déviance sexuelle dans l'acte subi.

## Familial

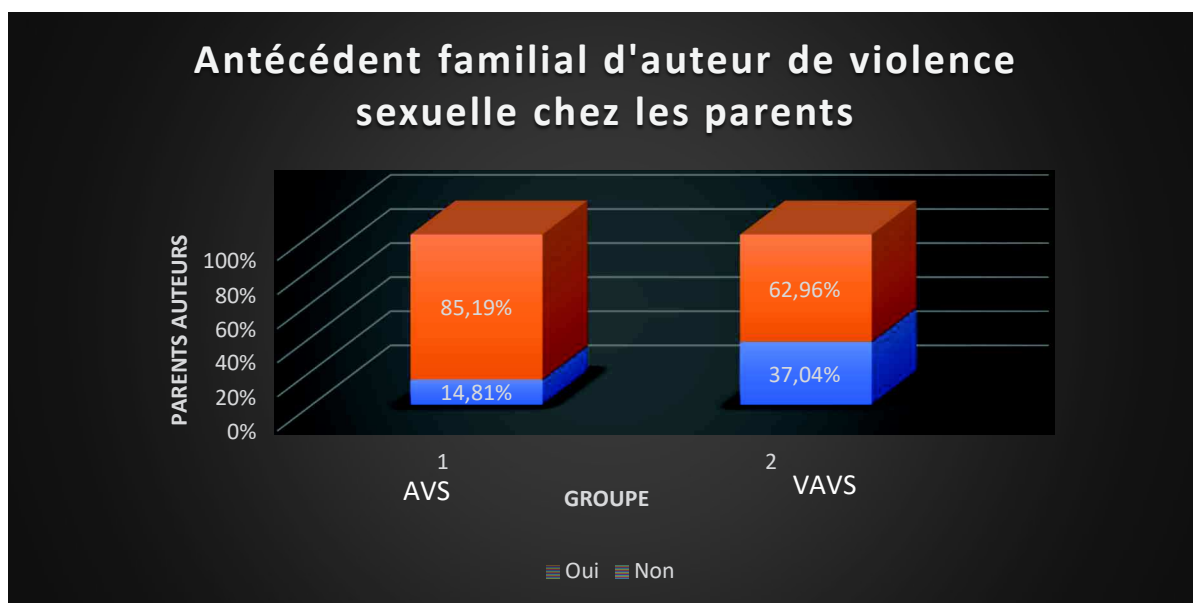
Nous observons 3 fois plus de comportements sexualisés cautionnés par les familles de VAVS (44%) contre 15% pour les AVS et 2.5 fois plus d'exposition à la sexualité vécue en milieu intrafamilial. Ces résultats n'ont pas été testés. Ils questionnent sur le climat incestuel des VAVS.



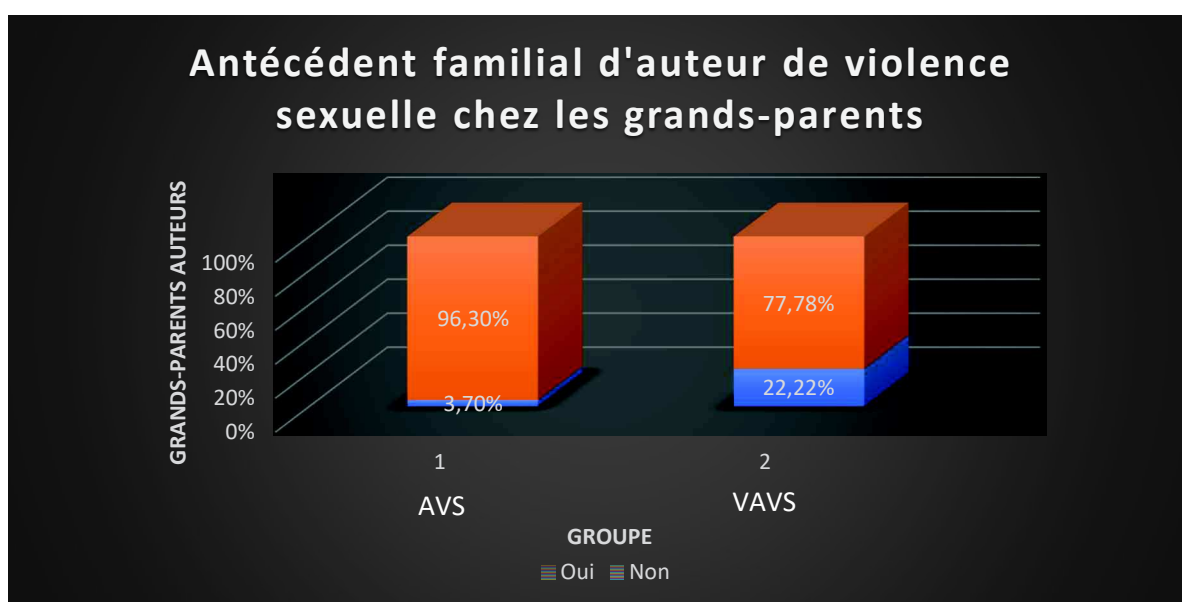
Bien que minoritaire, nous observons que la pornographie est plus discutée (22.22% contre 7.41%) et vécue en famille (14.81% contre 3.70%) chez les VAVS que chez les AVS.



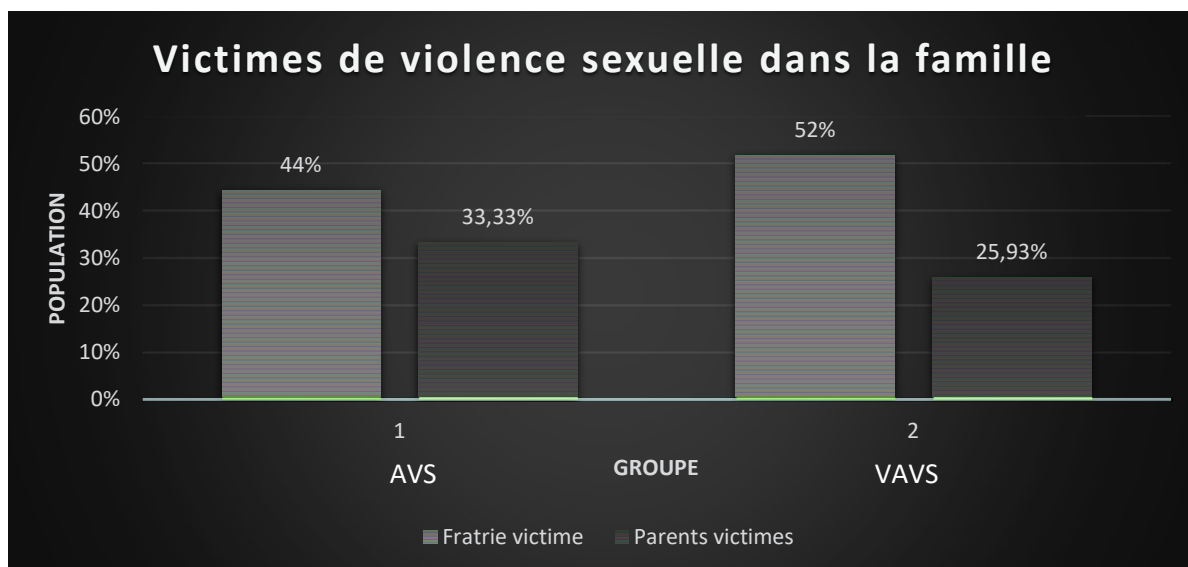
Les VAVS rapportent un passé AVS chez les parents pour un tiers d'entre eux (37.04%) contre 14.81% des AVS, soit 2.5 fois plus. Nous retrouvons une incarcération paternelle (sans précision sur l'infraction) dans 28% des cas pour les 2 groupes. Les résultats retrouvent 18.51% d'auteurs de violence sexuelle dans la fratrie des VAVS comparés à 7.4% dans la fratrie des AVS. Le sexe masculin représente la quasi-totalité des agresseurs autant dans la fratrie que chez les parents et grands-parents.



Les VAVS rapportent un passé AVS (voire VAVS) chez les grands-parents pour un cinquième d'entre eux (22.22%) contre 3.70% des AVS, soit 8 fois plus.



Il n'y a pas de différence significative entre les 2 populations concernant la victimisation sexuelle dans la fratrie, chez les parents ni chez les grands-parents. Nous observons dans la fratrie, comme chez les parents, des taux de victimisation importants, de 44% (AVS) à 52% (VAVS) dans la fratrie et 25 (VAVS) à 33% (AVS) chez les parents. Les sujets féminins sont largement majoritaires à chaque fois.



Il n'y avait pas de différence significative pour les antécédents psychiatriques familiaux (VAVS 66,66% vs AVS 44,44%), les problèmes d'addictions familiales (VAVS 44,44% vs AVS 40,74%), les troubles somatiques familiaux, l'exposition aux écrans, l'exposition aux réseaux sociaux et aux jeux vidéo, le statut marital des parents (séparé conflictuel pour 74,07% des VAVS vs 48,14% des AVS), la situation économique (plutôt faible ou moyenne pour les 2 groupes), l'isolement social familial (VAVS 59,25% vs 37,03%), les mesures de protections parentales des parents (anecdotiques).

Concernant les violences physiques, la fratrie des 2 groupes est très rarement auteure. Par contre, la fratrie des VAVS (48.14%) est 2 fois plus victimes que la fratrie des AVS (22.22%), mais sans test statistique corroborant les chiffres. De même, les tendances montrent que les parents de VAVS sont 2 fois plus souvent auteurs (55.55%) que pour les AVS (25.92%) et 4 fois moins victimes (VAVS 7.40% contre AVS 25.92%). Le sexe féminin est majoritaire dans les violences subies et masculin dans les violences commises pour les 2 groupes. Dans la génération des grands-parents, nous n'avons quasiment aucune violence commise ou subie rapportée pour les 2 groupes.

Nous retrouvons des pères peu impliqués dans l'éducation des 2 groupes (VAVS 44,44% et AVS 48,14%) et des relations plus conflictuelles pour les VAVS (51,58%) que les AVS (29,62%). Les pères sont plus idéalisés chez les VAVS (25,92%) que pour les AVS (14,81%). Nous n'observons pas de différence pour la tyrannie ou la soumission paternelle dans la famille avec des résultats très marginaux.

Les mères sont plus impliquées dans les 2 groupes, et légèrement plus chez les AVS (74,07%) que chez les VAVS (62,96%). Les relations sont conflictuelles pour les 2 groupes (VAVS 59,25% et AVS 55,55%). Nous ne retrouvons pas de différence pour la place de la mère dans la famille (idéalisée, tyrannique, soumise) avec des résultats très marginaux.

Les AVS voient leur famille comme présente sans dysfonctionnement pour 44,44%, présente avec dysfonctionnement pour 33,33% et absente avec dysfonctionnement pour 22,22%. Les VAVS sont plus tranchés avec une famille présente sans dysfonctionnement pour seulement 7,40% d'entre elles, présente avec dysfonctionnement pour 62,98% et absente avec dysfonctionnement pour 37,04%. Les VAVS rapportent clairement plus de dysfonctionnement familial que les AVS. Les familles leurs apparaissent globalement autant présentes dans les 2 groupes.

Par contre, les VAVS rapportent plus souvent une absence de cadre (55,55%) par rapport aux AVS (40,75%). De plus, nous remarquons une confusion des générations plus marquée chez les VAVS (33,33%) que chez les AVS (18,55%), soit 2 fois plus. La parentification est quasi inexistante dans les 2 groupes.

Lors des révélations à la famille d'agression subie par le VAVS, il n'y a ni rejet social ni rupture intrafamiliale. Seulement 29,62% des VAVS sont soutenus. L'agression est passée sous silence pour 40,74% des cas. Nous retrouvons des familles cautionnant l'agression dans 22,22% des cas. Seules 22,22% des familles lancent une action judiciaire. Enfin, 29,62% n'ont eu aucun impact après les révélations.

A distance des révélations à la famille, 48,14% d'entre elles banalisent l'agression, 25,92% sont dans le déni, 7,40% rejettent le VAVS. Seulement 29,62 soutiennent la victime, ce taux n'ayant pas changé avec le temps et 20% ne sont pas au courant de l'agression.

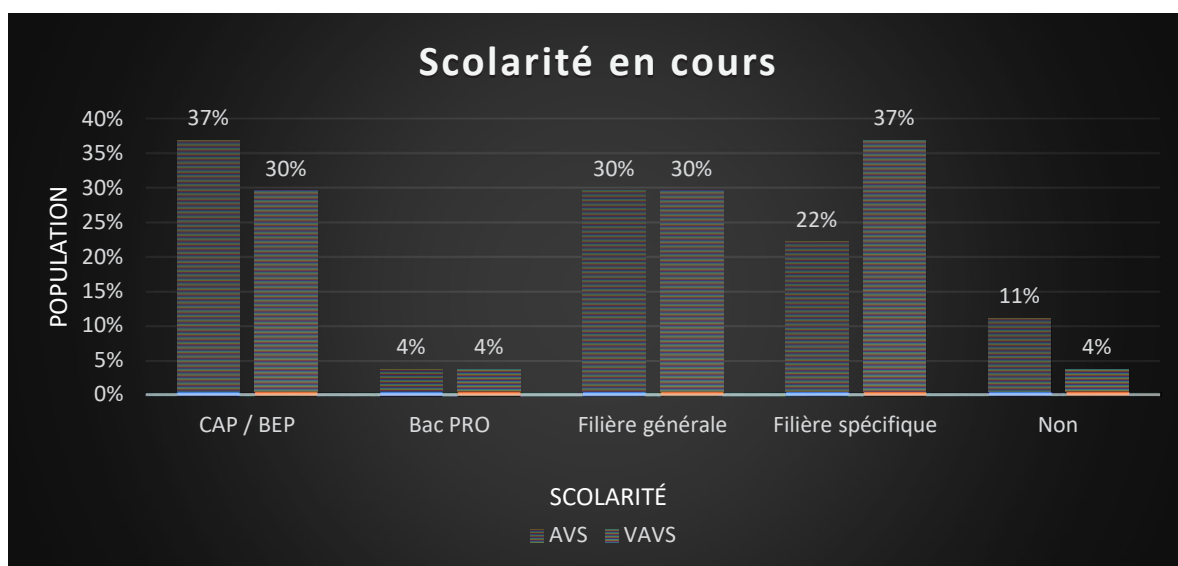
Lors de la révélation à la famille de l'agression commise, les familles des 2 groupes n'ont pas vécu de rejet social. Nous notons moins de rupture intrafamiliale chez les VAVS (3,70%) que chez les AVS (25,02%). Il y a également moins de silence sur l'acte pour les VAVS (40,74%) que pour les AVS (59,25%). Les familles sont plutôt soutenantes (VAVS 59,25% contre AVS 66,66%). Les familles ne cautionnent pas l'agression et n'ont pas intenté d'action en justice dans les 2 groupes. Nous voyons que les familles se mobilisent plus pour leur enfant après la révélation des faits d'agression commise pour les VAVS par rapport aux faits subis.

A distance des révélations, nous observons dans les familles une banalisation identique pour les 2 groupes (44,44%), un faible déni (VAVS 14,81% vs AVS 18,51%). Le rejet familial du patient est un peu plus important pour les VAVS (25,92%) contre (18,51%). A distance, les familles AVS passent plus sous silence les faits (48,14% des VAVS vs 62,92% des AVS) et soutiennent plus leur enfant (51,85% des VAVS contre 62,96% des AVS).

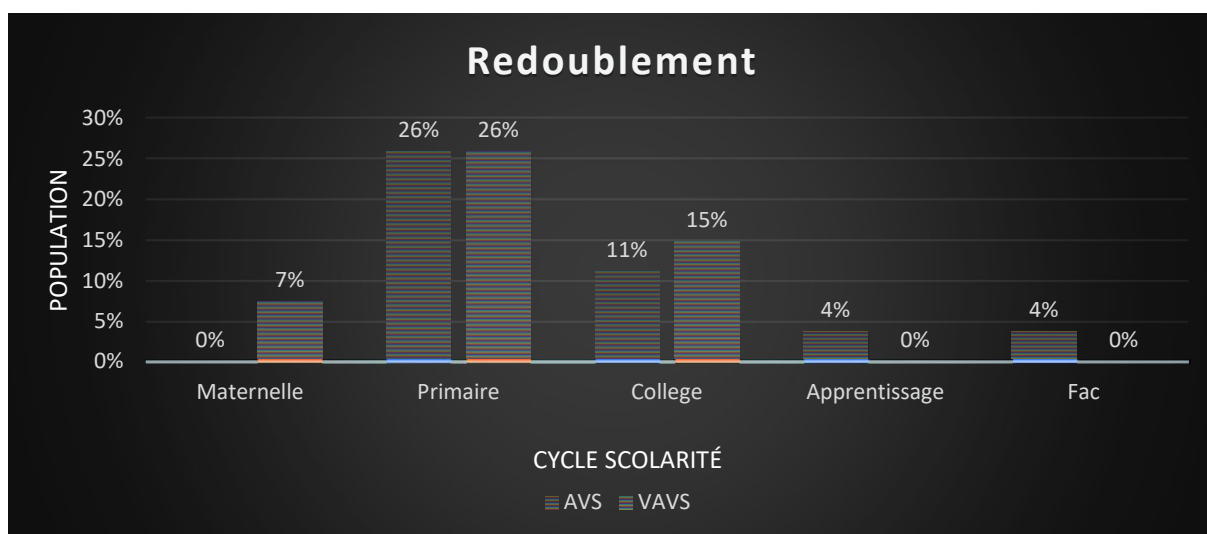
Dans la participation des adolescents aux soins immédiatement après l'agression commise, nous trouvons que les pères sont peu soutenants dans les 2 groupes (VAVS 25,92% et AVS 37,03%) voir absents (VAVS 33,33% et AVS 44,44%). Les résultats sont légèrement plus bas chez les VAVS. Les mères sont aussi peu soutenantes pour les 2 groupes (VAVS 40,74% contre AVS 37,03%). Elles sont également plus ambivalentes dans ce soutien aux soins (VAVS 29,62% contre AVS 40,74%).

## Scolarité

Il n'y a pas de différence significative entre les 2 groupes. Nous constatons tout de même une surreprésentation du bas niveau scolaire, soit 2/3 de chaque groupe. Par ailleurs 4 à 11% sont descolarisés. Les filières spécifiques correspondent aux établissements type Unité Localisée pour l'Inclusion Scolaire (ULIS) ou Institut Médico-Educatif (IME) par exemple.



Le redoublement est similaire également dans les 2 groupes (VAVS 59,25% vs AVS 44,44%). Nous observons toutefois un redoublement dès l'école maternelle chez les VAVS, période durant laquelle, ils peuvent devenir victimes de violence sexuelle, impactant, entre autre leur scolarité. Ces résultats sont uniquement des tendances.



Nous ne retrouvons pas de différence pour les auxiliaires de vie scolaire, la multiplication des établissements scolaires, les activités extrascolaires.

### ***Environnement***

Nous retrouvons un faible étayage amical à 75% des cas dans les 2 groupes. Aucune différence n'est retrouvée pour les fugues (VAVS 85,18% vs AVS 74,07%), le placement en pouponnière (anecdotique), en foyer (VAVS 70,37 vs AVS 59,25%), en famille d'accueil (VAVS 37,03% vs AVS 29,62%). Le passé social difficile est donc très fréquent pour les 2 groupes. Ils ont tous peu de confidents et peu de mauvais traitements envers les animaux. Ces résultats n'ont pas été testés statistiquement.

### ***Suivi USSA***

L'âge de début de suivi et la durée de suivi USSA sont semblables entre les 2 groupes (VAVS 15,25 ans vs AVS 15,59 ans). Il est intéressant de noter qu'entre les faits commis et le début de suivi, il se passe environ 2 ans. Nous ne retrouvons pas de différence pour le cadre de suivi (40% pour l'obligation de soins ou aucune injonction de soins par exemple) hormis pour le contrôle judiciaire plus fréquent chez les AVS (48.14%) que les VAVS (18.51%).

Aucune différence n'est retrouvée dans le suivi par les différents professionnels USSA, dans l'adjonction d'un traitement anti androgène (quasi inexistant), dans la revictimisation ni dans la récidive commise (VAVS 14,81% contre AVS 18,51%). Ces chiffres de récidive sont assez élevés.

Les 2 groupes sont célibataires 2 fois sur 3 (AVS 66.66% contre VAVS 62.96%). Les VAVS ont trouvé un travail ou une formation dans 92,59% contre 77,77% des AVS.

Les parents des 2 groupes sont aussi présents dans la prise en charge (59.25% des pères et 81.48% des mères). Les 2 groupes sont similaires pour le lieu d'habitation (dont 48.71% au domicile familial pour les 2 populations).

#### 4. DISCUSSION

Les résultats de l'étude retrouvent une population VAVS ayant plus souvent une décompensation psychiatrique que les AVS. Les troubles anxiodépressifs sont largement représentés (Bagley et al(465)). Nous retrouvons 1/3 de VAVS présentant un épisode dépressif caractérisé (Ohlert(434)) et 1/4 d'ESPT. Ces résultats sont trois fois plus importants que pour la population AVS. Nous n'avons pas observé de différence pour le retard mental (Hayes(477)), les troubles somatiques, les addictions ou encore le suivi psychiatrique. Ces résultats étaient attendus. Le traumatisme psychique de l'agression subie garde une trace dans la psyché de ces victimes devenues auteurs. Nous en retrouvons une illustration avec pratiquement un adolescent VAVS sur 2 qui a eu un ESPT après l'agression subie.

Il n'est pas possible de poser un diagnostic de personnalité chez les sujets de notre étude. Cependant, nous observons déjà une tendance à des traits antisociaux chez les AVS et plutôt borderlines (Misès (519)) ou narcissiques (Ciavaldini(318)) chez les VAVS. Ces derniers ressentent statistiquement plus de sentiments d'humiliation et d'abandon, à l'origine d'une sensation de rejet. Ces failles psychiques importantes entraînent plus de scarifications et probablement plus d'idées suicidaire, voire de tentative d'autolyse.

Les VAVS présentent significativement moins de pulsions sexuelles lors de leur passage à l'acte que les AVS. Par contre, il n'est pas retrouvé de différence significative pour les pulsions agressives bien que celles-ci soient bien plus importantes chez les VAVS, représentant 3 sujets sur 5 contre 1 sur 3 pour les AVS (Worling(440)). Nous pourrions supposer que les VAVS cherchent à blesser, à faire mal, se déchargeant d'une agressivité latente, conséquence de leur agression subie. Nous sommes probablement dans une problématique du champ pervers avec un sadisme qui les déborde lors du recours à l'acte autant que dans une reprise de pouvoir après l'impuissance vécue (Bentovim(521)). Cela se retrouve dans l'étude par le fait que les VAVS semblent commettre plus de viols et avoir plus de proximité physique avec leur victime que les AVS. Par ailleurs, les VAVS semblent plus souvent avoir recours à la pénétration que les AVS.

La pénétration anale et, dans une moindre mesure, orale, par les VAVS, semble plus fréquente durant l'agression que pour les AVS (Cooper(455)). Cela fait écho avec les pulsions agressives : pénétrer la victime non pour une relation sexuelle classique, mais pour entraîner une souffrance, en lien avec la douleur qu'eux-mêmes ont subie. Ils reprennent le contrôle dans les actes, contrairement à leur agression subie. Nous nous trouvons dans le rappel traumatique des violences chez les VAVS. Ces pénétrations sexuelles « non classiques » de la relation sexuelle peuvent aussi leur donner un sentiment de puissance, de domination, en faisant ce qu'ils veulent de leur victime.

Bien que plus variés, les mécanismes psychiques durant l'agression commise sont, pour la plupart, en lien avec un passé de victime devenu débordant. La scène de leur agression subie se rejoue lors du passage à l'acte (Garland et Dougher(429)). Ils s'identifient à leur propre agresseur dans un cas sur cinq. Nous retrouvons une diminution des angoisses dans un quart des cas, une reprise de contrôle 1 fois sur 5 et la vengeance est retrouvée 1 fois sur 8 (Bolton et al(516)). Les VAVS sont dans l'agir de la crise traumatique et sa fonction

antidépressive (Balier(37)(523), Ciavaldini(18)) contrairement aux AVS qui sont plus dans la réalisation de désirs.

La victimisation est quasi constante pour les VAVS, et pas seulement au niveau sexuel(Seto et al(359)), mais aussi psychique et physique, bien que moins représentées. La violence physique est présente chez la moitié des VAVS et 2,5 fois plus fréquente que pour les AVS (Auclair et al(459)). Par ailleurs, les violences sexuelles non judiciairisées sont une quasi constante chez les VAVS. Nous pouvons en déduire que les révélations et la reconnaissance du statut de victime sont rares chez les VAVS. D'ailleurs, les VAVS nient l'agression commise comme eux ont été niés dans leur statut de victime. Par contre, à distance de l'acte, les VAVS développent plus de honte et de regrets sur les faits. Ils réalisent leur geste et les conséquences pour les victimes. Nous pouvons nous poser des questions sur leur état psychique et particulièrement la dissociation au moment du passage à l'acte.

Les adolescents VAVS sont toujours, dans l'étude, agressés par des personnes connues(Seghorn et al(457)), majoritairement intrafamiliales, plus fréquemment par le sexe féminin(Glasser et al(430)) que les AVS, souvent au domicile, avec une pénétration 4 fois sur 5 suite à une emprise psychique de l'auteur (Burton(503)). Ils subissent ces violences eux-mêmes très jeunes (autour de 5 à 6 ans en moyenne) (Green(445)). Ils sont plus souvent atteints d'un trouble psychique résultant de leur propre victimisation. Les VAVS ont honte de leur agression subie. Par contre, ils ne sont pas dans le déni ni dans la culpabilité pour la majorité d'entre eux, signe d'une certaine « acceptation » et intériorisation de l'évènement traumatique. Les VAVS se construisent donc très tôt avec un traumatisme occasionné par une personne proche, favorisant un lien insécure avec leur environnement peu étayant, rejetant, voire menaçant (Green(445), Hummel et al(458)).

Justement, dans ces familles de VAVS, nous observons des pères avec lesquels ils sont en conflit et paradoxalement idéalisés malgré leur absence. Les mères, plus présentes ne sont pas moins concernées par les conflits. Ces familles sont vues par nos victimes devenues auteurs comme non-cadrantes et dysfonctionnantes (même si nous ne retrouvons pas plus de trouble psychiatrique, addictologique (contrairement à Péllérin et al(462)) ou somatique) (Van der Put et al(436)). Pour exemple, la sexualité y tient une large place dans les discours, le vécu et les relations (Berman et al(463)); la pornographie également (Simons et al(361)). Tout cela révèle un milieu incestuel marqué (Racamier(397)). Il en découle, d'une part un milieu à risque de subir une agression sexuelle (donc un milieu incestueux), et d'autre part une excitation permanente qui entretient le traumatisme de l'agression subie et une incitation à la répétition et à l'explosion de cette sexualité à la puberté. Nous sommes dans l'apprentissage et la répétition d'un comportement comme le décrit entre autre Burton(438).

Nous pouvons nous demander s'ils ont pu dépasser l'Œdipe. En effet, les VAVS idéalisent un père peu présent avec lequel ils sont en conflit. Ils baignent dans un milieu où l'accès à la sexualité parentale (donc de la mère) et à la scène primaire (Ferenczi(346)) sont la norme. La confusion des générations est habituelle dans ces familles. Pour finir, nous retrouvons un parent agresseur, plus souvent de sexe féminin. Comment le pourraient-ils ? (Misès (519)).

Les VAVS rapportent un passé AVS dans la fratrie, chez les parents et grands-parents dans des proportions importantes (Langevin et al(454)). Le sexe masculin représente la quasi-totalité des agresseurs. Les victimisations sont également représentées dans la fratrie et chez les parents. Elles sont largement féminines (Hyde et al(464)). Cela nous questionne sur un lien transgénérationnel, et sur l'importance des facteurs environnementaux transmis au travers de ces familles incestuelles. L'adolescent VAVS est ici, issu d'une fusion à la fois du passage à l'acte phallique et des capacités de protection génitales précaires.

Cela pourrait expliquer pourquoi les VAVS ne reconnaissent ni la réalité de leur acte commis (Curwen(474)) ni la déviance (Hyde et al(464)), l'agression sexuelle faisant partie du processus de développement familial, voire de l'initiation à la sexualité comme le décrit Ciavaldini(318). Les VAVS sont peu soutenues par la famille pour leur agression subie. L'acte est banalisé et passé sous silence.

Les VAVS s'orientent moins dans la délinquance non sexuelle avant le premier passage à l'acte sexuel. Par contre, pratiquement la moitié ont des antécédents d'agression sexuelle commis non judiciairisés (Hyde et al(464)). Leur *modus operandi* de la violence semble passer par la voie de l'acte sexuel, et non par la violence physique. Cela concorde avec des pulsions agressives à caractères sexuels, plus prégnantes, qui se dégagent dans l'étude.

Ils agressent vers l'âge de 13 ans comme les AVS (un peu plus tôt que les 14 ans de la littérature (Salter et al(437))). Les VAVS semblent passer à l'acte autant en foyer qu'au domicile. Ils agissent 3 fois plus en famille d'accueil que les AVS qui eux, agressent majoritairement au domicile familial. Les VAVS agressent des victimes légèrement plus jeunes (Awad et al(447)), possiblement dans un rappel de leur victimisation à un âge précoce (Stoller(515)). Il en est de même pour le sexe de leur victime avec une agression plus fréquente sur des jeunes garçons (Hanson et al(431)) et en intrafamilial (tout comme la majorité de leur propre agresseur). Leur victime les renvoie à eux-mêmes. Cette répétition, mais du côté de l'agresseur cette fois, pourrait leur permettre de reprendre le contrôle et d'apaiser les angoisses.

Justement, ce passé de victime est certainement en lien avec une honte, une culpabilité et des regrets plus importants après l'acte commis. Une fois la décharge aggressive passée, ils prennent conscience de l'horreur de leur acte, qui s'entrechoque avec leur propre vécu.

Les familles, plus soudées, sont également assez soutenantes auprès de leur adolescent victime devenu auteur. Elles le sont plus que pour l'agression subie. Nous nous retrouvons dans une dichotomie où les passages à l'acte, et l'extériorisation hors du domaine familial, mobilisent la famille alors que la victimisation, secret de famille, tend à désinvestir ce rôle de soutien. Cela questionne sur une causalité indirecte, voire inconsciente, recherchée d'un passage à l'acte avec un retour du rôle actif soutenant de la famille. Probablement en arrière-plan, ce soutien recherché, permet lui aussi de mettre en évidence d'une part la souffrance de l'adolescent comme sujet en grande difficulté, et d'autre part de valider qu'une agression sexuelle sur un enfant est interdite, grave, traumatisante, réhabilitant leur propre statut de victime, jusque-là dénié et non soutenu.

L'étayage amical n'est pas beaucoup plus important pour les VAVS. Nous n'observons pas plus de difficultés scolaires dans les 2 groupes, mais une surreprésentation d'un bas niveau scolaire (Hummel et al(458)). Le redoublement débute, cependant, apparemment, à un âge plus précoce pour les AVS, dès les classes de maternelle. Cela peut être mis en lien avec l'âge de leur agression subie, autour de 5 à 6 ans, qui correspond à la fin de l'école maternelle. Il n'est pas surprenant qu'après leur traumatisme, des changements puissent s'opérer, avec l'apparition de troubles du comportement ou de la concentration par exemple, pouvant influencer sur leurs apprentissages et entraîner un redoublement. A un âge plus avancé, nous retrouvons un nombre de déscolarisation un peu plus important que la moyenne nationale de 1,1% à 14 ans pour atteindre 4,2% à 16 ans (Moyou(547)).

Aucune différence n'est retrouvée entre AVS et VAVS pour les condamnations, ou l'incarcération. Près de la moitié sont placés sous obligation/injonction de soins dans les 2 groupes. Nous retrouvons moins de contrôles judiciaires pour les VAVS. Par contre, la récidive commise dans les 2 groupes est plus forte que dans la littérature avec des taux similaires entre AVS et VAVS à 25% (Nisbet(326)). La réponse judiciaire semble donc identique, ne retenant pas particulièrement le passé de victime dans les sanctions prononcées. D'un autre côté, la non-judiciarisation de leur agression subie est majoritaire. La justice ne peut tenir compte d'un élément qu'elle ignore. Par ailleurs, cette réponse judiciaire est plutôt éducative et sociale que pénale.

Il n'est pas retrouvé de différence non plus au niveau environnemental entre les 2 populations lors du suivi à l'USSA. Cependant, nous notons une honte et des regrets bien plus importants chez nos adolescents victimes devenus auteurs. Il s'agit peut-être d'un signe que le travail de réadaptation psychosocial en cours induit des changements chez les VAVS?

Il est important d'insister sur les similitudes entre les VAVS, leurs auteurs et leurs victimes. De nombreux facteurs se retrouvent autant sur le sexe, l'âge, le dysfonctionnement et le comportement familial. Les VAVS sont dans une recherche du *même* comme le dit Roman(360). Une proportion importante d'entre eux ont un état de stress post-traumatique. Cette recherche du *même* prend la forme d'une expression, d'une réalisation, d'une extériorisation des reviviscences lors du passage à l'acte.

Les limites de l'étude sont nombreuses. Les échantillons sont petits. Le facteur fixé « victime de violence sexuelle » empêchait une randomisation à l'aveugle entre les groupes au risque de réduire encore les échantillons. Par ailleurs, le recueil de données s'est fait uniquement sur dossier, et non par entretien standardisé avec des échelles de cotations. L'étude se voulant large dans les différents champs recherchés, cela entraîne une baisse de significativité des données. Enfin, une limite importante reste la divulgation d'avoir été victime de violence sexuelle. Mais, cette divulgation est-elle le fruit d'un traumatisme réellement subi ? Parmi les auteurs purs, certains ont-ils omis, volontairement ou non, d'aborder un passé de victime, pour diverses raisons ?

Les forces de l'étude résident dans ces échantillons relativement importants pour la population très spécifique sélectionnée. La quantité et la variété des données recueillies est importante, permettant d'envisager une vision plus globale du sujet adolescent VAVS. Par ailleurs, un seul et unique examinateur et cotateur a permis d'éviter certains biais. Enfin, une

relecture avec 2 soignants dont 1 psychiatre pour chaque dossier a permis d'affiner l'exactitude des données.

Il existe évidemment un biais de sélection. La population étudiée ne regroupe que les sujets dont l'agression commise a été révélée et ayant consulté à l'USSA. Une partie importante des agresseurs ne seront jamais suivis en raison de l'absence de divulgation de l'auteur ou de la victime. Par ailleurs, il s'agit d'une population exclusivement masculine, dans une zone géographique précise, qui limite la généralisation des données.

Nous retrouvons également un biais d'information important. Les informations recueillies dans les dossiers peuvent être incomplètes en raison d'une non-divulgation des sujets ou d'une sélectivité des informations retranscrites par les soignants, même si cela est limité par la réévaluation des données avec ces derniers.

Enfin, le biais de confusion est non négligeable au vu de la quantité des données recueillies.

## 5. HYPOTHESES

Nous allons reprendre les réflexions de Ryan(512) pour établir une hypothèse de fonctionnement du cycle abusé-abuseur.

Les effets potentiels de violence sexuelle dans l'enfance incluent un large éventail de conséquences pathologiques pour les victimes durant leur enfance mais également à l'âge adulte. Les victimes de violence sexuelle ressentent souvent des problèmes émotionnels (Adams-Tucker(548)), développementaux (Adams-Tucker(549), Woodling et al(550)), comportementaux (Adams-Tucker(549), Woodling et al(550), Finkelhor 1986(24), Longo(551), Summit(552)) ou de communication (Blum et Gray(553)) durant l'enfance, mais peuvent aussi ressentir des peurs envahissantes, un besoin d'aide (Sanford(554), Longo(551), Weiss et al(555)), un sentiment de dépression (Woodling et al(550), Finkelhor(24), Conte(556)) ou des plaintes somatiques (Adams-Tucker(549), Finkelhor(24), Conte(556)). Ils sont surreprésentés dans l'éducation spécialisée (Conte(556)) et les troubles de l'alimentation chez les nourrissons et les adultes (Haynes-Seman(557), Oppenheimer et al(558)), de même que chez les prostituées (Finkelhor(24)) et parmi les sujets à haut risque de suicide (Adams-Tucker(549), Woodling et al(550)), d'abus de substance (Evans et al(559)), de dysfonctions sexuelles (Becker et al(560)), de troubles de la personnalité (Fagan(561)) et de conversions hystériques (Goodwin et al(562) 1979).

Beaucoup d'adolescents qui agressent des enfants ont révélé avoir débuté ces actes en reproduisant leur propre expérience de violence sexuelle (Longo(551)). Plus récemment, une étude sur des adolescents prépubères a montré que certains d'entre eux ont présenté des comportements sexuels violents dès l'âge de 5 ans (Cavanaugh-Johnson(320)).

Le traumatisme lié à la violence sexuelle est à la fois semblable et différent de celui lié à d'autres types de violences. Bien que la violence sexuelle implique une trahison émotionnelle et une détresse psychologique, la relation peut également répondre au besoin émotionnel d'attention et de soutien de l'enfant vulnérable (Summit(552)), créant ainsi une confusion psychologique pour la victime. L'abus sexuel dépend de l'exploitation de la victime par l'auteur, même si c'est souvent la victime qui se sent coupable et stigmatisée (Conte(556)). Que la violence soit intra ou extrafamiliale, la perception de soi de la victime est mise à mal par l'expérience d'avoir été utilisée en tant qu'objet dans les schémas d'un autre, sans considération pour les besoins ou les désirs de la victime (Willock(563), Steele(564)).

La « sexualisation traumatique » (Finkelhor et Brown(64)) peut façonner la vision de la sexualité de l'enfant dans le sens de troubles du développement ou de dysfonctions des relations interpersonnelles (Conte(556)), et cette expérience peut générer des symptômes post-traumatiques (Adams-Tucker(549), Finkelhor(24) 1986, Conte(556)).

Le fait d'être victime de violence sexuelle peut donc générer une altération du développement ou contribuer à des tendances régressives que Groth et Birnbaum(565) ont conceptualisé à travers les modèles "fixés" ou "régressifs" de la violence sexuelle sur mineur. L'enfant traumatisé peut se fixer sur son traumatisme, recréant cette expérience à travers des modèles ritualisés qui deviennent plus élaborés, plus rigides et plus secrets au cours du temps (Terr(566)). L'enfant victime est exposé à des expériences sexuelles dans un climat

émotionnel de peur et son état de confusion cognitive peut incorporer les distorsions et les rationalisations coercitives de l'agresseur.

Les femmes victimes semblent mieux internaliser leurs comportements de recherche de contrôle, alors que les hommes victimes sont plus enclins à les externaliser à travers des comportements agressifs et antisociaux (Summit(552)).

L'enfant a été non seulement exposé à une expérience sexuelle déviante mais aussi aux distorsions cognitives et aux rationalisations de l'agresseur lorsque celui-ci s'occupe de l'enfant et, inévitablement, utilise la coercition pour protéger son secret (Summit(552)). L'isolement imposé par le secret engendre le développement de croyances irrationnelles chez l'enfant, qui peuvent dégrader l'estime de soi de l'enfant et permettre à la culpabilité et à la confusion d'apparaître en l'absence d'intervention extérieure. Dans une telle situation d'isolement, la victime se sent encore plus impuissante, et la colère peut se voir transformer en fantasmes de représailles afin de reprendre le contrôle. Quand le fantasme laisse place à l'intention, qu'elle soit consciente ou inconsciente, le but de la victime est de regagner le pouvoir et le contrôle perdus lors de l'expérience traumatique. Une distorsion de la pensée peut à ce stade favoriser une progression vers un mode d'adaptation dysfonctionnel, des comportements négatifs ou une infraction pénale (Ryan et al(567)). Particulièrement dans le cas de victimes de sexe masculin, l'identification à l'auteur peut être plus confortable que l'identité de victime, alors que les victimes de sexe féminin auront plus tendance à présenter des comportements auto-agressifs ou à se placer en situation d'emprise dans leurs futures relations (Summit(552)).

De manière simpliste, l'étiologie de l'agression sexuelle d'un auteur peut se trouver dans la tentative de "maîtriser" sa propre impuissance en prenant le rôle de l'agresseur (Ryan(568)).

Le cycle de l'agression sexuelle (Ryan et al(567)) conceptualise une situation qui déclenche un ensemble prévisible de sentiments négatifs, de distorsions cognitives et de comportement de recherche de contrôle, menant à la violence sexuelle.

De tels antécédents peuvent expliquer le passage à l'acte sexuel mais ne peuvent excuser les comportements d'exploitation, irresponsables ou dangereux qui lui font suite. Afin de trouver la motivation nécessaire à un changement significatif, un sujet doit parvenir à effectuer une balance entre l'acceptation de sa propre histoire et l'inconfort du présent.

Le comportement sexuel est renforcé par une récompense physiologique, comme la plupart des conduites addictives, la théorie de l'apprentissage faisant l'hypothèse d'un "appariement" du stimulus et de la récompense (Ryan et al(567)). Lorsque, dans le cas de violence sexuelle subie dans l'enfance, la sexualité a été liée à la peur, la colère, l'impuissance et/ou l'agression, les expérimentations postérieures de ces sentiments peuvent déclencher un cycle aboutissant à une excitation sexuelle, renforçant ainsi l'appariement négatif. Certains auteurs ressentent une excitation majeure lors de la remémoration des abus dont ils ont été victimes (Longo(551) 1986) et, au cours du temps, peuvent arriver à avoir recours à des fantasmes et à des comportements sexuels violents comme unique moyen de "se sentir mieux". Un changement nécessite alors des approches éducatives, comportementales et cognitives, en plus d'un bon *insight*.

Pour les victimes comme pour les auteurs, la problématique de la violence sexuelle est celle du pouvoir et du contrôle. Pour la victime, cela peut être la conséquence de l'abus subi. Pour l'auteur, ils deviennent les déclencheurs de la violence. Ces problématiques peuvent se manifester à travers un large éventail de traits de personnalité et une grande variété de comportements dysfonctionnels. Des modèles cycliques émergent lorsque les victimes tentent de résoudre leurs difficultés à travers des mises en actes négatives (Ryan(512)).

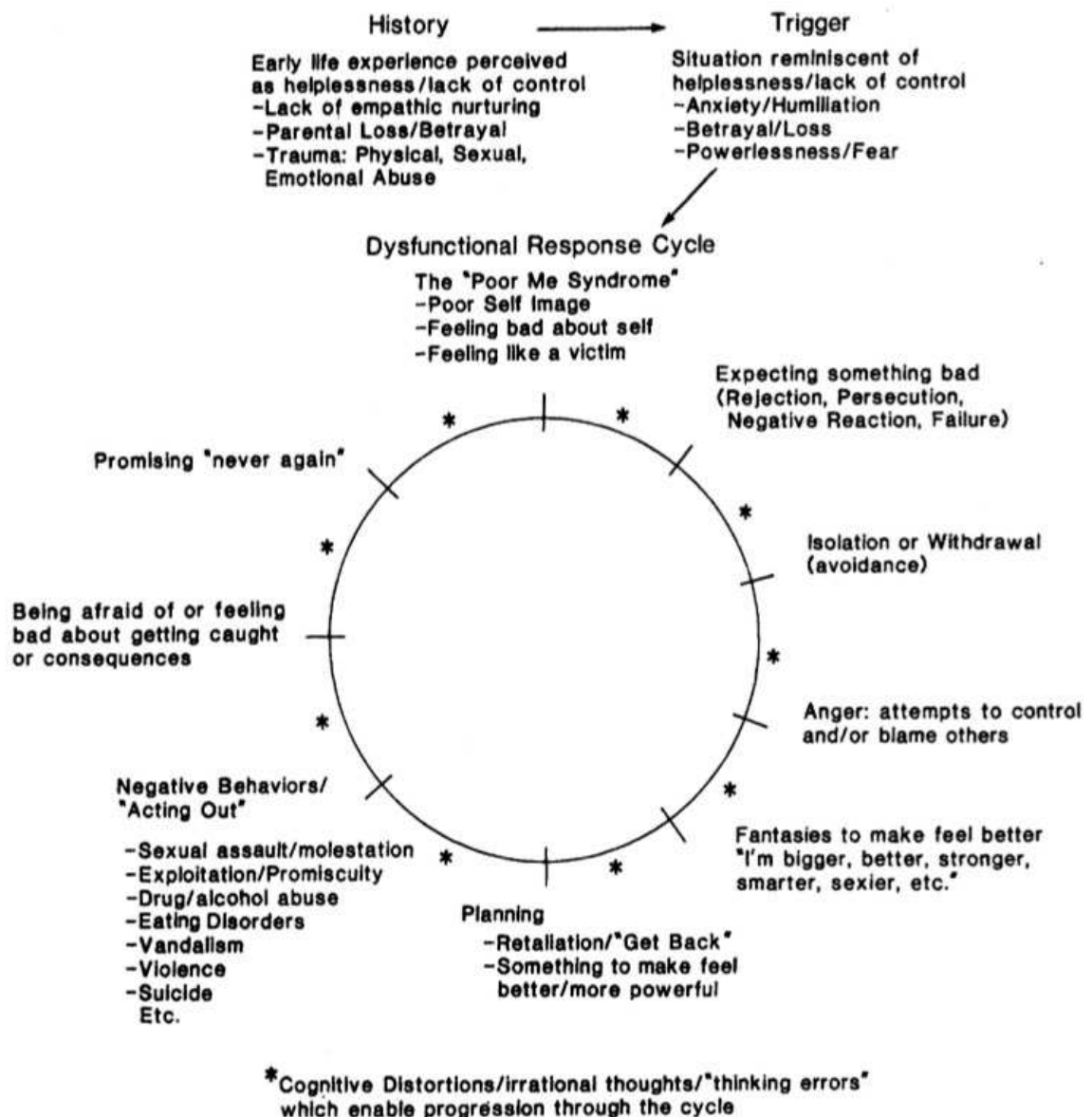


**Figure 3. Cycle des réponses dysfonctionnelles expérimenté par les victimes de violence sexuelle dans l'enfance**

Les AVS sont bien connus pour leurs hauts niveaux de déni et de minimisation qui sous-tendent leurs actes. Les enfants victimes sont exposés aux propres rationalisations et minimisations de l'auteur et peuvent même faire l'expérience du déni chez les personnes en qui ils ont confiance lorsqu'ils tentent de révéler les violences subies (Summit(552)).

Historiquement, les victimes ont tenté de nier leur propre victimisation en prétendant que ce n'était jamais arrivé, en bloquant leurs souvenirs ou en imaginant que l'agression avait seulement atteint leur corps et non leur personne. Les enfants peuvent minimiser les violences subies même après leur révélation, et parfois peuvent se rétracter dans le but de les rendre non réelles.

Le refoulement des aspects traumatiques et l'acceptation d'aspects positifs de l'expérience de violence subie peuvent être le support du futur déni de la nocivité des agressions sur mineurs. A travers le déni, le refoulement et la dissociation, la victime se défend contre les conséquences du traumatisme, mais ces défenses sont inadaptées parce qu'elles sont irrationnelles et ne parviennent pas à protéger les victimes de futurs abus ou conséquences négatives. Des mécanismes d'adaptation irrationnels préparent le terrain pour de futures rationalisations de comportements violents ou de relations d'emprise. Lorsque les parents ou les professionnels nient ou minimisent également la réalité des violences subies lors de leur révélation, le sens des réalités de l'enfant devient confus, et le déni qui supporte l'agression est renforcé.

Souvent, le premier déclencheur du cycle de l'agression est une situation qui pousse le jeune agresseur à développer ce que certains appellent le « Syndrome Pauvre de moi ». La tendance à se sentir injustement persécuté et désolé pour soi est en fait une externalisation de la faute et de la responsabilité et peut agir comme une excuse pour les conséquences négatives qui en découlent. Les jeunes auteurs ressentent souvent que la vie est injuste et qu'ils sont victimes des circonstances ou du destin.

Le sentiment de toute-puissance est tellement envahissant que le déni de responsabilité leur semble rationnel et qu'ils sont incapables de croire en un lien personnel de causalité entre causes et conséquences. La perception d'un contrôle externe est omniprésente dans la faible estime de soi et le sentiment d'impuissance de la victime/de l'agresseur.

Dans le cycle de l'auteur de violence sexuelle, une « culpabilité transitoire » suit l'agression. La culpabilité n'est pas motivée par le comportement agressif ou par une empathie pour la victime mais est seulement en lien avec la peur ou le fait d'être attrapé, ce qui cause chez l'auteur une « perte de contrôle » et un nouveau sentiment d'échec. De la même façon, l'expression de la culpabilité chez un enfant victime de violence sexuelle est plus souvent liée aux « problèmes engendrés par la révélation plutôt qu'à l'agression elle-même » (DeFrancis(569)). La distorsion cognitive de l'agresseur est déjà en marche : l'auteur et la victime croient tous deux que quelque chose de négatif va arriver si le secret est révélé.

Au cours d'interventions auprès d'enfants victimes de violences sexuelles, les professionnels ont souligné le caractère innocent des victimes en essayant d'éviter la culpabilité, connue pour être dévastatrice, en remplaçant la responsabilité de ce qui s'est passé sur l'auteur. Bien que ceci semble parfaitement approprié, il faut aussi faire attention à ne pas rendre l'enfant vulnérable soit en externalisant le contrôle (Hiroto(570)), soit en minimisant ou en niant la responsabilité de l'enfant sur son comportement dans d'autres situations. Les interventions doivent aller dans le sens d'une responsabilisation des auteurs comme des victimes ; l'enfant doit comprendre qu'il doit être responsable de ses futurs comportements, de la même façon que l'auteur est responsable des siens. L'enfant ne doit

pas être autorisé à utiliser le traumatisme subi comme excuse à un comportement irresponsable aujourd'hui, et doit continuer à faire de même à l'avenir.

En tenant les victimes et les auteurs pour responsables de leur comportement à venir, la société doit aussi être tenue pour responsable de la protection de l'enfant et de l'échec de cette protection à l'origine de l'agression. Le fait de placer la faute sur l'auteur pourrait décharger la victime du sentiment de culpabilité mais, en même temps, cela augmenterait le sentiment d'impuissance de la victime en pointant son manque de contrôle, rendant l'enfant vulnérable à des abus répétés à cause d'une attitude du type « pauvre de moi, je suis une victime ».

Les enfants ayant été agressés par quelqu'un de plus grand, de plus fort qu'eux, ou se trouvant dans une position d'autorité vis-à-vis d'eux ne vont pas croire que tout ce qu'on leur dit de dire ou de faire va les protéger de l'agresseur s'ils ne sont pas soutenus par un adulte compétent. Même la théorie du « dénouement correctif » (Terr(571)) nécessite une solution qui soit réellement possible. Des solutions magiques basées sur un enfant déjouant ou accablant un agresseur passé ou potentiel nécessitent de se remettre à penser qu'il s'agit d'une recherche de contrôle à travers le contrôle de l'autre.

En anticipant une réaction négative tels qu'un rejet ou un échec dans les relations interpersonnelles, le jeune auteur de violence sexuelle reprend le contrôle soit en provoquant soit en évitant ce à quoi il s'attend. L'auto-isollement réalise la peur de la solitude et les pensées de représailles reflètent la perception de l'auteur qu'il/elle est la victime d'un monde sans empathie. Les fantasmes qui s'en suivent sont des tentatives de « se sentir mieux » en sortant la tête haute du scénario qu'ils imaginent, quel qu'il soit. A travers ce cycle, les auteurs nomment d'abord tout sentiment « colère », mais quand la cause sous-jacente à cette colère est explorée, la frustration et l'impuissance sont révélées. Le manque ou la perte de contrôle perçus déclenchent le cycle. Le traumatisme de la victime de violence sexuelle est une expérience d'impuissance, et le problème le plus central des victimes est de retrouver le contrôle.

La « responsabilisation » est un terme souvent utilisé dans les plaidoyers pour les victimes, mais la responsabilisation est à double tranchant si elle est basée sur les sentiments plutôt que sur un processus de pensées, ou si elle utilise des hypothèses irrationnelles pour soutenir un sens du contrôle erroné. Les victimes pourraient utiliser des croyances irrationnelles dans le but de faire face à ce qui leur est arrivé. En imaginant qu'elles auraient pu prévenir leur agression, elles se sentent responsables de ne pas avoir pu l'éviter plus qu'elles ne se sentent impuissantes. Cela peut être un mécanisme d'adaptation temporaire leur permettant de se sentir mieux (Conte(556)), mais au fil du temps, celui-ci devient inadapté car il rend les victimes responsables plus que les auteurs. La victime qui croit qu'elle aurait pu éviter son agression (« si seulement j'avais crié ») peut devenir l'auteur qui pense que les victimes veulent être agressées « puisqu'elles ne crient pas ».

La vraie responsabilisation ne peut pas se situer dans l'externalisation ou dans le fantasme. Elle doit venir du sens personnel de l'estime de soi de chacun et être basée sur des mécanismes de pensées rationnels, c'est-à-dire réels et fonctionnels. La vraie responsabilisation est la capacité d'examiner ses propres mécanismes de pensées et de corriger les assertions erronées qui gouvernent l'impact émotionnel et psychologique des

expériences de chacun. A travers un processus de pensée rationnel, la victime retrouve le contrôle, non pas en contrôlant les autres, mais en contrôlant l'impact que les autres ont sur elle. Les limites du pouvoir chez l'enfant doivent être reconnues : souvent, les enfants ne peuvent pas contrôler certaines situations, et ils ne doivent pas être encouragés à contrôler les autres. Le pouvoir de l'enfant est dans le contrôle de lui-même, la découverte de sa force, et dans sa capacité à identifier et à s'appuyer sur des adultes fiables et protecteurs.

Les manifestations de colère et même de comportement violent dans l'environnement « sûr » de la thérapie par le théâtre ont été autorisées et même encouragées, croyant que le fait de jouer la colère les résout et soulage la victime de son sentiment d'impuissance (Mann et al(572)). L'effet cathartique est admis. Des résultats ont cependant démontré que l'effet cathartique ne peut pas être étendu à l'agression. La mise en acte pourrait en effet renforcer l'agression plutôt que l'atténuer (Goldstein(573)).

Dans les thérapies pour enfants victimes, Terr(571), dans son travail sur le « jeu post-traumatique » a démontré que, pour les enfants traumatisés, « la remise en actes ne fonctionne pas pour réduire l'anxiété ». L'enfant n'a pas été protégé ou extrait de la situation traumatique, et ne pourrait donc plus croire en des héros ou en une puissance divine. Parce que l'effet du trauma continue, le sens du contrôle de l'enfant dépend de la préservation d'un connu qui peut être anticipé plutôt que de s'aventurer dans un inconnu incontrôlable. Parce que le jeu de l'enfant concerne des événements externes réels, l'expérience traumatique ne peut pas toujours être remodelée par le jeu. Terr décrit le traumatisme remis en acte dans le jeu comme étant consolidé plutôt que résolu.

Dans le cycle du jeune auteur, la colère et les comportements de représailles sous-tendent la progression vers l'agression sexuelle, et la thérapie travaille à inverser cette tendance, à analyser la pensée et à résoudre la colère cognitivement plutôt qu'à travers les émotions ou les comportements. Apprendre à « repenser » les situations pour réduire les émotions négatives est à favoriser plutôt que « d'agir » les sentiments négatifs. Pour les jeunes auteurs, un jeu mettant en scène l'agressivité (et en particulier les comportements et pensées sexuels agressifs) supporte et renforce le risque de passage à l'acte sur l'autre, plutôt qu'il ne les réduit. Pour certains auteurs, la mise en acte est un signal de haut risque de nouveau passage à l'acte.

Dans une étude clinique, des garçons âgés entre 6 et 11 ans victimes de violence sexuelle présentaient déjà des modèles d'agression qui étaient loin d'être situationnels, des incidents de « réactivité sexuelle » lors de l'évaluation des victimes en vue d'un traitement. Ces jeunes victimes/auteurs planifiaient, calculaient et rationalisaient de la même façon que des auteurs plus âgés, par exemple dans la manière par laquelle ils approchaient et prenaient soin des potentielles victimes ou menaient/entretenaient les violences (Isaac(574)).

Au cours d'entretiens structurés utilisant des questions ouvertes à propos des souvenirs de jeux dans l'enfance, Law a interviewé 12 adolescents AVS incarcérés qui participaient à un groupe de traitement spécifique pour les auteurs. 25% de l'échantillon de cette étude décrivaient des scénarios d'agression sexuelle avec des animaux en peluche durant la petite enfance, et 25% supplémentaires rapportaient des actes de cruauté envers les animaux durant la période de latence. Plus tard à l'adolescence, ils se remémoraient ces comportements comme des « répétitions » de leurs agressions sexuelles. Les comportements

concernant les animaux en peluche incluait la mutilation, l'urination et la pénétration, ainsi que des agressions physiques et verbales. Les fantasmes qu'ils rapportaient comprenaient les mêmes pensées d'emprise et de coercition qui sous-tendaient, plus tard, leurs agressions sur des enfants. Un adolescent rapportait des conversations avec son « nounours » dans lesquelles le refus du nounours de se soumettre à des scènes d'agression sexuelle déclenchait la destruction totale de la peluche. Nosologiquement, la colère de la victime et son désir de représailles doivent être identifiés, mais les professionnels peuvent avoir besoin de repenser la résolution afin que l'intervention ne renforce pas par inadvertance la pensée déformée ou le comportement négatif et soutiennent, ainsi, le pronostic d'un dysfonctionnement ultérieur.

Les victimes ont souvent montré une plus grande acceptation des violences et des attentes contre récompense. Les enfants victimes qui mettent en scène l'agression sont déjà en lien avec leur colère et ne doivent pas être encouragés à mettre en scène des scénarios de représailles ou des expériences de violence sexuelle. La notion de responsabilisation doit être introduite dans la thérapie. La résolution cognitive peut s'appuyer sur une imagerie aversive qui apparie des conséquences négatives avec des comportements d'abus, et l'empathie pour la victime doit être mise en relief. Le rôle du thérapeute doit être de découvrir une résolution non agressive et asseoir la réalité des conséquences négatives de l'agression.

L'intervention doit inclure l'évaluation de la réaction initiale de la famille et son adaptation au décours afin de connaître ses éventuels modèles bien intentionnés mais destructeurs. Les parents se sentent parfois personnellement violés par l'agression de leur enfant et peuvent ouvertement présenter des comportements de toute-puissance ou de contrôle, et des projets de représailles. Une distinction doit être faite entre la responsabilité et les représailles, et les solutions irrationnelles doivent être contrées.

Les fantasmes dans lesquels un jeune auteur s'engage pour s'imaginer aller mieux sont l'étape entre la colère liée à son impuissance et la planification de son agression sexuelle. Le contenu du fantasme peut être positif ou négatif, et tous deux reflètent et renforcent, comme le théâtre, les forces et les faiblesses des processus de pensée d'un individu. Quand un fantasme basé sur des processus de pensée déviants n'est pas soumis à une réaction, une correction ou une validation externe, cela peut renforcer les pensées déviantes et ainsi mener à l'exécution de ce qui avait été imaginé. Dans d'autres cas, des processus de pensées irrationnels ou distordus peuvent autoriser l'agresseur à mettre en acte un fantasme approprié avec un partenaire inapproprié. Les fantasmes peuvent être basés sur une expérience passée. Quand cette expérience est une agression sexuelle, le fantasme peut renforcer le caractère agréable de certaines sensations physiques (en particulier si associé à la masturbation) et en annuler les conséquences négatives. Des signes d'annulation partielle (« Ce n'était pas si mal » ou « Je l'ai mérité ») peuvent refléter des biais cognitifs sous-tendant la violence.

Dans la thérapie par le jeu, les enfants ne pouvant pas verbaliser le contenu de leurs pensées sont souvent autorisés à mettre en scène leurs fantasmes, sentiments ou expériences. Bien que le thérapeute doive répondre au contenu de leur jeu en acceptant les sentiments, il doit scrupuleusement les séparer des comportements négatifs et travailler à intégrer la résolution des conflits dans un cadre cognitif.

Les thérapeutes doivent chercher à confronter les perceptions irrationnelles et à offrir des alternatives rationnelles. Les expressions comportementales de l'agression doivent être strictement limitées à une période de diagnostic. La responsabilité et les conséquences des agissements qui démontrent des processus de pensées irrationnels et entraînent une victimisation de l'autre doivent être rapidement soulevées. L'enfant qui personnalise le « sac de frappe » ou nomme la poupée avant de la détruire doit être redirigé vers une gestion plus fonctionnelle et empathique de la colère. Les scénarios de colère et de représailles sont des rôles joués en faveur de l'agression et de la victimisation ; ils doivent être minimisés et contrôlés plutôt qu'encouragés ou permis.

La violence sexuelle se passe dans le secret et le secret lui permet de perdurer. Dans le traitement des jeunes AVS, la plupart des thérapeutes exigent une renonciation à la confidentialité dans une affirmation claire que l'auteur doit être prêt à renoncer au secret qui a sous-tendu son passage à l'acte. Le secret de l'abus sexuel a été établi par l'auteur par la contrainte et/ou la menace, et la perception de la victime du pouvoir du secret doit être comprise. La crainte de l'enfant d'une divulgation complète peut être fondée sur l'anticipation d'une réaction négative ou sur la perception persistante que l'auteur est plus puissant que tout autre protecteur disponible. Tant que son secret reste isolé du monde de l'enfant, il demeure puissant. Si l'enfant réussit à révéler complètement son secret à ceux à qui il a été averti de ne pas le dire, et éprouve une réaction de soutien plutôt que le trouble redouté, le secret est dissipé et perd de son pouvoir. La vie privée légitime et le secret dangereux doivent être distingués et la révélation totale des violences par la victime doit être encouragée. Si les secrets de l'abus sont conservés dans la relation thérapeutique, la thérapie peut par inadvertance faire perdurer les problèmes de déni, de minimisation et de vulnérabilité.

L'empathie pour la victime est un élément clé de la prévention des violences sexuelles et les thérapeutes doivent savoir que de nombreux enfants victimes étaient vulnérables aux avances du prédateur parce qu'ils n'avaient jamais ressenti d'empathie (Willock(563), Isaac(574) 1987). Pour l'enfant qui n'a jamais ressenti de soins empathiques durant sa petite enfance, l'attention offerte par l'auteur durant la phase de « *soin* » et le plaisir que l'enfant peut ressentir dans cette relation peuvent être perçus comme une contrepartie équitable vis-à-vis des aspects négatifs du traumatisme (Isaac(574)). L'enfant est à haut risque de s'identifier à son agresseur, en incorporant ses logiques distordues. L'enfant utilise inévitablement un mode d'interprétation qui reflète son histoire de vie alors qu'il essaie de faire face à ce test sévère de son sens de soi ou de sa valeur personnelle. Le thérapeute doit essayer d'entrer dans le modèle de références de l'enfant et de vraiment comprendre son expérience de la violence afin de contrer les hypothèses erronées que l'enfant a attachées à la relation d'emprise. Nous ne pouvons pas supposer que le traumatisme de chaque enfant est le même. La propre douleur de la victime doit être identifiée et ressentie s'il veut comprendre la douleur des autres. La capacité d'empathie doit commencer par soi-même.

## 6. PROFILS TYPES

| <b>Population</b><br><b>Caractéristiques</b> | <b>AVS</b><br><b>Etude</b>   | <b>VAVS</b><br><b>Etude</b>                |
|----------------------------------------------|------------------------------|--------------------------------------------|
| <b>Agression subie</b>                       |                              |                                            |
| Âge                                          |                              | 5 ans 9 mois                               |
| Sexe Auteur                                  |                              | 20% de femmes                              |
| Lien avec auteur                             |                              | Intrafamilial majoritairement              |
| Mode opératoire auteur                       |                              | Emprise psychique                          |
| Lieu agression                               |                              | Domicile                                   |
| Pénétration                                  |                              | Très fréquente                             |
| <b>Agression commise</b>                     |                              |                                            |
| Âge                                          | 13 ans                       | 13 ans 6 mois                              |
| Sexe victime                                 | Fille                        | Garçon                                     |
| Age victime                                  | 10 ans 6 mois                | 8 ans 3 mois                               |
| Lien avec victime                            | Varié                        | Intrafamilial                              |
| Lieu agression                               | Domicile                     | Foyer et Domicile                          |
| Pénétration                                  | Peu fréquente<br>Vaginale    | Fréquente<br>Anale, Vaginale, Orale        |
| Reconnaissance des faits                     | Rare                         | Fréquente                                  |
| Honte à distance                             | Rare                         | Fréquente                                  |
| Mécanisme psychique                          | Exploratoire                 | Répétition de l'agression subie            |
| Troubles psychiatriques*                     | Oui<br>Trouble des conduites | Oui<br>EDC, ESPT,<br>Trouble des conduites |

| <b>Clinique</b>                        |                                |                                  |
|----------------------------------------|--------------------------------|----------------------------------|
| Pulsions*                              | Sexuelles                      | Agressives                       |
| Humiliation*                           | Non                            | Oui                              |
| Sentiment d'abandon*                   | 1 / 2                          | Quasi constant                   |
| Scarifications*                        | Rares                          | Fréquentes                       |
| TA                                     | Très Rare                      | Fréquente                        |
| Victimisation                          | Physique                       | Physique, Sexuelle,<br>Psychique |
| Traits personnalité                    | Antisocial                     | Borderline, narcissique          |
| <b>Pénal</b>                           |                                |                                  |
| Infraction                             | Fréquente<br>Violence physique | Fréquente,<br>Violence sexuelle  |
| Récidive sexuelle                      | 14,81%                         | 18,51%                           |
| Famille antécédents<br>AVS             | Rare                           | Fréquent,<br>de sexe masculin    |
| Famille antécédents<br>victime         | Rare                           | Fréquent,<br>de sexe féminin     |
| <b>Famille</b>                         |                                |                                  |
| Sexualité familiale                    | Classique                      | Incestuelle                      |
| Dysfonctionnement<br>familial ressenti | Fréquent                       | Constant                         |
| Redoublement scolaire                  | Début adolescence              | Enfance                          |

*\*différences significatives dans l'étude entre les adolescents VAVS et les adolescents AVS*

# CONCLUSION

L'adolescence est une période de bouleversement. Le corps change, la pensée se complexifie, les émotions et les pulsions prennent une place nouvelle et grandissante dans la vie de ces sujets qui ne sont plus des enfants mais pas encore des adultes. Ces changements entraînent des réaménagements psychiques importants tant chez les victimes que chez les auteurs de violence sexuelle.

Les adolescent victimes devenus auteurs présentent plus de décompensations psychiatriques que les auteurs non-victimes. Le lien avec le traumatisme subi dans l'enfance semble prégnant, récurrent, tant dans la littérature que dans notre étude. Ces VAVS ont des troubles psychiques dans le registre anxiodépressif et surtout post traumatique.

Les études rapportent que 10% de la population est victime de violence sexuelle. Une faible proportion deviendra auteur de violence sexuelle. Mais cela représente tout de même 50 % des auteurs de violence sexuelle.

La victimisation sexuelle est peu dénoncée, d'autant plus durant l'enfance. Une très large majorité des victimes sont féminines, mais le sexe masculin n'est pas épargné. Par contre, les victimes des VAVS sont plutôt masculines, rappelant leur propre statut de victime à ces agresseurs.

Cette victimisation présente 2 périodes critiques. La période 6-7 ans est très fréquente et se retrouve autant chez les VAVS que chez leurs victimes, ce qui n'est pas anodin. La période de 10-12 ans est également à risque de victimisation, mais plutôt pour les victimes d'AVS.

Le milieu familial est dysfonctionnel. Le niveau socio-économique varié, les addictions et les faibles capacités de sécurité et d'attachement, les troubles psychiques familiaux sont fréquemment retrouvés. Les violences intrafamiliales sont récurrentes. Les VAVS vivent dans un environnement traumatogène, traumatisé, traumatique et traumatisant:

- Traumatogène avec des proches qui ne les protègent pas contre la négligence, le rejet ou encore avec un manque de surveillance ;
- Traumatisé avec ces proches eux-mêmes victimes, souvent la mère ;
- Traumatique avec ces mêmes proches agresseurs, fréquemment le père, bien que l'agresseur de sexe féminin soit un des facteurs influençant le devenir VAVS ;
- Traumatisant avec ces proches excitateurs / incitateurs à l'agression (sexuelle ou non).

L'attachement insécurisé favorise les troubles relationnels. Le déni, l'empathie, la culpabilité, le rejet deviennent des notions floues. La norme générale n'est plus la leur au vu du trauma subi et des distorsions cognitives qui en découlent. Le rapport à la sexualité change également. Certains tabous tombent. La recherche du rapprochement prend une autre forme ; la relation sexuelle devient autre chose que la recherche du plaisir et du partage avec l'autre. D'ailleurs, de partage, nous ne parlerons pas. Pour victimes comme auteurs, la question de l'impuissance et de la domination priment. C'est d'ailleurs ce que les

VAVS tentent de retrouver par leur acte, après les avoir perdues durant leur agression traumatique.

Le passage à l'acte semble être une répétition d'un traumatisme passé. L'état de stress post traumatique s'exprime, par la symptomatologie habituelle. Mais cela va bien au-delà. Du développement au choix de la victime en passant par les actes, l'agression semble se répéter, comme une mise en acte de reviviscence traumatique.

La prévention occupe une place centrale dans cette population VAVS. Protéger ces enfants de l'agression et la détecter, si elle se produit, permet potentiellement d'endiguer le cycle abusé / abuseur. La prévention primaire, si importante pour éviter que ne se produise le traumatisme et ses conséquences, est difficile à envisager. Trop peu de temps est consacré dans notre pays à l'éducation à la sexualité, à l'appareil sexuel, la fécondation, autant dans les concepts que dans le concret. De plus, ces temps d'échanges arrivent tardivement, au collège généralement.

La prévention secondaire est tout aussi compliquée à développer. Un lien plus étroit avec la scolarité et les services sociaux serait à renforcer afin de dépister plus précocement les agressions. Encore faut-il que les jeunes dénoncent leur victimisation, ce qui est rare comme nous avons pu le constater.

Enfin, la prévention tertiaire semble croître dans notre pays avec la création d'unités telle que l'USSA. Cependant, elles doivent encore se développer et améliorer leur accès et le maintien du suivi. Un lien avec les autorités judiciaires devrait être amplifié afin que ces jeunes soient orientés vers ces structures. Un travail psychothérapeutique et psychiatrique de ces jeunes malades, sur le trauma, accompagné d'un traitement médicamenteux si nécessaire, est essentiel. Réaménager les capacités relationnelles, réguler l'altération du système de croyance et de la conscience, rétablir une régulation émotionnelle sont indispensables pour dépasser le traumatisme mais également éviter une récurrence, de l'ordre de 5 à 14% dans la littérature, mais plus fréquente dans notre étude. Ce travail comprend également un volet important sur la relation à l'autre. Travailler l'empathie, la souffrance de l'autre, les affects sont essentiels pour comprendre l'environnement qui entoure ces jeunes et leur permettre de mieux l'appréhender.

La justice a également un rôle important à jouer. D'une part, elle impose un cadre, des limites à ces jeunes qui n'ont pas forcément les mêmes interdits et d'autre part, elle permet, par la reconnaissance de l'acte subi, une reconnaissance du statut de victime. Au-delà du rôle cathartique, cela met en mouvement des processus psychiques de résilience et peut potentiellement permettre un accès aux soins. Par ailleurs, ces fameux interdits sont rappelés et peuvent être travaillés. Ainsi, une prise de conscience des actes et de leurs conséquences pourrait être renforcée. Les peines, par la connaissance de leur existence, auront pour le jeune, un sens (au mieux préventif et dissuasif, au pire de sanction et d'accès aux soins).

Le passage à l'acte n'est pas anodin. Il exprime quelque chose. Il serait intéressant de savoir s'il est prodrome ou conséquence d'une décompensation psychiatrique afin de possiblement détecter plus tôt ces jeunes en souffrance et les aider avant qu'ils ne commettent une infraction sexuelle, entretenant le cycle de l'abusé / abuseur.

# BIBLIOGRAPHIE

1. Cicchetti D, Carlson V. Child maltreatment: Theory and research on the causes and consequences of child abuse and neglect. New York, NY, US; 1989.
2. Widom E. Childhood victimization and risk for adolescent problem behavior. In: Adolescent problem behaviors. New York: Lawrence Erlbaum associates; 1994.
3. Wodarski JS, Kurtz PD, Gaudin JM, Howing PT. Maltreatment and the school-age child: major academic, socioemotional, and adaptive outcomes. Soc Work. nov 1990;35(6):506-13.
4. Stathopoulos M, Australian Centre for the Study of Sexual Assault, Australian Institute of Family Studies. Sibling sexual abuse. Melbourne, Vic.: Australian Institute of Family Studies; 2012.
5. Rayment-McHugh S, Nisbet I. Sibling incest offenders as a subset of adolescent sex offenders. Child sexual abuse : justice response or alternative resolution: Proceedings of Australian Institute of Criminology Conference [Internet]. 1 janv 2003; Disponible sur: [https://epubs.scu.edu.au/ccyp\\_pubs/6](https://epubs.scu.edu.au/ccyp_pubs/6)
6. O'Brien W. Australia's response to sexualised or sexually abusive behaviours in children and young people. Australian Crime Commission; 2010.
7. Fredrick M., Knutson JF, Trickett P.K., Flanzer S.M. Child abuse and neglect: definitions, classifications, and a framework for research.
8. Putnam FW. Ten-year research update review: child sexual abuse. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. mars 2003;42(3):269-78.
9. Ryan G. Childhood sexuality: a decade of study. Part I Research and curriculum development. Child Abuse Negl. janv 2000;24(1):33-48.
10. Calderone M. Fetal erection and its message to us. Sex Education and Information Council of the United States; 1983.
11. Ryan G, Leversee TF, Lane S. Juvenile Sexual Offending: Causes, Consequences, and Correction. 3 edition. Wiley; 2011. 506 p.
12. Deda G, Çaksen H, Suskan E, Gümüş D. Masturbation mimicking seizure in an infant. Indian J Pediatr. 1 août 2001;68(8):779-81.
13. Chatton D, Desjardins J-Y, Desjardins L, Tremblay M. La sexologie clinique basée sur un modèle de santé sexuelle. Psychothérapies. 2005;25(1):3.
14. Ryan G, Lane S. Understanding and responding to the sexual behavior of children: Trainer's manual. Kempe Children's Center; 1993.
15. Bowlby J. Attachment and Loss. New York: Basic Books; 1973.
16. Volbert R. Sexual Knowledge of Preschool Children. Journal of Psychology & Human Sexuality. 12 oct 2000;12(1-2):5-26.

17. Reynolds MA, Herbernack DL, Bancroft J. The nature of childhood sexual experiences : Two studies 50 years apart. In: Sexual développement in childhood. Blommington: Indiana University Press; 2003. p. 134-55.
18. Kellogg ND. Clinical Report—The Evaluation of Sexual Behaviors in Children. *Pediatrics*. 1 sept 2009;124(3):992-8.
19. Friedrich WN, Fisher JL, Dittner CA, Acton R, Berliner L, Butler J, et al. Child Sexual Behavior Inventory: normative, psychiatric, and sexual abuse comparisons. *Child Maltreat*. févr 2001;6(1):37-49.
20. Bozon M, Kontula O. Initiation sexuelle et genre : comparaison des évolutions de douze pays européens. *Population*. 1997;52(6):1367-400.
21. Bozon M. L'entrée dans la sexualité adulte : le premier rapport et ses suites. *Population*. 1993;48(5):1317-52.
22. Bowlby J. The making and breaking of affectional bonds. *Br J Psychiatry*. mars 1977;130:201-10.
23. Fondacaro KM, Holt JC, Powell TA. Psychological impact of childhood sexual abuse on male inmates: the importance of perception. *Child Abuse Negl*. avr 1999;23(4):361-9.
24. Finkelhor D, Araji S, Baron L, Browne A, Peters SD, Wyatt GE. A sourcebook on child sexual abuse. Thousand Oaks, CA, US: Sage Publications, Inc; 1986. 276 p. (A sourcebook on child sexual abuse).
25. Constantine LL. Effects of early sexual experiences : A review and synthesis of research. In: *Children and Sex*. Boston: Little, Brown; 1981.
26. Jeammet P in Halfon O P. Sens et non-sens de la violence. La violence : une réponse à une menace sur l'identité. 2002;179-212.
27. Seto MC. Pedophilia and sexual offending against children: Theory, assessment, and intervention. Washington, DC, US: American Psychological Association; 2008. xvi, 303 p. (Pedophilia and sexual offending against children: Theory, assessment, and intervention).
28. Tenbergen G, Wittfoth M, Frieling H, Ponseti J, Walter M, Walter H, et al. The Neurobiology and Psychology of Pedophilia: Recent Advances and Challenges. *Front Hum Neurosci*. 24 juin 2015;9.
29. Sigre-Leirós V, Carvalho J, Nobre PJ. Adult interpersonal features of subtypes of sexual offenders. *J Forensic Leg Med*. août 2015;34:5-10.
30. Eastvold A, Suchy Y, Strassberg D. Executive function profiles of pedophilic and nonpedophilic child molesters. *J Int Neuropsychol Soc*. mars 2011;17(2):295-307.
31. Strassberg DS, Eastvold A, Wilson Kenney J, Suchy Y. Psychopathy among pedophilic and nonpedophilic child molesters. *Child Abuse Negl*. avr 2012;36(4):379-82.
32. Rabaux J. Les mineurs délinquants sexuels. *Journal du droit des jeunes*. 2007;N° 265(5):15-21.

33. Kail, Le Caisne. Mineurs auteurs et/ou victimes de violences sexuelles, pris en charge par la protection judiciaire de la jeunesse. Direction de la Protection Judiciaire de la Jeunesse; 2001.
34. Gutton P. Le pubertaire. Paris cedex 14: Presses Universitaires de France; 2013. 324 p. (Quadrige).
35. Marty F. l'adolescent et son corps: les enjeux de la génitalisation. Transaction narcissique à l'adolescence. Dunod. 2002;53-72.
36. Lemitre S, Coutanceau R. Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence. Trouble des conduites sexuelles à l'adolescence Clinique, théorie et dispositif thérapeutique. 2006;183-8.
37. Balier C. Psychanalyse des comportements sexuels violents. Paris: Presses Universitaires de France; 1999.
38. Couraud S in Marty F. L'acte criminel à l'adolescence. In: L'illégitime violence La violence et son dépassement à l'adolescence. Toulouse: ERES; 1997. p. 111-28. (Actualité de la psychanalyse).
39. Balier C. La violence à la lumière des processus adolescents. Adolescence. 1998;16(1):117-26.
40. Guillaumin J. Adolescence et désenchantement. Besoin de traumatisme et adolescence. 2001;9-21.
41. Lavergne C, Tourigny M. Incidence de l'abus et la négligence envers les enfants: Recension des écrits. Criminologie. 1 janv 2000;33:47-72.
42. US Department of Heath and Human Services. Child Maltreatment 2006. US Government Printing Office; 2006.
43. US Department of Heath and Human Services. Child Maltreatment 2016. US Government Printing Office; 2016.
44. Kellogg N, American Academy of Pediatrics Committee on Child Abuse and Neglect. The evaluation of sexual abuse in children. Pediatrics. août 2005;116(2):506-12.
45. Gorey KM, Leslie DR. The prevalence of child sexual abuse: integrative review adjustment for potential response and measurement biases. Child Abuse Negl. avr 1997;21(4):391-8.
46. Pereda N, Guilera G, Forns M, Gómez-Benito J. The prevalence of child sexual abuse in community and student samples: a meta-analysis. Clin Psychol Rev. juin 2009;29(4):328-38.
47. Stoltenborgh M, van Ijzendoorn MH, Euser EM, Bakermans-Kranenburg MJ. A global perspective on child sexual abuse: meta-analysis of prevalence around the world. Child Maltreat. mai 2011;16(2):79-101.
48. Jones L, Finkelhor D. The Decline in Child Sexual Abuse Cases. Juvenile Justice Bulletin [Internet]. 1 janv 2001; Disponible sur: <https://scholars.unh.edu/ccrc/6>

49. Finkelhor D, Jones L. Updated trends in child maltreatment. Crimes against children research centre; 2008.
50. Collin-Vézina D, Hélie S, Trocmé N. Is child sexual abuse declining in Canada? An analysis of child welfare data. *Child Abuse Negl.* nov 2010;34(11):807-12.
51. Tourigny M, Mayer M, Wright J, Lavergne C, Trocmé N, Hélie S, et al. Étude sur l'incidence et les caractéristiques des situations d'abus, de négligence, d'abandon et de troubles de comportement sérieux signalées à la direction de la protection de la jeunesse au Québec (ÉIQ). 2002.
52. Wolfe VV. Assessment of childhood disorders, 4th ed. In: *Child Sexual Abuse*. New York, NY, US: Guilford Press; 2007. p. 685-748.
53. London K, Bruck M, Wright DB, Ceci SJ. Review of the contemporary literature on how children report sexual abuse to others: findings, methodological issues, and implications for forensic interviewers. *Memory.* janv 2008;16(1):29-47.
54. Baril K, Tourigny M. Dévoiler l'agression sexuelle : qui dévoile et quels sont les impacts chez les victimes. Communication au congrès international AIVI. 2010.
55. Hébert M, Tourigny M, Cyr M, McDuff P, Joly J. Prevalence of childhood sexual abuse and timing of disclosure in a representative sample of adults from Quebec. *Can J Psychiatry.* sept 2009;54(9):631-6.
56. Black DA, Heyman RE, Slep AMS. Risk factors for child physical abuse. *Aggression and Violent Behavior.* 2001;6(2-3):121-88.
57. Knutson JF. Psychological Characteristics of Maltreated Children: Putative Risk Factors and Consequences. *Annual Review of Psychology.* 1995;46(1):401-31.
58. Russell DE. The incidence and prevalence of intrafamilial and extrafamilial sexual abuse of female children. *Child Abuse Negl.* 1983;7(2):133-46.
59. Holmes WC, Slap GB. Sexual Abuse of Boys: Definition, Prevalence, Correlates, Sequelae, and Management. *JAMA.* 2 déc 1998;280(21):1855-62.
60. Alter-Reid K, Gibbs MS, Lachenmeyer JR, Sigal J, Massoth NA. Sexual abuse of children: A review of the empirical findings. *Clinical Psychology Review.* 1986;6(4):249-66.
61. Brenda J. Vander Mey, Neff RL. Adult-Child Incest: A Sample of Substantiated Cases. *Family Relations.* 1984;33(4):549-57.
62. Tourigny M, Hébert M, Daigneault I, Jacob M. Portrait québécois des signalements pour abus sexuel faits à la direction de la protection de la jeunesse (Rapport de recherche). Sherbrooke, Canada, Université de Sherbrooke; 2005.
63. Tourigny M, Hébert M, Joly J, Cyr M, Baril K. Prevalence and co-occurrence of violence against children in the Quebec population. *Aust N Z J Public Health.* août 2008;32(4):331-5.
64. Finkelhor D, Browne A. The traumatic impact of child sexual abuse: a conceptualization. *Am J Orthopsychiatry.* oct 1985;55(4):530-41.

65. Fleming J, Mullen P, Bammer G. A study of potential risk factors for sexual abuse in childhood. *Child Abuse Negl.* janv 1997;21(1):49-58.
66. Dufour, Tourigny MH et, M. La consommation de drogues ou d'alcool en tant que facteur de risque des agressions sexuelles envers les enfants : recension des écrits. Centre québécois de lutte aux dépendances. 2016.
67. Faller KC. What happens to sexually abused children identified by child protective services? *Children and Youth Services Review.* 1 janv 1991;13(1):101-11.
68. Finkelhor D. Child sexual abuse : new theory and research. *Sociology Scholarship* [Internet]. 1 janv 1984; Disponible sur: [https://scholars.unh.edu/soc\\_facpub/339](https://scholars.unh.edu/soc_facpub/339)
69. Paveza GJ. Risk factors in father-daughter child sexual abuse: A case-control study. *Journal of Interpersonal Violence.* 1988;3(3):290-306.
70. Hamel M, Cadrin H. Les abus sexuels commis envers les enfants. Canada : DSC du CH régional et DPJ du CSS du Bas-du-Fleuve; 1991.
71. Bolen RM. Child sexual abuse: Its scope and our failure. Dordrecht, Netherlands: Kluwer Academic Publishers; 2001. xiii, 306 p. (Child sexual abuse: Its scope and our failure).
72. Davies EA, Jones AC. Risk factors in child sexual abuse. *J Forensic Leg Med.* avr 2013;20(3):146-50.
73. Carlson FM, Grassley J, Reis J, Davis K. Characteristics of child sexual assault within a child advocacy center client population. *J Forensic Nurs.* mars 2015;11(1):15-21.
74. Friedrich WN. Psychological Assessment of Sexually Abused Children and Their Families. SAGE; 2002. 396 p.
75. Herman JL. Father-daughter incest. In: *Post-traumatic therapy and victims of violence.* Philadelphia, PA, US: Brunner/Mazel; 1988. p. 175-95. (Brunner/Mazel psychosocial stress series, No. 11).
76. Baril K, Tourigny M. Le cycle intergénérationnel de la victimisation sexuelle dans l'enfance : modèle explicatif basé sur la théorie du trauma. *Carnet de notes sur les maltraitances infantiles.* 2015;4(1):28-63.
77. Collin-Vézina D, Cyr M. La transmission de la violence sexuelle: description du phénomène et pistes de compréhension. *Child Abuse & Neglect.* 1 mai 2003;27:489-507.
78. Higgins DJ, McCabe MP. Multiple forms of child abuse and neglect: Adult retrospective reports. *Aggression and Violent Behavior.* 2001;6(6):547-78.
79. Bouchard E-M, Tourigny M, Joly J, Hébert M, Cyr M. Les conséquences à long terme de la violence sexuelle, physique et psychologique vécue pendant l'enfance. *Revue D Epidemiologie Et De Sante Publique - REV EPIDEMIOL SANTE PUBL.* 1 oct 2008;56:333-44.
80. De Jong A. Maternal response to the sexual abuse of their children. *Pediatrics.* 1 févr 1988;81:14-21.

81. Runyan DK, Hunter WM. Maternal support for child victims of sexual abuse : determinants and implications. National Center on Child Abuse and Neglect. 1992;
82. Morrison NC, Clavenna-Valleroy J. Perceptions of maternal support as related to self-concept and self-report of depression in sexually abused female adolescents. *Journal of Child Sexual Abuse: Research, Treatment, & Program Innovations for Victims, Survivors, & Offenders*. 1998;7(1):23-40.
83. Cyr M, Wright J, Toupin J. Prédicteurs de maternal support : the point of view of adolescent victims of sexual abuse and their mothers. *Journal of Child Sexual Abuse*. 2003;(12):39-65.
84. Deblinger E, Hathaway CR, Lippmann J, Steer R. Psychosocial characteristics and correlates of symptom distress in nonoffending mothers of sexually abused children. *Journal of Interpersonal Violence*. 1993;8(2):155-68.
85. Faller KC. The myth of the « collusive mother »: Variability in the functioning of mothers of victims of intrafamilial sexual abuse. *Journal of Interpersonal Violence*. 1988;3(2):190-6.
86. Leifer M, Shapiro JP, Kassem L. The impact of maternal history and behavior upon foster placement and adjustment in sexually abused girls. *Child Abuse Negl. déc* 1993;17(6):755-66.
87. Myer MH. A new look at mothers of incest victims. *Journal of Social Work & Human Sexuality*. 1984;3(2-3):47-58.
88. Sas LD, Hurley P, Hatch A, Malla S, Trish T. Three years after the verdict : a longitudinal study of the social and psychological adjustment of child witnesses referred to the child witness project. London Family Court Clinic. 1993;
89. Gomes-Schwartz B, Horowitz JM, Cardarelli AP. Child sexual abuse: The initial effects. Thousand Oaks, CA, US: Sage Publications, Inc; 1990. 205 p. (Child sexual abuse: The initial effects).
90. Collin-Vezina D, Cyr M, Pauze R, McDuff P. The Role of Depression and Dissociation in the Link Between Childhood Sexual Abuse and Later Parental Practices. *Journal of Trauma and Dissociation*. 2005;(6):71-97.
91. Gelinas DJ. The persisting negative effects of incest. *Psychiatry. nov* 1983;46(4):312-32.
92. DiLillo D, Damashek A. Parenting characteristics of women reporting a history of childhood sexual abuse. *Child Maltreat. nov* 2003;8(4):319-33.
93. Douglas AR. Reported anxieties concerning intimate parenting in women sexually abused as children. *Child Abuse Negl. mars* 2000;24(3):425-34.
94. Burkett LP. Parenting Behaviors of Women Who Were Sexually Abused As Children in Their Families of Origin. *Family Process*. 1991;30(4):421-34.
95. Cole PM, Woolger C, Power TG, Smith KD. Parenting difficulties among adult survivors of father-daughter incest. *Child Abuse Negl.* 1992;16(2):239-49.

96. Lyons-Ruth K, Block D. The disturbed caregiving system: Relations among childhood trauma, maternal caregiving, and infant affect and attachment. *Infant Mental Health Journal*. 1996;17(3):257-75.
97. Newcomb MD, Locke TF. Intergenerational cycle of maltreatment: a popular concept obscured by methodological limitations. *Child Abuse Negl.* sept 2001;25(9):1219-40.
98. De Paúl J, Domenech L. Childhood history of abuse and child abuse potential in adolescent mothers: a longitudinal study. *Child Abuse Negl.* mai 2000;24(5):701-13.
99. Zuravin SJ, Fontanella C. The relationship between child sexual abuse and major depression among low-income women: A function of growing up experiences? *Child Maltreatment*. 1999;4(1):3-12.
100. Hébert M, Cyr M, Tourigny M. L'agression sexuelle envers les enfants. Vol. 2. Québec: Presses de l'Université du Québec; 2012.
101. National longitudinal survey of youth. Cycle 1 (1994-1995). Statistics Canada, Special Survey Division, Human Resources Development Canada;
102. Williams SK, Kelly FD. Relationships Among Involvement, Attachment, and Behavioral Problems in Adolescence: Examining Father's Influence. *The Journal of Early Adolescence*. 1 mai 2005;25(2):168-96.
103. Palkovitz. *Involved Fathering and Child Development: Advancing Our Understanding of Good Fathering*. 2002.
104. Hobbs GF, Hobbs CJ, Wynne JM. Abuse of children in foster and residential care. *Child Abuse & Neglect*. 1999;23(12):1239-52.
105. Allroggen M, Rau T, Ohlert J, Fegert JM. Lifetime prevalence and incidence of sexual victimization of adolescents in institutional care. *Child Abuse Negl.* 2017;66:23-30.
106. Daignault IV, Hébert M. L'adaptation scolaire des enfants ayant dévoilé une agression sexuelle. [The school adaptation of sexually abused children.]. *Canadian Psychology/Psychologie canadienne*. 2004;45(4):293-307.
107. Daignault IV, Hébert M. Profiles of school adaptation: social, behavioral and academic functioning in sexually abused girls. *Child Abuse Negl.* févr 2009;33(2):102-15.
108. Widom CS. The cycle of violence. *Science*. 14 avr 1989;244(4901):160-6.
109. Zingraff MT, Leiter J, Myers KA, Johnsen MC. Child Maltreatment and Youthful Problem Behavior\*. *Criminology*. 1993;31(2):173-202.
110. Smith C, Thornberry TP. The Relationship Between Childhood Maltreatment and Adolescent Involvement in Delinquency\*. *Criminology*. 1995;33(4):451-81.
111. Smith C, Lizotte AJ, Thornberry TP, Krohn MD. Resilient youth: identifying factors that prevent high-risk youth from engaging in delinquency and drug use. *Current perspectives on aging and the life course*. 1995;4:217-47.
112. Widom CP, Ames MA. Criminal consequences of childhood sexual victimization. *Child Abuse Negl.* avr 1994;18(4):303-18.

113. Budin LE, Johnson CF. Sex abuse prevention programs: Offenders' attitudes about their efficacy. *Child Abuse & Neglect*. 1 janv 1989;13(1):77-87.
114. Burk LR, Burkhart BR. Disorganized attachment as a diathesis for sexual deviance: Developmental experience and the motivation for sexual offending. *Aggression and Violent Behavior*. 2003;8(5):487-511.
115. Main M. The organized categories of infant, child, and adult attachment: flexible vs. inflexible attention under attachment-related stress. *J Am Psychoanal Assoc*. 2000;48(4):1055-96; discussion 1175-1187.
116. Grossmann KE, Grossmann K. The Wider Concept of Attachment in Cross-Cultural Research. *HDE*. 1990;33(1):31-47.
117. Rice KG. Attachment in adolescence: A narrative and meta-analytic review. *J Youth Adolescence*. 1 oct 1990;19(5):511-38.
118. Rosenthal NL, Kobak R. Assessing Adolescents' Attachment Hierarchies: Differences Across Developmental Periods and Associations With Individual Adaptation. *J Res Adolesc*. sept 2010;20(3):678-706.
119. Gullone E, Robinson K. The Inventory of Parent and Peer Attachment--Revised (IPPA-R) for Children: A Psychometric Investigation. *Clinical Psychology & Psychotherapy*. 2005;12(1):67-79.
120. Knox L. Attachment and Adolescent Offending: An Examination of the Links between Sexually Abusive Behavior and the Level of Attachment to Parents and Peers. *Dissertations and Theses [Internet]*. 21 mars 2014; Disponible sur: [https://pdxscholar.library.pdx.edu/open\\_access\\_etds/1634](https://pdxscholar.library.pdx.edu/open_access_etds/1634)
121. Linder J, Crick N, Collins W. Relational Aggression and Victimization in Young Adults' Romantic Relationships: Associations with Perceptions of Parent, Peer, and Romantic Relationship Quality. *Social Development*. 8 avr 2002;11:69-86.
122. Cohen JA, Mannarino AP, Kliethermes M, Murray LA. Trauma-focused CBT for youth with complex trauma. *Child Abuse Negl*. juin 2012;36(6):528-41.
123. Kerr M, Stattin H, Trost K. To know you is to trust you: parents' trust is rooted in child disclosure of information. *J Adolesc*. déc 1999;22(6):737-52.
124. Berliner L. Definitions, prevalence et conséquences. *Definitions, The APSAC handbook on child maltreatment*. 2011;215-32.
125. Briere JN, Elliott DM. Immediate and Long-Term Impacts of Child Sexual Abuse. *The cost of child maltreatment : who pays? We all do*. 1994;121-36.
126. Hébert M, Tremblay C, Parent N, Daignault IV, Piché C. Correlates of behavioral outcomes in sexually abused children. *Journal of Family Violence*. 2006;21(5):287-99.
127. Maniglio R. The impact of child sexual abuse on health: a systematic review of reviews. *Clin Psychol Rev*. nov 2009;29(7):647-57.
128. Paolucci EO, Genuis ML, Violato C. A meta-analysis of the published research on the effects of child sexual abuse. *J Psychol*. janv 2001;135(1):17-36.

129. Neumann DA, Houskamp BM, Pollock VE, Briere J. The long-term sequelae of childhood sexual abuse in women: A meta-analytic review. *Child Maltreatment*. 1996;1(1):6-16.
130. Rind B, Tromovitch P, Bauserman R. A meta-analytic examination of assumed properties of child sexual abuse using college samples. *Psychological Bulletin*. 1998;124(1):22-53.
131. Kendall-Tackett KA, Williams LM, Finkelhor D. Impact of sexual abuse on children: A review and synthesis of recent empirical studies. *Psychological Bulletin*. 1993;113(1):164-80.
132. Bernard-Bonnin A-C, Hébert M, Daignault IV, Allard-Dansereau C. Disclosure of sexual abuse, and personal and familial factors as predictors of post-traumatic stress disorder symptoms in school-aged girls. *Paediatr Child Health*. juill 2008;13(6):479-86.
133. Heflin AH, Deblinger E. Child sexual abuse. In: *Cognitive-behavioral strategies in crisis intervention*, 3rd ed. New York, NY, US: The Guilford Press; 2007. p. 247-76.
134. McLeer SV, Deblinger E, Atkins MS, Foa EB, Ralphe DL. Post-traumatic stress disorder in sexually abused children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. sept 1988;27(5):650-4.
135. McLeer SV, Deblinger E, Henry D, Orvaschel H. Sexually abused children at high risk for post-traumatic stress disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. sept 1992;31(5):875-9.
136. Saywitz KJ, Mannarino AP, Berliner L, Cohen JA. Treatment of sexually abused children and adolescents. *American Psychologist*. 2000;55(9):1040-9.
137. Collin-Vézina D, Hébert M. Comparing dissociation and PTSD in sexually abused school-aged girls. *J Nerv Ment Dis*. janv 2005;193(1):47-52.
138. Terr LC. Childhood traumas: an outline and overview. *Am J Psychiatry*. janv 1991;148(1):10-20.
139. Kaplow JB, Dodge KA, Amaya-Jackson L, Saxe GN. Pathways to PTSD, part II: Sexually abused children. *Am J Psychiatry*. juill 2005;162(7):1305-10.
140. Boney-McCoy S, Finkelhor D. Is youth victimization related to trauma symptoms and depression after controlling for prior symptoms and family relationships? A longitudinal, prospective study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1996;64(6):1406-16.
141. Blanchard-Dallaire C, Hébert M. Social Relationships in Sexually Abused Children: Self-Reports and Teachers' Evaluation. *Journal of child sexual abuse*. 18 mars 2014;23.
142. Cole PM, Putnam FW. Effect of incest on self and social functioning: A developmental psychopathology perspective. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1992;60(2):174-84.
143. Wolfe VV. Child Sexual Abuse. In: *Treatment of childhood disorders*, 3rd ed. New York, NY, US: The Guilford Press; 2006. p. 647-727.

144. Brilleslijper-Kater SN, Friedrich WN, Corwin DL. Sexual knowledge and emotional reaction as indicators of sexual abuse in young children: theory and research challenges. *Child Abuse Negl.* oct 2004;28(10):1007-17.
145. Mian M, Marton P, LeBaron D. The effects of sexual abuse on 3- to 5-year-old girls. *Child Abuse & Neglect.* 1996;20(8):731-45.
146. Trickett PK, Putnam FW. Developmental consequences of child sexual abuse. In: *Violence against children in the family and the community.* Washington, DC, US: American Psychological Association; 1998. p. 39-56.
147. Hulette AC, Freyd JJ, Pears KC, Kim HK, Fisher PA, Becker-Blease KA. Dissociation and post-traumatic symptoms in maltreated preschool children. *Journal of Child and Adolescent Trauma.* 2008;(1):93-108.
148. Pears KC, Kim HK, Fisher PA. Psychosocial and Cognitive Functioning of Children with Specific Profiles of Maltreatment. *Child Abuse Negl.* oct 2008;32(10):958-71.
149. Hebert M, Bernier M-J, Chiasson K. Self-reported symptoms in preschoolers reporting sexual abuse. Communication présentée à l'International Society for Traumatic Stress Studies 26th Annual Meeting; 2010.
150. Bernier M-J, Hébert M, Collin-Vézina D. Dissociative symptoms over a year in a sample of sexually abused children. *J Trauma Dissociation.* 2013;14(4):455-72.
151. Bal S, De Bourdeaudhuij I, Crombez G, Van Oost P. Differences in trauma symptoms and family functioning in intra-and extrafamilial sexually abused adolescents. *J Interpers Violence.* janv 2004;19(1):108-23.
152. Daigneault I, Hébert M, Tourigny M. Attributions and coping in sexually abused adolescents referred for group treatment. *J Child Sex Abus.* 2006;15(3):35-59.
153. Fernet M, Hebert M, Gascon S, Lacelle C. Agression sexuelle et comportements sexuels à risque à l'adolescence. *L'agression sexuelle envers les enfants, Tome II.* 2012;2:131-71.
154. Brabant M-E, Chagnon F, Hebert M. Stratégies d'adaptation et idéations suicidaires chez un groupe d'adolescentes ayant dévoilé une agression sexuelle. *Frontières.* 2008;21(1):82-9.
155. Martin G, Bergen HA, Richardson AS, Roeger L, Allison S. Sexual abuse and suicidality: gender differences in a large community sample of adolescents. *Child Abuse Negl.* mai 2004;28(5):491-503.
156. Brown J, Cohen P, Johnson JG, Smailes EM. Childhood abuse and neglect: specificity of effects on adolescent and young adult depression and suicidality. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* déc 1999;38(12):1490-6.
157. Cyr M, McDuff P, Wright J, Thériault C, Cinq-Mars C. Clinical Correlates and Repetition of Self-Harming Behaviors Among Female Adolescent Victims of Sexual Abuse. *Journal of Child Sexual Abuse: Research, Treatment, & Program Innovations for Victims, Survivors, & Offenders.* 2005;14(2):49-68.

158. Lang CM, Sharma-Patel K. The relation between childhood maltreatment and self-injury: a review of the literature on conceptualization and intervention. *Trauma Violence Abuse*. janv 2011;12(1):23-37.
159. Brent DA, Baugher M, Bridge J, Chen T, Chiappetta L. Age- and sex-related risk factors for adolescent suicide. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. déc 1999;38(12):1497-505.
160. Dube SR, Anda RF, Felitti VJ, Chapman DP, Williamson DF, Giles WH. Childhood abuse, household dysfunction, and the risk of attempted suicide throughout the life span: findings from the Adverse Childhood Experiences Study. *JAMA*. 26 déc 2001;286(24):3089-96.
161. Garnefski N, Arends E. Sexual abuse and adolescent maladjustment: differences between male and female victims. *J Adolesc*. févr 1998;21(1):99-107.
162. Cinq-Mars C, Wright J, Cyr M, McDuff P. Sexual at-risk behaviors of sexually abused adolescent girls. *J Child Sex Abus*. 2003;12(2):1-18.
163. Cyr M, McDuff P, Wright J. Prevalence and predictors of dating violence among adolescent female victims of child sexual abuse. *J Interpers Violence*. août 2006;21(8):1000-17.
164. Banyard VL, Arnold S, Smith J. Childhood Sexual Abuse and Dating Experiences of Undergraduate Women. *Child Maltreat*. 1 févr 2000;5(1):39-48.
165. Vézina J, Hébert M. Risk factors for victimization in romantic relationships of young women: a review of empirical studies and implications for prevention. *Trauma Violence Abuse*. janv 2007;8(1):33-66.
166. Barnes JE, Noll JG, Putnam FW, Trickett PK. Sexual and physical revictimization among victims of severe childhood sexual abuse. *Child Abuse Negl*. juill 2009;33(7):412-20.
167. Hébert M, Lavoie F, Vitaro F, McDuff P, Tremblay RE. Association of child sexual abuse and dating victimization with mental health disorder in a sample of adolescent girls. *Journal of Traumatic Stress*. 2008;21(2):181-9.
168. Arata CM. Child Sexual Abuse and Sexual Revictimization. *Clinical Psychology: Science and Practice*. 2002;9(2):135-64.
169. Classen CC, Palesh OG, Aggarwal R. Sexual revictimization: a review of the empirical literature. *Trauma Violence Abuse*. avr 2005;6(2):103-29.
170. Aosved AC, Long PJ, Voller EK. Sexual revictimization and adjustment in college men. *Psychology of Men & Masculinity*. 2011;12(3):285-96.
171. Foshee V. Dating Abuse: Prevalence, Consequences, and Predictors. In 2016. p. 1-21.
172. Sullivan PM, Knutson JF. Maltreatment and disabilities: a population-based epidemiological study. *Child Abuse Negl*. oct 2000;24(10):1257-73.
173. Tassé MJ, Morin D. La déficience intellectuelle. Montréal (Québec, Canada): Gaetan Morin Editeur; 2003. 434 p.

174. Reiter S, Bryen DN, Shachar I. Adolescents with intellectual disabilities as victims of abuse. *J Intellect Disabil.* déc 2007;11(4):371-87.
175. Ammerman RT, Van Hasselt VB, Hersen M, McGonigle JJ, Lubetsky MJ. Abuse and neglect in psychiatrically hospitalized multihandicapped children. *Child Abuse & Neglect.* 1989;13(3):335-43.
176. Chamberlain A, Rauh J, Passer A, McGrath M, Burket R. Issues in fertility control for mentally retarded female adolescents: I. Sexual activity, sexual abuse, and contraception. *Pediatrics.* avr 1984;73(4):445-50.
177. Benedict MI, White RB, Wulff LM, Hall BJ. Reported maltreatment in children with multiple disabilities. *Child Abuse Negl.* 1990;14(2):207-17.
178. Crosse SB, Kaye E, Ratnofsky. A report on the maltreatment of children of disabilities. 1993;
179. Spencer N, Devereux E, Wallace A, Sundrum R, Shenoy M, Bacchus C, et al. Disabling conditions and registration for child abuse and neglect: a population-based study. *Pediatrics.* sept 2005;116(3):609-13.
180. Hershkowitz I, Lamb ME, Horowitz D. Victimization of children with disabilities. *American Journal of Orthopsychiatry.* 2007;77(4):629-35.
181. Mansell S, Sobsey D. *Counselling People with Developmental Disabilities Who Have Been Sexually Abused.* 1 edition. Kingston, NY: NADD; 2001. 309 p.
182. Mercier C. La victimisation chez les personnes avec une déficience intellectuelle. *Journal international de victimologie.* 2005;(3):1-15.
183. Akbaş S, Turla A, Karabekiroğlu K, Pazvantoğlu O, Keskin T, Böke O. Characteristics of Sexual Abuse in a Sample of Turkish Children With and Without Mental Retardation, Referred for Legal Appraisal of the Psychological Repercussions. *Sexuality and Disability.* 20 oct 2009;27(4):205.
184. Sobsey D, Doe T. Patterns of sexual abuse and assault. *Sexuality and Disability.* 1 sept 1991;9(3):243-59.
185. Stromsness MM. Sexually abused women with mental retardation: Hidden victims, absent resources. *Women & Therapy.* 1993;14(3-4):139-52.
186. Kvam MH. Is sexual abuse of children with disabilities disclosed? A retrospective analysis of child disability and the likelihood of sexual abuse among those attending Norwegian hospitals. *Child Abuse Negl.* août 2000;24(8):1073-84.
187. Randall W, Parrila R, Sobsey D. Gender, disability status and risk for sexual abuse in children. *Journal on Developmental Disabilities.* 2000;7(1):1-15.
188. Sobsey D, Randall W, Parrila RK. Gender differences in abused children with and without disabilities. *Child Abuse & Neglect.* 1997;21(8):707-20.
189. Griffiths DM, Richards D, Fedoroff P, Watson SL. Santé mentale et sexualité. In: *Double diagnostique : introduction aux besoins en santé mentale des personnes présentant une déficience de développement.* Sudbury; 2002. p. 419-54. (Habilitative Mental Health Ressource Network).

190. Lumley VA, Miltenberger RG. Sexual abuse prevention for persons with mental retardation. *Am J Ment Retard.* mars 1997;101(5):459-72.
191. Boat B, Sites J. Assessment of trauma and maltreatment in children with special needs. In: *Psychological and Developmental Assessment: Children with Disabilities and Chronic Conditions.* New York: Guilford Press; 2001.
192. Petersilia JR. Crime victims with developmental disabilities: A review essay. *Criminal Justice and Behavior.* 2001;28(6):655-94.
193. Tharinger D, Horton CB, Millea S. Sexual abuse and exploitation of children and adults with mental retardation and other handicaps. *Child Abuse Negl.* 1990;14(3):301-12.
194. Sullivan PM. Sexual Abuse Therapy for Special Children. *Journal of Child Sexual Abuse.* 23 août 1993;2(2):117-25.
195. Sobsey R. Violence and abuse in the lives of people with disabilities: The end of silent acceptance? Baltimore, MD, US: Paul H Brookes Publishing; 1994. xxii, 444 p. (Violence and abuse in the lives of people with disabilities: The end of silent acceptance?).
196. Mansell S, Sobsey D, Calder P. Sexual abuse treatment for persons with developmental disabilities. *Professional Psychology: Research and Practice.* 1992;23(5):404-9.
197. Gorman-Smith D, Matson JL. Sexual abuse and persons with mental retardations. In: *The sexual abuse of children : Theory and research.* Hillsdale: Lawrence Erlbaum associates; p. 285-306.
198. Mansell S, Sobsey D, Moskal R. Clinical Findings Among Sexually Abused Children With and Without Developmental Disabilities. *Mental Retardation.* 1 févr 1998;36(1):12-22.
199. Sequeira H, Hollins S. Clinical effects of sexual abuse on people with learning disability: Critical literature review. *British Journal of Psychiatry.* 2018/01/02 éd. 2003;182(1):13-9.
200. Connors ME, Morse W. Sexual abuse and eating disorders: a review. *Int J Eat Disord.* janv 1993;13(1):1-11.
201. Palmer RL, Oppenheimer R. Childhood sexual experiences with adults: A comparison of women with eating disorders and those with other diagnoses. *International Journal of Eating Disorders.* 1992;12(4):359-64.
202. Steiger H, Zanko M. Sexual traumata among eating-disordered, psychiatric, and normal female groups: Comparison of prevalences and defense styles. *Journal of Interpersonal Violence.* 1990;5(1):74-86.
203. Waller G. Sexual Abuse and Bulimic Symptoms in Eating Disorders: Do Family Interaction and Self-Esteem Explain the Links? *International Journal of Eating Disorders.* 1992;12(3):235-40.
204. Claes L, Vandereycken W. Is there a link between traumatic experiences and self-injurious behaviors in eating-disordered patients? *Eat Disord.* sept 2007;15(4):305-15.

205. Garfinkel PE, Lin E, Goering P, Spegg C, Goldbloom DS, Kennedy S, et al. Bulimia nervosa in a Canadian community sample: prevalence and comparison of subgroups. *Am J Psychiatry*. juill 1995;152(7):1052-8.
206. Tobin DL, Griffing AS. Coping, sexual abuse, and compensatory behavior. *International Journal of Eating Disorders*. 1996;
207. Smolak L, Murnen SK. A meta-analytic examination of the relationship between child sexual abuse and eating disorders. *Int J Eat Disord*. mars 2002;31(2):136-50.
208. Calam RM, Slade PD. Sexual experience and eating problems in female undergraduates. *International Journal of Eating Disorders*. 1989;8(4):391-7.
209. Cole C. A Group Design for Adult Female Survivors of Childhood Incest. *Women & Therapy - WOMEN THER*. 1 oct 1985;4:71-82.
210. Hall RC, Tice L, Beresford TP, Wooley B, Hall AK. Sexual abuse in patients with anorexia nervosa and bulimia. *Psychosomatics*. 1989;30(1):73-9.
211. Kearney-Cooke A, Striegel-Moore RH. Treatment of childhood sexual abuse in anorexia nervosa and bulimia nervosa: A feminist psychodynamic approach. *International Journal of Eating Disorders*. 1994;15(4):305-19.
212. Molinari E, Selvini M, Lenzini F. Sexual abuse and eating disorders: clinical cases. *Eat Weight Disord*. déc 2003;8(4):253-62.
213. Root MP. Persistent, disordered eating as a gender-specific, post-traumatic stress response to sexual assault. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*. 1991;28(1):96-102.
214. Root MP, Fallon P. Treating the victimized bulimic: The functions of binge-purge behavior. *Journal of Interpersonal Violence*. 1989;4(1):90-100.
215. Schwartz MF, Gay P. Physical and Sexual Abuse and Neglect and Eating Disorder Symptoms. *Eating Disorders*. 1 sept 1993;1(3-4):265-81.
216. Weiner EJ, Stephens L. Sexual Barrier Weight: A new approach. *Eating Disorders: The Journal of Treatment & Prevention*. 1993;1(3-4):241-9.
217. Putnam FW, Trickett PK. Psychobiological effects of sexual abuse. A longitudinal study. In: *Psychobiology of posttraumatic stress disorder*. New York, NY, US: New York Academy of Sciences; 1997. p. 150-9. (Annals of the New York Academy of Sciences).
218. Steiger H, Gauvin L, Israël M, Koerner N, Ng Ying Kin NM, Paris J, et al. Association of serotonin and cortisol indices with childhood abuse in bulimia nervosa. *Arch Gen Psychiatry*. sept 2001;58(9):837-43.
219. Webster RE. Symptoms and long-term outcomes for children who have been sexually assaulted. *Psychology in the Schools*. 2001;38(6):533-47.
220. Martin EK, Campbell C, Hansen DJ. Child Sexual Abuse. *Handbook of Clinical Psychology Competencies*.

221. Luthar SS, Cicchetti D, Becker B. The Construct of Resilience: A Critical Evaluation and Guidelines for Future Work. *Child Dev.* 2000;71(3):543-62.
222. Walsh WA, Dawson J, Mattingly MJ. How are we measuring resilience following childhood maltreatment? Is the research adequate and consistent? What is the impact on research, practice, and policy? *Trauma Violence Abuse.* janv 2010;11(1):27-41.
223. Calam R, Horne L, Glasgow D, Cox A. Psychological disturbance and child sexual abuse: a follow-up study. *Child Abuse Negl.* sept 1998;22(9):901-13.
224. Mannarino A, Cohen J, Smith J, Moore-Mtily S. Six- and Twelve-Month Follow-up of Sexually Abused Girls. *Journal of interpersonnal violence.* (6):494-511.
225. Tebbutt J, Swanston H, Oates RK, O'Toole BI. Five years after child sexual abuse: persisting dysfunction and problems of prediction. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* mars 1997;36(3):330-9.
226. Bender L, Grugett AE. A follow-up report on children who had atypical sexual experience. *Am J Orthopsychiatry.* oct 1952;22(4):825-37.
227. Burton L. Vulnerable Children [Internet]. Londres; 1968. Disponible sur: <https://www.cambridge.org/core/journals/the-british-journal-of-psychiatry/article/vulnerable-children-by-lindy-burton-london-routledge-and-kegan-paul-1968-pp-277-price-35s/CE026841C883CBD8DB287AD8888EFF48#>
228. Landis JT. Experiences of 500 children with adult sexual deviation. *Psychiatr Q Suppl.* 1956;30(1):91-109.
229. Rascovsky M, Rascovsky A. On consummated incest. *International Journal of Psychoanalysis.* 1950;(31):42-7.
230. Yates A. Children eroticized by incest. *Am J Psychiatry.* avr 1982;139(4):482-5.
231. Gelles. Child abuse and family violence : implications for medical professionals. In: *Child Abuse.* Newberger. Boston; 1982.
232. Yorukoglu A, Kempf JP. Children not severely damaged by incest with a parent. *J Am Acad Child Psychiatry.* janv 1966;5(1):111-24.
233. Newberger CM, De Vos E. Abuse and victimization: A life-span developmental perspective. *American Journal of Orthopsychiatry.* 1988;58(4):505-11.
234. Conte JR, Schuerman JR. The Effects of Sexual Abuse on Children: A Multidimensional View. *J Interpers Violence.* 1 déc 1987;2(4):380-90.
235. Briere JN. Child abuse trauma: Theory and treatment of the lasting effects. Thousand Oaks, CA, US: Sage Publications, Inc; 1992. xx, 203 p. (Child abuse trauma: Theory and treatment of the lasting effects).
236. Zwickl S, Merriman G. The association between childhood sexual abuse and adult female sexual difficulties. *Sexual and Relationship Therapy.* 2011;26(1):16-32.
237. Spaccarelli S. Stress, appraisal, and coping in child sexual abuse: a theoretical and empirical review. *Psychol Bull.* sept 1994;116(2):340-62.

238. van der Kolk BA. The complexity of adaptation to trauma: Self-regulation, stimulus discrimination, and characterological development. In: *Traumatic stress: The effects of overwhelming experience on mind, body, and society*. New York, NY, US: Guilford Press; 1996. p. 182-213.
239. van der Kolk BA, Pynoos RS, Cicchetti D, Cloitre M, D'Andrea W, Ford JD. Proposal to include a developmental trauma disorder diagnosis for children and adolescents in DSM-V. 1 janv 2009;
240. Wolfe VV, Birt J-A. The psychological sequelae of child sexual abuse. *Advances in Clinical Child Psychology*. 1995;17:233-63.
241. Pelcovitz D, van der Kolk B, Roth S, Mandel F, Kaplan S, Resick P. Development of a criteria set and a structured interview for disorders of extreme stress (SIDES). *J Trauma Stress*. janv 1997;10(1):3-16.
242. Cook A, Spinazzola J, Ford J, Lanktree C, Blaustein M, Cloitre M, et al. Complex Trauma in Children and Adolescents. *Psychiatr Ann*. 15 août 2017;35(5):390-8.
243. Banyard VL, Williams LM, Siegel JA. The long-term mental health consequences of child sexual abuse: an exploratory study of the impact of multiple traumas in a sample of women. *J Trauma Stress*. oct 2001;14(4):697-715.
244. Silverman AB, Reinherz HZ, Giaconia RM. The long-term sequelae of child and adolescent abuse: a longitudinal community study. *Child Abuse Negl*. août 1996;20(8):709-23.
245. Spinazzola J, Ford JD, Zucker M, van der Kolk BA, Silva S, Smith SF, et al. Survey Evaluates Complex Trauma Exposure, Outcome, and Intervention Among Children and Adolescents. *Psychiatric Annals*. 2005;35(5):433-9.
246. van der Kolk BA, Roth S, Pelcovitz D, Sunday S, Spinazzola J. Disorders of extreme stress: The empirical foundation of a complex adaptation to trauma. *J Trauma Stress*. oct 2005;18(5):389-99.
247. Finkelhor D, Ormrod RK, Turner HA. Poly-victimization: a neglected component in child victimization. *Child Abuse Negl*. janv 2007;31(1):7-26.
248. Richmond JM, Elliott AN, Pierce TW, Aspelmeier JE, Alexander AA. Polyvictimization, childhood victimization, and psychological distress in college women. *Child Maltreat*. mai 2009;14(2):127-47.
249. Cook A, Spinazzola J, Ford J, Lanktree C, Blaustein M, Cloitre M, et al. Complex Trauma in Children and Adolescents. *Psychiatric Annals*. 2005;35(5):390-8.
250. Wolfe VV, Birt J-A. Child sexual abuse. In: *Assessment of childhood disorders*, 3rd ed. New York, NY, US: Guilford Press; 1997. p. 569-623.
251. Herman JL. *Trauma and recovery*. New York, NY, US: Basic Books; 1992. xi, 276 p. (Trauma and recovery).
252. Kinniburgh KJ, Blaustein M, Spinazzola J, van der Kolk BA. Attachment, Self-Regulation, and Competency. *Psychiatric Annals*. 2005;35(5):424-30.

253. Courtois CA, Ford JD, Cloitre M. Best practices in psychotherapy for adults. In: Treating complex traumatic stress disorders: An evidence-based guide. New York, NY, US: Guilford Press; 2009. p. 82-103.
254. Organisation Mondiale de la Santé et International Society for Prevention of Child Abuse and Neglect. Guide sur la prévention de la maltraitance des enfants: intervenir et produire des données. World Health Organization; 2006.
255. Mercy JA. Having new eyes: viewing child sexual abuse as a public health problem. Sex Abuse. oct 1999;11(4):317-21.
256. Powell K, Mercy J, Crosby A, Dahlberg L, Simon T. Public Health Models Of Violence And Violence Prevention. Encyclopedia of Violence, Peace, and Conflict. 1 janv 2010;1806-19.
257. Courtois CA. Complex Trauma, Complex Reactions: Assessment and Treatment. Psychotherapy : Theory, Research, Practice, Training. 2004;(41):412-25.
258. Dye E, Roth S. Psychotherapy with Vietnam veterans and rape and incest survivors. Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training. 1991;28(1):103-20.
259. Goodman B, Nowak-Scibelli D. Group treatment for women incestuously abused as children. Int J Group Psychother. oct 1985;35(4):531-44.
260. Herman J, Schatzow E. Time-limited group therapy for women with a history of incest. Int J Group Psychother. oct 1984;34(4):605-16.
261. Greenberg LS. Integrating an emotion-focused approach to treatment into psychotherapy integration. Journal of Psychotherapy Integration. 2002;12(2):154-89.
262. Freud S. The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud. Londres; 1955.
263. Foy DW, Glynn SM, Schnurr PP, Jankowski MK, Wattenberg MS, Weiss DS, et al. Group Therapy. In: Effective treatments for PTSD Foa, Keane, Friedman. Guilford Press. New York; 2000. p. 155-175 ; 336-8.
264. Shapiro F. Efficacy of the eye movement desensitization procedure in the treatment of traumatic memories. Journal of Traumatic Stress. 1989;2(2):199-223.
265. Shapiro F. Eye movement desensitization and reprocessing: Basic principles, protocols, and procedures. New York, NY, US: Guilford Press; 1995. xviii, 398 p. (Eye movement desensitization and reprocessing: Basic principles, protocols, and procedures).
266. Harvey ST, Taylor JE. A meta-analysis of the effects of psychotherapy with sexually abused children and adolescents. Clin Psychol Rev. juill 2010;30(5):517-35.
267. Lazarus R, Folkman S. Stress, Appraisal, and Coping [Internet]. 1984. Disponible sur: <https://www.springerpub.com/stress-appraisal-and-coping-9780826141910.html/>
268. Lakey B, Cohen S. Social support theory and measurement. In: Social support measurement and intervention: A guide for health and social scientists. New York, NY, US: Oxford University Press; 2000. p. 29-52.

269. Cutrona CE, Russell DW. Type of social support and specific stress: Toward a theory of optimal matching. In: *Social support: An interactional view*. Oxford, England: John Wiley & Sons; 1990. p. 319-66. (Wiley series on personality processes).
270. Guelzow J, Cornett P, Dougherty T. Child Sexual Abuse Victims' Perception of Paternal Support as a Significant Predictor of Coping Style and Global Self-Worth. *Journal of child sexual abuse*. 1 févr 2002;11:53-72.
271. Parent-Boursier C, Hebert M. La perception de la relation père-enfant et l'adaptation des enfants à la suite du dévoilement d'une agression sexuelle. *Canadian Journal of Behavioural Science*. 2010;42(3):168-76.
272. Waterman J, Kelly RJ, Oliveri MK, McCord J. *Behind the playground walls: Sexual abuse in preschools*. New York, NY, US: Guilford Press; 1993. xii, 308 p. (Behind the playground walls: Sexual abuse in preschools).
273. Cyr M, Wright J, Toupin J, Oxman- Martinez J, McDuff P. Les déterminants du soutien maternel offert par les mères à leurs enfants ayant vécu une agression sexuelle récente. *Revue de Psychoéducation et d'Orientation*. 1 janv 2002;31:319-37.
274. Deblinger E, Lippmann J, Stauffer L, Finkel M. Personal versus professional responses to child sexual abuse allegations. *Child Abuse Negl*. août 1994;18(8):679-82.
275. DeYoung M. Immediate maternal reactions to the disclosure or discovery of incest. *Journal of Family Violence*. 1994;9(1):21-33.
276. Heriot J. Maternal Protectiveness Following the Disclosure of Intrafamilial Child Sexual Abuse: *Journal of Interpersonal Violence*. 2 juill 2016;
277. Lovett BB. Child sexual abuse: The female victim's relationship with her nonoffending mother. *Child Abuse & Neglect*. 1995;19(6):729-38.
278. Pellegrin A, Wagner WG. Child sexual abuse: Factors affecting victims' removal from home. *Child Abuse & Neglect*. 1990;14(1):53-60.
279. Pintello D, Zuravin S. Intrafamilial child sexual abuse: predictors of postdisclosure maternal belief and protective action. *Child Maltreat*. nov 2001;6(4):344-52.
280. Sirles EA, Franke PJ. Factors influencing mothers' reactions to intrafamily sexual abuse. *Child Abuse & Neglect*. 1989;13(1):131-9.
281. Wilson MK. A preliminary report on ego development in nonoffending mothers of sexually abused children. *Child Abuse & Neglect*. 1995;19(4):511-8.
282. Salt P, Myer M, Coleman L, Sauzier M. The myth of the mother as « accomplice » to child sexual abuse. *Child sexual abuse : The initial effects*. Sage Publication. 1990;109-31.
283. Bolen RM, Lamb JL. Guardian support of sexually abused children: A study of its predictors. *Child Maltreatment*. 2002;7(3):265-76.
284. Elliott AN, Carnes CN. Reactions of nonoffending parents to the sexual abuse of their child: a review of the literature. *Child Maltreat*. nov 2001;6(4):314-31.

285. Tremblay C, Hébert M, Piché C. Coping strategies and social support as mediators of consequences in child sexual abuse victims. *Child Abuse Negl.* sept 1999;23(9):929-45.
286. Spaccarelli S, Fuchs C. Variability in symptom expression among sexually abused girls: Developing multivariate models. *Journal of Clinical Child Psychology.* 1997;26(1):24-35.
287. Arata CM. To tell or not to tell: Current functioning of child sexual abuse survivors who disclosed their victimization. *Child Maltreatment.* 1998;3(1):63-71.
288. Everill J, Waller G. Disclosure of sexual abuse and psychological adjustment in female undergraduates. *Child Abuse Negl.* janv 1995;19(1):93-100.
289. Lange A, de Beurs E, Dolan C, Lachnit T, Sjollem S, Hanewald G. Long-term effects of childhood sexual abuse: Objective and subjective characteristics of the abuse and psychopathology in later life. *Journal of Nervous and Mental Disease.* 1999;187(3):150-8.
290. Bolen RM, Lamb JL. Parental Support and Outcome in Sexually Abused Children. *Journal of Child Sexual Abuse.* 3 juill 2007;16(2):33-54.
291. Cohen JA, Mannarino AP. Predictors of treatment outcome in sexually abused children. *Child Abuse Negl.* juill 2000;24(7):983-94.
292. France KG, Hudson SM. The conduct disorders and the juvenile sex offender. In: *The juvenile sex offender.* New York, NY, US: Guilford Press; 1993. p. 225-34.
293. Roman P, Dumet N. Des corps en acte. Désymbolisation/symbolisation à l'adolescence. *Cliniques méditerranéennes.* 2009;79(1):207-27.
294. Jeammet P. Réalité externe et réalité interne à l'adolescence. *Revue française de psychanalyse.* 1980;(44):498-542.
295. Marty F, Fain M. Importance de la motricité dans la relation d'objet. *Revue Française de Psychanalys.* 1955;19(1-2):205-34.
296. Jeammet P. La violence à l'adolescence. Défense identitaire et processus de figuration. *Adolescence.* 1997;(15):1-26.
297. Frémy D. Existe-t-il des caractéristiques cliniques et psychopathologiques des agresseurs sexuels enfants et adolescents [Internet]. 2001 [cité 8 avr 2020]. Disponible sur: <http://psydoc-fr.broca.inserm.fr/conf&rm/conf/confagrsex/RapportsExperts/Fremy.html>
298. De Becker E. L'adolescent transgresseur sexuel. *La psychiatrie de l'enfant.* 2009;52(2):309-38.
299. Pithers W, Gray A. The other half of the story: Children With Sexual Behavior Problems. *Psychology, Public Policy, and Law.* juin 1998;4(1/2):200-17.
300. Jacob M, McKibben A, Proulx J. Étude descriptive et comparative d'une population d'adolescents agresseurs sexuels. *Criminologie.* 2006;26(1):133-63.

301. Finkelhor D, Ormrod R, Chaffin M. Juveniles Who Commit Sex Offenses Against Minors. American Psychological Association; 2009.
302. Protection Judiciaire de la Jeunesse. La lettre de la PJJ. Avenir. févr 2009;(10):4-5.
303. Tournier PV. Violences sexuelles. Approche de démographie pénale. Observatoire national de la délinquance, INHES; 2008.
304. INHES O. Les mineurs et les majeurs mis en cause en 2009 par les services de police et les unités de gendarmerie. 2010.
305. National Children's Home. Children who abuse other children. 1992.
306. Horne L, Glasgow D, Cox A, Calam R. Sexual Abuse of Children by Children. J Child L. 1991 1990;3:147.
307. Badgley R, Allart H, McCormick N, Proudfoot N. Infractions sexuelles à l'égard des enfants. Comité sur les infractions sexuelles à l'égard des enfants et des jeunes; 1994.
308. Tourigny M. Incidence, facteurs de risque et programmes de prévention des agressions sexuelles envers les enfants. Recueil des études commandées par le groupe de travail pour les jeunes Ministère de la Santé et des Services sociaux. Canada : Ministère de la santé et des Services sociaux; 1991.
309. Finkelhor D, Hotaling G, Lewis IA, Smith C. Sexual abuse in a national survey of adult men and women: prevalence, characteristics, and risk factors. Child Abuse Negl. 1990;14(1):19-28.
310. Dube SR, Anda RF, Whitfield CL, Brown DW, Felitti VJ, Dong M, et al. Long-term consequences of childhood sexual abuse by gender of victim. Am J Prev Med. juin 2005;28(5):430-8.
311. Kahn TJ, Chambers HJ. Assessing reoffense risk with juvenile sexual offenders. Child Welfare: Journal of Policy, Practice, and Program. 1991;70(3):333-45.
312. Silovsky JF, Niec L. Characteristics of young children with sexual behavior problems: a pilot study. Child Maltreat. août 2002;7(3):187-97.
313. Sedlak A, Broadhurst D. Third national incidence study of child abuse and neglect : final report. US Department of Health and Human Service; 1996.
314. Cyr M, Wright J, McDuff P, Perron A. Intrafamilial sexual abuse: Brother-sister incest does not differ from father-daughter and stepfather-stepdaughter incest. Child abuse & neglect. 1 oct 2002;26:957-73.
315. Salazar LF, Camp CM, DiClemente RJ, Wingood GM. Sibling Incest Offenders. In: Gullotta TP, Adams GR, éditeurs. Handbook of Adolescent Behavioral Problems: Evidence-Based Approaches to Prevention and Treatment. Boston, MA: Springer US; 2005. p. 503-18.
316. Grant J. Intrafamilial adolescent sex offenders: psychological profile and treatment.
317. Caffaro JV, Conn-Caffaro A. Sibling abuse trauma : assessment and intervention strategies for children, families, and adults. New York : Haworth Maltreatment and Trauma Press; 1998.

318. Ciavaldini A. Violences sexuelles chez les mineurs. Moins pénaliser, mieux prévenir. Editions In Press. 2012.
319. Hoghughi MS, Bhate SR, Graham F. Working with Sexually Abusive Adolescents: A Practice Manual. SAGE; 1997. 257 p.
320. Johnson TC. Child perpetrators--children who molest other children: preliminary findings. *Child Abuse Negl.* 1988;12(2):219-29.
321. Carpentier J, Proulx J. Correlates of recidivism among adolescents who have sexually offended. *Sex Abuse.* déc 2011;23(4):434-55.
322. Carpentier J. Adolescents auteurs d'abus sexuels : carrière criminelle et facteurs associés [Internet]. 2009. Disponible sur: /paper/Adolescents-auteurs-d&#39;abus-sexuels-%3A-carri%C3%A8re-et-Carpentier/5a3eb8b716d136bfea73c2114bc44597fea2d947
323. Davis GE, Leitenberg H. Adolescent sex offenders. *Psychol Bull.* mai 1987;101(3):417-27.
324. Caldwell MF. Sexual Offense Adjudication and Sexual Recidivism among Juvenile Offenders. *Sex Abuse.* 1 juin 2007;19(2):107-13.
325. Caldwell MF. Study characteristics and recidivism base rates in juvenile sex offender recidivism. *Int J Offender Ther Comp Criminol.* avr 2010;54(2):197-212.
326. Nisbet IA, Wilson PH, Smallbone SW. A prospective longitudinal study of sexual recidivism among adolescent sex offenders. *Sex Abuse.* juin 2004;16(3):223-34.
327. Vandiver DM. A prospective analysis of juvenile male sex offenders: characteristics and recidivism rates as adults. *J Interpers Violence.* mai 2006;21(5):673-88.
328. Côté C. Caractéristiques personnelles, traitement et récidive chez les adolescents agresseurs sexuels. 1 déc 2011; Disponible sur: <https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/handle/1866/6043>
329. Waite D, Keller A, McGarvey EL, Wieckowski E, Pinkerton R, Brown GL. Juvenile sex offender re-arrest rates for sexual, violent nonsexual and property crimes: a 10-year follow-up. *Sex Abuse.* juill 2005;17(3):313-31.
330. Worling JR, Långström N. Risk of Sexual Recidivism in Adolescents Who Offend Sexually: Correlates and Assessment. In: *The juvenile sex offender*, 2nd ed. New York, NY, US: Guilford Press; 2006. p. 219-47.
331. Lisak D, Roth S. Motivational factors in nonincarcerated sexually aggressive men. *J Pers Soc Psychol.* nov 1988;55(5):795-802.
332. Whitaker DJ, Le B, Karl Hanson R, Baker CK, McMahon PM, Ryan G, et al. Risk factors for the perpetration of child sexual abuse: a review and meta-analysis. *Child Abuse Negl.* mai 2008;32(5):529-48.
333. Adler NA, Schutz J. Sibling incest offenders. *Child Abuse Negl.* juill 1995;19(7):811-9.
334. Rudd JM, Herzberger SD. Brother-sister incest-father-daughter incest: a comparison of characteristics and consequences. *Child Abuse & Neglect.* 1999;23(9):915-28.

335. Worling JR. Adolescent sibling-incest offenders: Differences in family and individual functioning when compared to adolescent nonsibling sex offenders. *Child Abuse & Neglect*. 1 mai 1995;19(5):633-43.
336. Grattagliano I, Cassibba R, Costantini A, Laquale GM, Latrofa A, Papagna S, et al. Attachment models in incarcerated sex offenders: a preliminary Italian study using the adult attachment interview. *J Forensic Sci*. janv 2015;60 Suppl 1:S138-142.
337. Stirpe T, Abracen J, Stermac L, Wilson R. Sexual offenders' state-of-mind regarding childhood attachment: a controlled investigation. *Sex Abuse*. juill 2006;18(3):289-302.
338. Marshall W. Pauvreté des liens d'attachement et déficiences dans les rapports intimes chez les agresseurs sexuels. *criminol*. 1994;27(2):55-69.
339. Marsa F, O'Reilly G, Carr A, Murphy P, O'Sullivan M, Cotter A, et al. Attachment Styles and Psychological Profiles of Child Sex Offenders in Ireland. *Journal of Interpersonal Violence*. 2004;19(2):228-51.
340. Smallbone SW, McCabe B-A. Childhood attachment, childhood sexual abuse, and onset of masturbation among adult sexual offenders. *Sexual Abuse: Journal of Research and Treatment*. 2003;15(1):1-10.
341. Miner MH, Robinson BEB, Knight RA, Berg D, Romine RS, Netland J. Understanding sexual perpetration against children: effects of attachment style, interpersonal involvement, and hypersexuality. *Sex Abuse*. mars 2010;22(1):58-77.
342. Marshall WL. Intimacy, loneliness and sexual offenders. *Behav Res Ther*. 1989;27(5):491-503.
343. Granjon E. L'enveloppe généalogique familiale. In: *Crises familiales : violence et reconstruction*. 2005. p. 69-86.
344. Roman P. La position depressive familiale: un modèle pour penser la séparation - apport des méthodes projectives. *Psychiatrie de l'enfant*. 1999;XLII(1):129-72.
345. Kahn TJ, Lafond MA. Treatment of the adolescent sexual offender. *Child and Adolescent Social Work Journal*. 1 juin 1988;5(2):135-48.
346. Ferenczi S. Confusion de langue entre les adultes et l'enfant. Le langage de la tendresse et de la passion (1933). In: *45 commentaires de textes en psychopathologie psychanalytique*. Paris: Dunod; 2012. p. 55-63. (Psycho Sup).
347. Delage M. Existe-t-il une histoire particulière chez les agresseurs sexuels? Quel est le rôle de ce facteur? [Internet]. 2001. Disponible sur: <http://psydoc-fr.broca.inserm.fr/conf&rm/conf/confagrsex/RapportsExperts/Delage.html>
348. Seto MC, Maric A, Barbaree HE. The role of pornography in the etiology of sexual aggression. *Aggression and Violent Behavior*. 1 janv 2001;6(1):35-53.
349. Mosher DL. Pornography Defined : Sexual involvement theory, narrative context, and goodness-of-fit. *Journal of Psychology & Human Sexuality*. 16 juin 1988;1(1):67-85.
350. Allen M, Emmers T, Gebhardt L, Giery MA. Exposure to pornography and acceptance of rape myths. *Journal of Communication*. 1995;45(1):5-26.

351. Allen M, D'Alessio D, Brezgel K. A meta-analysis summarizing the effects of pornography: II. Aggression after exposure. *Human Communication Research*. 1995;22(2):258-83.
352. Fanniff AM, Kolko DJ. Victim age-based subtypes of juveniles adjudicated for sexual offenses: comparisons across domains in an outpatient sample. *Sex Abuse*. juin 2012;24(3):224-64.
353. Bullens R, Wijk A, Mali B. Similarities and differences between the criminal careers of Dutch juvenile sex offenders and non-sex offenders. *Journal of Sexual Aggression*. 1 juill 2006;12:155-64.
354. Butler SM, Seto MC. Distinguishing two types of adolescent sex offenders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. janv 2002;41(1):83-90.
355. Witt PH, Bosley JT, Hiscox SP. Evaluation of juvenile sex offenders. *Journal of Psychiatry & Law*. 1 déc 2003;30:569-92.
356. Aebi M, Vogt G, Plattner B, Steinhausen H-C, Bessler C. Offender types and criminality dimensions in male juveniles convicted of sexual offenses. *Sex Abuse*. juin 2012;24(3):265-88.
357. Hunter JA, Figueredo AJ, Malamuth NM, Becker JV. Juvenile sex offenders: toward the development of a typology. *Sex Abuse*. janv 2003;15(1):27-48.
358. Gunby C, Woodhams J. Sexually deviant juveniles: comparisons between the offender and offence characteristics of 'child abusers' and 'peer abusers'. *Psychology, Crime & Law*. 1 janv 2010;16(1-2):47-64.
359. Seto MC, Lalumière ML. What is so special about male adolescent sexual offending? A review and test of explanations through meta-analysis. *Psychol Bull*. juill 2010;136(4):526-75.
360. Roman P. La violence sexuelle et le processus adolescent. Dynamique des aménagements psychiques, des auteurs aux victimes de violence sexuelle. L'apport des méthodes projectives. *Psychologie clinique et projective*. 2004;10(1):113-46.
361. Simons DA, Wurtele SK, Durham RL. Developmental experiences of child sexual abusers and rapists. *Child Abuse Negl*. mai 2008;32(5):549-60.
362. Hunter JA, Becker J. The Role of Deviant Sexual Arousal in Juvenile Sexual Offending: Etiology, Evaluation, and Treatment. *Criminal Justice and Behavior*. 1 mars 1994;21(1):132-49.
363. Becker J, Kaplan M, Tenke C, Tartaglini A. The incidence of depressive symptomatology in juvenile sex offenders with a history of abuse. *Child abuse & neglect*. 1 févr 1991;15:531-6.
364. Perry G, Orchard J. Community based treatment. In: *Assessment and treatment of adolescent sex offenders*. Sarasota: Professional Ressource Press; 1992. p. 67-97.
365. Salter AC. *Treating child sex offenders and victims: A practical guide*. Thousand Oaks, CA, US: Sage Publications, Inc; 1988. 343 p. (Treating child sex offenders and victims: A practical guide).

366. Langevin R, Wright P, Handy L. Empathy, Assertiveness, Aggressiveness, and Defensiveness Among Sex Offenders. *Annals of Sex Research*. 1 oct 1988;1(4):533-47.
367. Pithers W. Treatment of rapists : Reinterpretation of early outcome data and exploratory constructs to enhance therapeutic efficiency. In: *Sexual aggression : Issues in etiology, assessment, and treatment*. Washington DC: Taylor and Francis; 1993. p. 167-96.
368. Vaginay D. La sexualité des adolescents handicapés mentaux en institution. *La lettre de l'enfance et de l'adolescence*. 2008;73(3):33-40.
369. Robertiello G, Terry KJ. Can we profile sex offenders? A review of sex offender typologies. *Aggression and Violent Behavior*. 1 sept 2007;12(5):508-18.
370. Van Gijseghem H. La personnalité de l'abuseur sexuel. Typologie à partir de l'optique psychodynamique. Montréal: Méridien; 1988.
371. Murphy WD, Coleman EM. Treatment and evaluation issues with the mentally retarded sex offender. In J.G.Greer et I.R.Stuart. In: *The sexual aggressor : Current perspectives on treatment*. New York; 1983. p. 22-41.
372. Swanson CK, Garwick GB. Treatment for low-functioning sex offenders: Group therapy and interagency coordination. *Mental Retardation*. 1990;28(3):155-61.
373. Dennison SM, Leclerc B. Developmental Factors in Adolescent Child Sexual Offenders: A Comparison of Nonrepeat and Repeat Sexual Offenders. 2011;
374. Mallie AL, Viljoen JL, Mordell S, Spice A, Roesch R. Childhood abuse and adolescent sexual re-offending: A meta-analysis. *Child & Youth Care Forum*. 2011;40(5):401-17.
375. Kenny DT, Keogh T, Seidler K. Predictors of recidivism in Australian juvenile sex offenders: implications for treatment. *Sex Abuse*. avr 2001;13(2):131-48.
376. Knight RA, Prentky RA. Classifying Sexual Offenders. In: Marshall WL, Laws DR, Barbaree HE, éditeurs. *Handbook of Sexual Assault: Issues, Theories, and Treatment of the Offender* [Internet]. Boston, MA: Springer US; 1990. p. 23-52. (Applied Clinical Psychology). Disponible sur: [https://doi.org/10.1007/978-1-4899-0915-2\\_3](https://doi.org/10.1007/978-1-4899-0915-2_3)
377. Beech AR, Ward T. The integration of etiology and risk in sexual offenders: A theoretical framework. *Aggression and Violent Behavior*. 1 nov 2004;10(1):31-63.
378. Hall G, Hirschmann R. Sexual Aggression against Children: A Conceptual Perspective of Etiology. *Criminal Justice and Behavior*. 1 mars 1992;19(1):8-23.
379. Marshall WL, Laws DR, Barbaree HE, éditeurs. *Handbook of Sexual Assault: Issues, Theories, and Treatment of the Offender*. Springer US; 1990. (Nato Science Series B:).
380. Hanson RK, Morton-Bourgon KE. The Characteristics of Persistent Sexual Offenders: A Meta-Analysis of Recidivism Studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2005;73(6):1154-63.

381. Lane SL. The sexual abuse cycle. In: Juvenile sexual offending: Causes, consequences, and correction, New & rev ed. San Francisco, CA, US: Jossey-Bass; 1997. p. 77-121.
382. Hamon F. Délinquance sexuelle et crimes sexuels. 1999. (Masson).
383. Ward T, Siegert RJ. Toward a comprehensive theory of child sexual abuse: A theory knitting perspective. *Psychology, Crime & Law*. 1 déc 2002;8(4):319-51.
384. Knight RA, Prentky RA. Exploring characteristics for classifying juvenile sex offenders. In: The juvenile sex offender. New York, NY, US: Guilford Press; 1993. p. 45-83.
385. Penot B. La passion du sujet freudien. Entre pulsionnalité et signifiante. Toulouse: ERES; 2001. 184 p. (Actualité de la psychanalyse).
386. Carpentier J, Proulx J, Leclerc B. Les variables associées à l'agression sexuelle violente chez les adolescents agresseurs sexuels. In M. Tardif (Ed.), L'agression sexuelle, coopérer au delà des frontières. Cifas; 2005.
387. Hanson RK, Bussière MT. Predicting relapse: a meta-analysis of sexual offender recidivism studies. *J Consult Clin Psychol*. avr 1998;66(2):348-62.
388. Hanson RK, Steffy RA, Gauthier R. Long-term recidivism of child molesters. *J Consult Clin Psychol*. août 1993;61(4):646-52.
389. Ciavaldini A. L'auteur de violences sexuelles : réitération, risques et modèles de compréhension. In: Le délinquant sexuel Enjeux cliniques et sociétaux. Henry Ingberg. Bruxelles; 2005. p. 37-58.
390. Neau F. Masculin maniaque ? *Psychologie clinique et projective*. 2005;11(1):35-78.
391. Bouchet-Kervella D. Existe-t-il des caractéristiques cliniques et psychopathologiques des pédophiles extra familiaux adultes. 2001.
392. Marty F, Estellon V. Chagnon in *Cliniques de l'extrême*. Armand Colin. Paris; 2012. 142 p.
393. Roman P. Une approche psychanalytique de la notion de dangerosité. Violence et subjectivation : le risque de la rencontre. *L'Évolution Psychiatrique*. 1 janv 2010;75(1):139-51.
394. Becker JV, Cunningham-Rathner J, Kaplan MS. Adolescent sexual offenders: Demographics, criminal and sexual histories, and recommendations for reducing future offenses. *Journal of Interpersonal Violence*. 1986;1(4):431-45.
395. Haesevoets YH. Les adolescents transgresseurs sexuels : de la violence de l'interprétation au risque de la stigmatisation. Évaluation et traitement. *L'Évolution Psychiatrique*. 1 juill 2001;66(3):399-420.
396. Bonnet G. La violence du voir. Paris: Presses Universitaires de France; 2008.
397. Racamier P-C. Le Génie des origines. Payot. Paris; 1992.
398. Ciavaldini A, Balier C. Agressions sexuelles : Pathologies, suivis thérapeutiques et cadre judiciaire. Paris: Editions Masson; 2000. 250 p.

399. Saunders EB, Awad GA. Assessment, Management, and Treatment Planning for Male Adolescent Sexual Offenders. *American Journal of Orthopsychiatry*. 1988;58(4):571-9.
400. Lanouzière J. Histoire secrète de la séduction sous le règne de Freud. Presses Universitaires de France; 1991.
401. Bergeret J. La violence naturelle. In: La violence et la vie La face cachée de l'oedipe. Paris: Payot; 1994. p. 19-37.
402. Racamier P-C. L'inceste et l'incestuel. Paris: Dunod; 2010. 192 p. (Psychismes).
403. Klein M, Heimann P, Isaacs S, Rivière J, Baranger W. Développements de la psychanalyse. 4e édition. Presses Universitaires de France - PUF; 2013. 301 p.
404. Balier C. La violence en Abyme. Paris cedex 14: Presses Universitaires de France; 2005. 408 p. (Le fil rouge).
405. Tomassini M. Désidentification primaire, angoisse de séparation et formation de la structure perverse. *Revue française de psychanalyse*. 1992;56(5):1541-614.
406. Ciavaldini A. La pédophilie, figure de la dépression primaire. *Revue française de psychanalyse*. 2006;70(1):177-95.
407. Fédération Française de Psychiatrie. Psychopathologie et traitement actuel des auteurs d'agressions sexuelles. Conférence de consensus; 2002.
408. Ciavaldini A. Psychopathologie des agresseurs sexuels. Nouv éd. révisée. Paris: Editions Masson; 2001. 288 p.
409. Szwec G. Les procédés autocalmants en psychosomatique et en psychiatrie de l'enfant. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*. 1 sept 2004;52(6):410-3.
410. Ciavaldini A. L'agir : un affect inachevé. In: L'affect. Paris cedex 14: Presses Universitaires de France; 2005. p. 137-61. (Monographies de psychanalyse).
411. Roman P. Les violences sexuelles à l'adolescence | [Internet]. Elsevier Masson. 2012. Disponible sur: <https://www.elsevier-masson.fr/les-violences-sexuelles-a-ladolescence-9782294713583.html>
412. Freud S. Trois essais sur la théorie sexuelle. 1905.
413. Govindama Y. Agressions sexuelles. Victimes et agresseurs : une souffrance partagée Souffrances partagées vers la quête d'une fusion incestueuse. Editions in Press. 2017. (Ouverture psy).
414. de Becker E. De l'adolescent déficient mental qui pose des actes sexuels transgressifs. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*. 1 sept 2006;164(7):557-64.
415. Keelan C, Fremouw W. Child versus peer/adult offenders: A critical review of the juvenile sex offender literature. *Aggression and Violent Behavior*. 1 nov 2013;18:732–744.
416. Baker AJL, Tabacoff R, Tornusciolo G, Eisenstadt M. Calculating number of offenses and victims of juvenile sexual offending: The role of posttreatment disclosures. *Sexual Abuse: Journal of Research and Treatment*. 2001;13(2):79-90.

417. Ware J, Mann RE. How should "acceptance of responsibility" be addressed in sexual offending treatment programs? *Aggression and Violent Behavior*. 2012;17(4):279-88.
418. Levenson JS, Willis GM, Prescott DS. Adverse Childhood Experiences in the Lives of Male Sex Offenders: Implications for Trauma-Informed Care. *Sex Abuse*. juin 2016;28(4):340-59.
419. Ware J, Bright DA. Evolution of a Treatment Programme for Sex Offenders: Changes to the NSW Custody-Based Intensive Treatment (CUBIT). *Psychiatry, Psychology and Law*. 1 juill 2008;15(2):340-9.
420. Langton CM, Barbaree HE, Harkins L, Arenovich T, McNamee J, Peacock EJ, et al. Denial and minimization among sexual offenders: Posttreatment presentation and association with sexual recidivism. *Criminal Justice and Behavior*. 2008;35(1):69-98.
421. Nunes KL, Hanson RK, Firestone P, Moulden HM, Greenberg DM, Bradford JM. Denial predicts recidivism for some sexual offenders. *Sex Abuse*. juin 2007;19(2):91-105.
422. Jensen TM, Shafer K, Roby CY, Roby JL. Sexual history disclosure polygraph outcomes: do juvenile and adult sex offenders differ? *J Interpers Violence*. mars 2015;30(6):928-44.
423. Derezotes D. Evaluation of Yoga and Meditation Trainings with Adolescent Sex Offenders. *Child and Adolescent Social Work Journal*. 1 avr 2000;17(2):97-113.
424. Ertl MA, McNamara JR. Treatment of Juvenile Sex Offenders: A Review of the Literature. *Child and Adolescent Social Work Journal*. 1 juin 1997;14(3):199-221.
425. Perkins D, Hammond S, Coles D, Bishopp D. Review of sex offender treatment programmes. 1998.
426. McMahon PM. The Public Health Approach to the Prevention of Sexual Violence. *Sex Abuse*. 1 janv 2000;12(1):27-36.
427. Renk K, Liljequist L, Steinberg A, Bosco G, Phares V. Prevention of child sexual abuse: Are we doing enough? *Trauma, Violence, & Abuse*. 2002;3(1):68-84.
428. Chasan-Taber L, Tabachnick J. Evaluation of a child sexual abuse prevention program. *Sex Abuse*. oct 1999;11(4):279-92.
429. Garland RJ, Dougher MJ. The Abused/Abuser Hypothesis of Child Sexual Abuse: A Critical Review of Theory and Research. In: Feierman JR, éditeur. *Pedophilia: Biosocial Dimensions*. New York, NY: Springer; 1990. p. 488-509.
430. Glasser M, Kolvin I, Campbell D, Glasser A, Leitch I, Farrelly S. Cycle of child sexual abuse: links between being a victim and becoming a perpetrator. *Br J Psychiatry*. déc 2001;179:482-94; discussion 495-497.
431. Hanson RK, Slater S. Sexual victimization in the history of sexual abusers: A review. *Annals of Sex Research*. 1 déc 1988;1(4):485-99.
432. United States General Accounting Office. Cycle of child abuse : reseach inconclusive about whether child victims become adult abusers. 1996.

433. Burton D, Schatz R. Meta-analysis of the abuse rates of adolescent sexual abusers. Communication présenté à: 8th International Family Violence Conference; 2003; Portsmouth.
434. Ohlert J, Seidler C, Rau T, Fegert J, Allroggen M. Comparison of Psychopathological Symptoms in Adolescents Who Experienced Sexual Violence as a Victim and/or as a Perpetrator. *J Child Sex Abus.* juin 2017;26(4):373-87.
435. Jespersen AF, Lalumière ML, Seto MC. Sexual abuse history among adult sex offenders and non-sex offenders: a meta-analysis. *Child Abuse Negl.* mars 2009;33(3):179-92.
436. van der Put CE, Lanctôt N, de Ruiter C, van Vugt E. Child maltreatment among boy and girl probationers: does type of maltreatment make a difference in offending behavior and psychosocial problems? *Child Abuse Negl.* août 2015;46:142-51.
437. Salter D, McMillan D, Richards M, Talbot T, Hodges J, Bentovim A, et al. Development of sexually abusive behaviour in sexually victimised males: a longitudinal study. *Lancet.* 8 févr 2003;361(9356):471-6.
438. Burton DL. Male Adolescents: Sexual Victimization and Subsequent Sexual Abuse. *Child and Adolescent Social Work Journal.* 1 août 2003;20(4):277-96.
439. Ryan G, Miyoshi TJ, Metzner JL, Krugman RD, Fryer GE. Trends in a national sample of sexually abusive youths. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* janv 1996;35(1):17-25.
440. Worling JR. Sexual abuse histories of adolescent male sex offenders: Differences on the basis of the age and gender of their victims. *Journal of Abnormal Psychology.* 1995;104(4):610-3.
441. O'Brien MJ. Taking sibling incest seriously. In: *Family sexual abuse: Frontline research and evaluation.* Thousand Oaks, CA, US: Sage Publications, Inc; 1991. p. 75-92.
442. Pierce LH, Pierce RL. Incestuous victimization by Juvenile Sex offenders. *J Fam Viol.* 1 déc 1987;2(4):351-64.
443. Widom C. Victims of childhood sexual abuse-later criminal consequences. National institute of Justice; 1995.
444. Connolly M, Woollons R. Childhood Sexual Experience and Adult Offending: An Exploratory Comparison of Three Criminal Groups. *Child Abuse Review.* 1 mars 2008;17:119-32.
445. Green A. Chaînes d'Éros | Éditions Odile Jacob. Odile Jacob. Paris; 219-221 p.
446. Kaufman KL, Hilliker DR, Daleiden EL. Subgroup Differences in the Modus Operandi of Adolescent Sexual Offenders. *Child Maltreat.* 1 févr 1996;1(1):17-24.
447. Awad GA, Saunders EB. Male adolescent sexual assaulters: Clinical observations. *Journal of Interpersonal Violence.* 1991;6(4):446-60.

448. Becker JV, Hunter JA, Stein RM, Kaplan MS. Factors associated with erection in adolescent sex offenders. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*. 1 déc 1989;11(4):353-62.
449. Becker JV, Kaplan MS, Tenke CE. The relationship of abuse history, denial and erectile response profiles of adolescent sexual perpetrators. *Behavior therapy*. 1 janv 1992;23(1):87-97.
450. Hunter JA, Goodwin DW, Becker JV. The relationship between phallometrically measured deviant sexual arousal and clinical characteristics in juvenile sexual offenders. *Behaviour Research and Therapy*. 1 juin 1994;32(5):533-8.
451. St-Yves M, Pellerin B. Victimisation sexuelle et scénario délictuel chez les délinquants sexuels. *Revue internationale de criminologie et de police technique et scientifique*. 1999;(52):179-89.
452. Burton DL, Nesmith AA, Badten L. Clinician's views on sexually aggressive children and their families: a theoretical exploration. *Child Abuse Negl*. févr 1997;21(2):157-70.
453. Hanson RK. Characteristics of sex offenders who were sexually abused as children. In: *Sex offenders and their victims : New research findings*. Toronto; 1991. p. 77-85.
454. Langevin R, Wright P, Handy L. Characteristics of sex offenders who were sexually victimized as children. *Annals of Sex Research*. 1989;2(3):227-53.
455. Cooper CL, Murphy WD, Haynes MR. Characteristics of abused and nonabused adolescent sexual offenders. *Sexual Abuse: Journal of Research and Treatment*. 1996;8(2):105-19.
456. Zakireh B, Ronis S, Knight R. Individual Beliefs, Attitudes, and Victimization Histories of Male Juvenile Sexual Offenders. *Sexual abuse : a journal of research and treatment*. 1 oct 2008;20:323-51.
457. Seghorn TK, Prentky RA, Boucher RJ. Childhood Sexual Abuse in the Lives of Sexually Aggressive Offenders. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 1 mars 1987;26(2):262-7.
458. Hummel P, Thömke V, Oldenburger HA, Specht F. Male adolescent sex offenders against children: similarities and differences between those offenders with and those without a history of sexual abuse. *J Adolesc*. juin 2000;23(3):305-17.
459. Auclair N, Carpentier J, Proulx J. Une étude descriptive d'un échantillon d'adolescents auteurs d'abus sexuels référés en clinique psychiatrique externe. In: Jacob M, Quenneville R, Tardif M, éditeurs. *La délinquance sexuelle des mineurs : Approches cliniques* [Internet]. Montréal: Presses de l'Université de Montréal; 2018 [cité 1 juin 2020]. p. 25-57. (Paramètres). Disponible sur: <http://books.openedition.org/pum/6125>
460. May JG. *Current Problems in Pediatrics*. 1977.
461. Groth NA. Sexual Trauma in the Life Histories of Rapists and Child Molesters. 1976;4:10-6.
462. Pellerin B, St-Yves M, Guay J-P. La théorie de l'abusé-abuseur en délinquance sexuelle: Qui dit vrai? *Canadian Journal of Criminology and Criminal Justice*. 26 sept 2006;

463. Berman AK, Knight RA. The Relation of Familiarity With Sexual Abusers to Subsequent Developmental Adaptation in Youths Who Have Sexually Offended. *Sex Abuse*. déc 2015;27(6):587-608.
464. Hyde C, Bentovim A, Monck E. Some clinical and methodological implications of a treatment outcome study of sexually abused children. *Child Abuse & Neglect*. 1 nov 1995;19(11):1387-99.
465. Bagley C, Wood M, Young L. Victim to abuser: mental health and behavioral sequels of child sexual abuse in a community survey of young adult males. *Child Abuse Negl*. août 1994;18(8):683-97.
466. Stewart A, Dennison S, Waterson E. Pathways from child maltreatment to juvenile offending. *Australian Institute of Criminology*;
467. Zingraff MT, Leiter J, Johnsen MC, Myers KA. The mediating effect of good school performance on the maltreatment-delinquency relationship. *Journal of Research in Crime and Delinquency*. 1994;31(1):62-91.
468. Martínez-Taboas A, Canino G, Wang MQ, García P, Bravo M. Prevalence and victimization correlates of pathological dissociation in a community sample of youths. *J Trauma Stress*. août 2006;19(4):439-48.
469. Finkelhor D, Kendall-Tackett KA. Victimization of children and youth : the spectrum of crimes against children. In: *Child victimization : Maltreatment, bullying and dating violence, prevention, and intervention*. Kingston; 2005. p. 21-6.
470. Moskowitz A. Dissociation and violence: a review of the literature. *Trauma Violence Abuse*. janv 2004;5(1):21-46.
471. Becker-Blease KA, Freyd JJ. Dissociation and memory for perpetration among convicted sex offenders. *J Trauma Dissociation*. 2007;8(2):69-80.
472. Leibowitz GS, Laser JA, Burton DL. Exploring the relationships between dissociation, victimization, and juvenile sexual offending. *J Trauma Dissociation*. 2011;12(1):38-52.
473. Freund K, Kuban M. The basis of the abused abuser theory of pedophilia: A further elaboration on an earlier study. *Arch Sex Behav*. 1 oct 1994;23(5):553-63.
474. Curwen T. The importance of offense characteristics, victimization history, hostility, and social desirability in assessing empathy of male adolescent sex offenders. *Sex Abuse*. oct 2003;15(4):347-64.
475. Feshbach ND. Parental empathy and child adjustment/maladjustment. In: *Empathy and its development*. New York, NY, US: Cambridge University Press; 1987. p. 271-91. (Cambridge studies in social and emotional development).
476. Monto M, Zgourides G, Harris R. Empathy, Self-Esteem, and the Adolescent Sexual Offender. *Sex Abuse*. 1 avr 1998;10(2):127-40.
477. Hayes S. The Relationship Between Childhood Abuse, Psychological Symptoms and Subsequent Sex Offending. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*. 2009;22(1):96-101.

478. Masten AS, Coatsworth JD. Competence, resilience, and psychopathology. In: *Developmental psychopathology, Vol 2: Risk, disorder, and adaptation*. Oxford, England: John Wiley & Sons; 1995. p. 715-52. (Wiley series on personality processes).
479. Masten AS, Best KM, Garmezy N. Resilience and development: Contributions from the study of children who overcome adversity. *Development and Psychopathology*. oct 1990;2(4):425-44.
480. Garmezy N. Stress-resistant children: The search for protective factors. 1985.
481. Masten AS, Garmezy N. Risk, vulnerability, and protective factors in developmental psychopathology. *Advances in clinical child psychology*. 1985;1-52.
482. Valentine L, Feinauer LL. Resilience factors associated with female survivors of childhood sexual abuse. *American Journal of Family Therapy*. 1993;21(3):216-24.
483. Gilgun JF. Resilience and the Intergenerational Transmission of Child Sexual Abuse. In: *Family Sexual Abuse: Frontline Research and Evaluation*. Thousand Oaks: SAGE Publications, Inc.; 1991. p. 93-105.
484. Lambie I, Seymour F, Lee A, Adams P. Resiliency in the victim-offender cycle in male sexual abuse. *Sex Abuse*. janv 2002;14(1):31-48.
485. Fergusson DM, Lynskey MT. Adolescent resiliency to family adversity. *Child Psychology & Psychiatry & Allied Disciplines*. 1996;37(3):281-92.
486. Herrenkohl EC, Herrenkohl RC, Egolf B. Resilient early school-age children from maltreating homes: Outcomes in late adolescence. *American Journal of Orthopsychiatry*. 1994;64(2):301-9.
487. Masten AS, Garmezy N, Tellegen A, Pellegrini DS, Larkin K, Larsen A. Competence and stress in school children: the moderating effects of individual and family qualities. *J Child Psychol Psychiatry*. nov 1988;29(6):745-64.
488. Werner EE. High-risk children in young adulthood: A longitudinal study from birth to 32 years. *American Journal of Orthopsychiatry*. 1989;59(1):72-81.
489. Tardif M, Auclair N, Jacob M, Carpentier J. Sexual abuse perpetrated by adult and juvenile females: an ultimate attempt to resolve a conflict associated with maternal identity. *Child Abuse & Neglect*. 1 févr 2005;29(2):153-67.
490. Grayston AD, Luca RVD. Female perpetrators of child sexual abuse. *Aggression and Violent Behavior*. 4(1):93-106.
491. Saradjian J, Hanks H. Women who sexually abuse children: from research to clinical practice. *Criminal Behaviour and Mental Health*. 1998;8(3):238-9.
492. Boroughs DS. Female sexual abusers of children. *Children and Youth Services Review*. 1 mai 2004;26(5):481-7.
493. Jennings KT. Female child molesters : A review of the litterature. In: *Female sexual abuse of children*. New York: Gilford Press; 1993. p. 219-34.

494. Johansson-Love J, Fremouw W. A critique of the female sexual perpetrator research. *Aggression and Violent Behavior*. 1 janv 2006;11(1):12-26.
495. Williams KS, Bierie DM. An incident-based comparison of female and male sexual offenders. *Sex Abuse*. juin 2015;27(3):235-57.
496. Tamini M. Adolescentes auteures d'abus sexuels : de l'incrédulité générale au devoir de protection. Université de Lausanne; 2011.
497. Kubik EK, Hecker JE, Righthand S. Adolescent females who have sexually offended: Comparisons with delinquent adolescent female offenders and adolescent males who sexually offend. *Journal of Child Sexual Abuse: Research, Treatment, & Program Innovations for Victims, Survivors, & Offenders*. 2002;11(3):63-83.
498. Vandiver DM, Teske R. Juvenile Female and Male Sex Offenders: A Comparison of Offender, Victim, and Judicial Processing Characteristics. *Int J Offender Ther Comp Criminol*. 1 avr 2006;50(2):148-65.
499. Hickey N, Mccrory E, Farmer E, Vizard E. Comparing the developmental and behavioural characteristics of female and male juveniles who present with sexually abusive behaviour. *Journal of Sexual Aggression*. 1 nov 2008;14:241-52.
500. McCartan FM, Law H, Murphy M, Bailey S. Child and adolescent females who present with sexually abusive behaviours: A 10-year UK prevalence study. *Journal of Sexual Aggression*. 1 mars 2011;17(1):4-14.
501. Slotboom A-M, Hendriks J, Verbruggen J. Contrasting adolescent female and male sexual aggression: A self-report study on prevalence and predictors of sexual aggression. *Journal of Sexual Aggression*. 1 mars 2011;17:15-33.
502. Faller KC. The role relationship between victim and perpetrator as a predictor of characteristics of intrafamilial sexual abuse. *Child and Adolescent Social Work Journal*. 1 sept 1989;6(3):217-29.
503. Burton D, Fleming W. Feelings of adolescent sexual offenders and delinquents about their own victimization and perpetration. 2000.
504. Bandura A. Social foundations of thought and action: A social cognitive theory. Englewood Cliffs, NJ, US: Prentice-Hall, Inc; 1986. xiii, 617 p. (Social foundations of thought and action: A social cognitive theory).
505. Burton DL, Miller DL, Shill CT. A social learning theory comparison of the sexual victimization of adolescent sexual offenders and nonsexual offending male delinquents. *Child Abuse Negl*. sept 2002;26(9):893-907.
506. Bandura A. Social Learning Theory. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice Hall; 1977. 247 p.
507. Milcent M-P. Quand les garçons abusés sexuellement deviennent des pères incestueux : connaissances et controverses. *Handicap, Revue de sciences humaines et sociales*. 1999;(83):45-61.
508. Murphy WD, Smith TA. Sex offenders against children. Empirical and clinical issues. In: *The APSAC Handbook on Child Maltreatment*. London; p. 175-92.

509. Baker AW, Duncan SP. Child sexual abuse: a study of prevalence in Great Britain. *Child Abuse Negl.* 1985;9(4):457-67.
510. Freund K, Watson R, Dickey R. Does sexual abuse in childhood cause pedophilia: An exploratory study. *Arch Sex Behav.* 1 déc 1990;19(6):557-68.
511. Ward T, Polaschek D, Beech AR. *Theories of Sexual Offending.* John Wiley & Sons; 2006. 392 p.
512. Ryan G. Victim to victimizer: Rethinking victim treatment. *Journal of Interpersonal Violence.* 1989;4(3):325-41.
513. Cortoni F, Marshall WL. Sex as a coping strategy and its relationship to juvenile sexual history and intimacy in sexual offenders. *Sexual Abuse: Journal of Research and Treatment.* 2001;13(1):27-43.
514. Brown J, Cohen P, Chen H, Smailes E, Johnson JG. Sexual Trajectories of Abused and Neglected Youths. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics.* 2004;25(2):77-82.
515. Stoller RJ. *Perversion: The Erotic Form of Hatred.* Hassocks: Branch Line; 1976. 258 p.
516. Bolton Jr. FG, Morris LA, MacEachron AE. *Males at risk: The other side of child sexual abuse.* Thousand Oaks, CA, US: Sage Publications, Inc; 1989. 222 p. (Males at risk: The other side of child sexual abuse).
517. Rasmussen LA. The Trauma Outcome Process: An integrated model for guiding clinical practice with children with sexually abusive behavior problems. *Journal of Child Sexual Abuse: Research, Treatment, & Program Innovations for Victims, Survivors, & Offenders.* 1999;8(4):3-33.
518. Miller S, Nunnally EW, Wackman DB. *Alive and Aware: Improving Communication in Relationships.* Interpersonal Communication Programs; 1975. 294 p.
519. Misès R. Les pathologies limites de l'enfance. In: *Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent.* Paris cedex 14: Presses Universitaires de France; 2004. p. 1347-62. (Quadrige; vol. 2e éd.).
520. Freud S. Un enfant est battu. In: *Oeuvres complètes psychanalyse XV.* Paris: Presses Universitaires de France; 1919. p. 115-14.
521. Bentovim A. *Trauma-Organized Systems: Physical and Sexual Abuse in Families.* London and New York; 1995.
522. Briggs F, Hawkins RMF. A comparison of the childhood experiences of convicted male child molesters and men who were sexually abused in childhood and claimed to be nonoffenders. *Child Abuse & Neglect.* 1996;20(3):221-33.
523. Balier C. *Psychanalyse des comportements violents.* Paris cedex 14: Presses Universitaires de France; 2003. (Le fil rouge).
524. Ciavaldini A. Caractéristiques de l'enfance et de l'adolescence du délinquant sexuel. *Adolescence.* 1998;(31):127-35.

525. Cahn R in Richard F. Origines et destins de la subjectivation. In: La subjectivation. Dunod. Paris; 2006. p. 7-18.
526. Richard F, Wainrid S. La subjectivation. Dunod. Paris; 2006.
527. Winnicott DW, Monod C, Pontalis J-B. Jeu et réalité : l'espace potentiel. Paris: Gallimard; 1975. 219 p. (Connaissance de l'inconscient).
528. Prendergast W. Sexually abused males who do not enter the victim-to-abuser cycle. In: The merry-Go-Round of Sexual Abuse : Identifying and Treating Survivors. New York; 1993.
529. Silvester J, Bentovim A, Stratton P, Hanks H. Using spoken attributions to classify abusive families. Child abuse & neglect. 1 nov 1995;19:1221-32.
530. Friedrich WN, Luecke WJ, Beilke RL, Place V. Psychotherapy outcome of sexually abused boys: An agency study. Journal of Interpersonal Violence. 1992;7(3):396-409.
531. Deblinger E, Lippmann J, Steer R. Sexually Abused Children Suffering Posttraumatic Stress Symptoms: Initial Treatment Outcome Findings. Child Maltreat. 1 nov 1996;1(4):310-21.
532. Deblinger E, Steer RA, Lippmann J. Two-year follow-up study of cognitive behavioral therapy for sexually abused children suffering post-traumatic stress symptoms. Child Abuse Negl. déc 1999;23(12):1371-8.
533. Finkelhor D, Berliner L. Research on the treatment of sexually abused children: a review and recommendations. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. nov 1995;34(11):1408-23.
534. Bentovim A, Elton A, Hildebrand J, Tranter M, Vizard E. Child sexual abuse within the family. London: Wright; 1988.
535. Kolko DJ. Individual Cognitive Behavioral Treatment and Family Therapy for Physically Abused Children and their Offending Parents: A Comparison of Clinical Outcomes. Child Maltreat. 1 nov 1996;1(4):322-42.
536. Henggeler SW. Multisystemic therapy: An overview of clinical procedures, outcomes, and policy implications. Child Psychology & Psychiatry Review. 1999;4(1):2-10.
537. Monck E, Bentovim A, Goodall G. Child sexual abuse : A descriptive and treatment study. Studies in Child Protection HMSO; 1996.
538. Briere J, Elliott D, Harris K, Cotman A. Trauma Symptom Inventory. Journal of Interpersonal Violence. 1 déc 1995;10:387-401.
539. Nader KO, Kriegler JA, Blake DB. Clinician administered PTSD scale for children and adolescents for DSMIV. Boston, MA: National Center for PTSD; 1996.
540. Thibaut F, Bradford JMW, Briken P, De La Barra F, Häßler F, Cosyns P. The World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) guidelines for the treatment of adolescent sexual offenders with paraphilic disorders. World J Biol Psychiatry. 2 janv 2016;17(1):2-38.

541. Gerardin P, Thibaut F. Epidemiology and treatment of juvenile sexual offending. *Paediatr Drugs*. 2004;6(2):79-91.
542. Lösel F, Schmucker M. The effectiveness of treatment for sexual offenders: A comprehensive meta-analysis. *Journal of Experimental Criminology*. 2005;1(1):117-46.
543. Observatoire National de la délinquance et des réponses pénales. Rapport 2004. Institut national des hautes études de la sécurité et de la justice; 2004.
544. Observatoire National de la délinquance et des réponses pénales. Rapport 2013. Institut national des hautes études de la sécurité et de la justice; 2004.
545. Fédération Française des CRIAVS. Audition publique [Internet]. 2018. Disponible sur: <https://www.criavs-cvl.fr//audition-publique/>
546. Haute Normandie. Schéma Régional de l'Organisation des Soins de Haute-Normandie 2012-2017 [Internet]. 2012. Disponible sur: <https://www.calameo.com/read/001050906ad2ec3361f6f>
547. Moyou. Scolarisation par âge France 2017-2018. Statista. 2019.
548. Adams-Tucker C. Proximate effects of sexual abuse in childhood: A report on 28 children. *The American Journal of Psychiatry*. 1982;139(10):1252-6.
549. Adams-Tucker C. Sex-abused children : pathology and clinical traits. Annual Meeting of American Psychiatric Association; 1980; San Francisco (Californie).
550. Woodling BA, Kossoris PD. Sexual misuse: rape, molestation, and incest. *Pediatr Clin North Am*. mai 1981;28(2):481-99.
551. Longo RE. Sexual learning and experience among adolescent sexual offenders. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*. 1982;26(3):235-41.
552. Summit R. The child abuse accommodation syndrome. *Child Abuse & Neglect*. 1983;(7):177-93.
553. Blum J, Gray S. Strategies for communicating with young children. 16th Annual child abuse and neglect symposium; 1987; Keystone.
554. Sanford L. Pervasive fears in victims of sexual abuse : a clinician's observations. *Preventing sexual abuse*. 1987;2(2):3-5.
555. Weiss J, Rogers E, Darwin MR, Dutton CE. A study of girl sex victims. *Psychiatr Q*. 1955;29(1):1-27.
556. Conte J. The effects of sexual victimization on children : a critique and suggestions for future research. *Victimology*. 1985;(10):110-30.
557. Haynes-Seman C. Impact of sexualized on the preverbal child. 16th Annual child abuse and neglect symposium; 1987; Keystone.
558. Oppenheimer R, Howells K, Palmer RL, Chaloner DA. Adverse sexual experience in childhood and clinical eating disorders: A preliminary description. *Journal of Psychiatric Research*. 1985;19(2-3):357-61.

559. Evans S, Schaefer S, Sterne M. Sexual victimization patterns of recovering chemically dependent women. International Institute on Prevention and Treatment of Alcoholism; 1984; Athens.
560. Becker JV, Skinner LJ, Abel GG, Treacy EC. Incidence and types of sexual dysfunctions in rape and incest victims. *Journal of Sex & Marital Therapy*. 1982;8(1):65-74.
561. Fagan J. New evidence links multiple personalities to child abuse. 1984. 12 p. (Children and teens in crisis).
562. Goodwin J, Simms M, Bergman R. Hysterical seizures: a sequel to incest. *Am J Orthopsychiatry*. oct 1979;49(4):698-703.
563. Willock B. Play therapy with aggressive acting-out children. In: *Handbook of play therapies*. New York, NY, US; 1983.
564. Steele BF. Notes on the lasting effects of early child abuse throughout the life cycle. *Child Abuse Negl*. 1986;10(3):283-91.
565. Groth AN, Birnbaum HJ. Adult sexual orientation and attraction to underage persons. *Arch Sex Behav*. mai 1978;7(3):175-81.
566. Terr LC. Chowchilla revisited: The effects of psychic trauma four years after a school-bus kidnapping. *The American Journal of Psychiatry*. 1983;140(12):1543-50.
567. Ryan G, Lane S, Davis J, Isaac C. Juvenile sex offenders : development and correction. *Child Abuse Negl*. 1987;11(3):385-95.
568. Ryan G. The child abuse connection. *Interchange*. 1984;1-4.
569. De Francis V. Protecting the Child Victim of Sex Crimes Committed by Adults. Final Report. 1969;
570. Hiroto DS. Locus of control and learned helplessness. *Journal of Experimental Psychology*. 1974;102(2):187-93.
571. Terr LC. Play therapy and psychic trauma : a preliminary report. In: *Handbook of play therapies*. New York, NY: John Wiley & Sons; 1983. p. 308-3019.
572. Mann E, Mcdermott J. Play therapy for victims of child abuse and neglect. In: *Handbook of play therapy*. New York, NY: New York John Willey and Sons; 1983.
573. Goldstein A. New directions in aggression reduction. In: *Aggression and war : biological and social basis*. Cambridge: Cambridge University Press; 1987. p. 97-132.
574. Isaac C. Identification and interruption of sexually offending behaviors in prepubescent children. 16th Annual child abuse and neglect symposium; 1987; Keystone.

# Annexe 1

Le diagnostic **d'état de stress post-traumatique** ne peut être posé qu'un mois après l'exposition à un ou des événement(s) traumatique(s). Lorsque l'exposition est plus récente (3 jours à 1 mois), un diagnostic de stress aigu est considéré.

Les critères s'appliquent aux enfants plus vieux que 6 ans, aux adolescents et aux adultes. Le manuel décrit des critères spécifiques pour les enfants plus jeunes décrits en italique ci-dessous.

## Critères diagnostics

- A. Exposition à la mort effective ou à une menace de mort, à des blessures graves, ou à la violence sexuelle, effectives ou potentielles, d'une (ou plusieurs) des façons suivantes :
1. Être exposé directement à un ou plusieurs événements traumatiques ;
  2. Être témoin direct d'un ou de plusieurs événements traumatiques survenus à d'autres personnes ; *et chez l'enfant de moins de 6 ans, en particulier des adultes proches qui prennent soin de l'enfant. NB être témoin direct n'inclut pas les événements dont l'enfant a été témoin seulement par des médias électroniques, la télévision, des films ou des images ;*
  3. Apprendre qu'un ou plusieurs événements traumatiques sont arrivés à un membre de la famille proche ou un ami proche (*à un parent prenant soin de l'enfant chez l'enfant de moins de 6 ans*). Dans les cas de mort effective ou de menace de mort d'un membre de la famille ou d'un ami, le ou les événements doivent avoir été violents ou accidentels ;
  4. Vivre une exposition répétée ou extrême aux caractéristiques aversives du ou des événements traumatiques (par exemple, les premiers intervenants ou les policiers). **Note** : Le critère A4 ne s'applique pas à l'exposition par le biais des médias électroniques, de la télévision, de films images, sauf quand elles surviennent dans le contexte d'une activité professionnelle. *Pas un critère chez l'enfant de moins de 6 ans.*
- B. Présence d'un (ou plusieurs) des symptômes envahissants suivants associés à un ou plusieurs événements traumatiques, et ayant débuté après la survenue du ou des événements traumatiques en cause :
1. Souvenirs répétitifs, involontaires et envahissants du ou des événements traumatiques provoquant un sentiment de détresse. **Note** : Chez les enfants âgés de plus de 6 ans, il peut s'agir d'un jeu répétitif dans lequel des thèmes ou des aspects de l'événement traumatique sont exprimés ; *NB, chez l'enfant de moins de 6 ans, les souvenirs spontanés et envahissants ne laissent pas nécessairement apparaître la détresse et peuvent s'exprimer par le biais de reconstitutions dans le jeu ;*
  2. Rêves répétitifs provoquant un sentiment de détresse dans lesquels le contenu et/ou l'affect du rêve sont liés aux événements traumatiques. **Note** : Chez les enfants,

il peut s'agir de rêves effrayants sans contenu reconnaissable ; *NB, chez l'enfant de moins de 6 ans, il peut être impossible de vérifier que le contenu effrayant est lié à l'évènement traumatique ;*

3. Réactions dissociatives (flash-backs) au cours desquelles le sujet se sent ou agit comme si le ou les événements traumatiques allaient se reproduire (de telles réactions peuvent survenir sur un continuum, l'expression la plus extrême étant une abolition complète de conscience de l'environnement). **Note** : Chez les enfants, des reconstitutions du traumatisme peuvent se produire dans le jeu ;
  4. Sentiment prolongé ou intense de détresse psychique lors de l'exposition à des indices internes ou externes évoquant ou ressemblant à un aspect du ou des événements traumatiques ;
  5. Réactions physiologiques marquées lors de l'exposition à des indices internes ou externes évoquant ou ressemblant à un aspect du ou des événements traumatiques.
- C. Évitement persistant des stimuli associés à un ou des événements traumatiques, débutant après la survenue du ou des événements traumatiques, comme en témoigne l'une ou les deux manifestations suivantes :
1. Évitement ou efforts pour éviter les souvenirs, les pensées ou les sentiments concernant ou étroitement associés à un ou plusieurs événements traumatiques et provoquant un sentiment de détresse ;
  2. Évitement ou efforts pour éviter les rappels externes (personnes, lieux, conversations, activités, objets, situations) qui réveillent des souvenirs, des pensées ou des sentiments associés à un ou plusieurs événements traumatiques et provoquant un sentiment de détresse.

*C chez l'enfant de moins de 6 ans : Un ou plusieurs des symptômes suivants, représentant soit un évitement persistant de stimuli associés à l'évènement/ aux événements traumatiques, soit des altérations des cognitions et de l'humeur associées à ou aux événements traumatiques, doivent être présents et débiter après le ou les événements ou s'aggraver après le ou les événements traumatiques :*

***Évitements persistants de stimuli :***

1. *Évitement ou efforts pour éviter les activités, des endroits ou des indices physiques qui réveillent les souvenirs du ou des événements traumatiques ;*
2. *Évitement ou efforts pour éviter des personnes, les conversations ou les situations interpersonnelles qui réveillent les souvenirs du ou des événements traumatiques.*

***Altération négative des cognitions :***

1. *Augmentation nette de la fréquence des états émotionnels négatifs (par exemple crainte, culpabilité, tristesse, honte, confusion) ;*

2. *Réduction nette de l'intérêt pour des activités importantes ou bien réduction de la participation de ces activités y compris le jeu ;*
3. *Comportement traduisant un retrait social ;*
4. *Réduction persistante de l'expression des émotions positives.*

D. Altérations négatives des cognitions et de l'humeur associées à un ou plusieurs événements traumatiques, débutant ou s'aggravant après la survenue du ou des événements traumatiques, comme en témoignent deux (ou plus) des manifestations suivantes :

1. Incapacité de se rappeler un aspect important du ou des événements traumatiques (typiquement en raison d'une amnésie dissociative et non d'autres facteurs tels que traumatisme crânien, alcool ou drogues) ;
2. Croyances ou attentes négatives persistantes et exagérées concernant soi-même, d'autres, ou le monde (par exemple, « Je suis mauvais », « On ne peut faire confiance à personne », « Le monde entier est dangereux », « Mon système nerveux est complètement détruit pour toujours » ;
3. Distorsions cognitives persistantes à propos de la cause ou des conséquences d'un ou plusieurs événements traumatiques qui poussent le sujet à se blâmer ou à blâmer d'autres personnes ;
4. État émotionnel négatif persistant (par exemple, peur, horreur, colère, culpabilité ou honte) ;
5. Réduction nette de l'intérêt pour des activités importantes ou bien réduction de la participation à ces mêmes activités ;
6. Sentiment de détachement d'autrui ou de devenir étranger par rapport aux autres ;
7. Incapacité persistante d'éprouver des émotions positives (par exemple, incapacité à éprouver du bonheur, de la satisfaction ou des sentiments affectueux).

E. Altérations marquées de l'éveil et de la réactivité associées à un ou plusieurs événements traumatiques, débutant ou s'aggravant après la survenue du ou des événements traumatiques, comme en témoignent deux (ou plus) des manifestations suivantes (*critère D chez l'enfant de moins de 6 ans*) :

1. Comportement irritable ou accès de colère (avec peu ou pas de provocation) qui s'exprime typiquement par une agressivité verbale ou physique envers des personnes ou des objets ;
2. Comportement irréfléchi ou autodestructeur ; (*pas un critère chez l'enfant de moins de 6 ans*) ;
3. Hypervigilance ;
4. Réaction de sursaut exagérée ;
5. Problèmes de concentration ;

6. Troubles du sommeil (par exemple, difficultés à s'endormir ou sommeil interrompu ou agité).
- F. La perturbation (critères B, C, D, et E) dure plus d'un mois (*critère E chez l'enfant de moins de 6 ans*).
- G. La perturbation entraîne une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement dans les domaines sociaux, professionnels, ou autres domaines importants. *Chez les enfants de moins de 6 ans, on peut y ajouter l'altération des relations avec les parents, la fratrie, les pairs, d'autres aidants ou une altération du comportement scolaire (critère F chez l'enfant de moins de 6 ans).*
- H. La perturbation n'est pas imputable aux effets physiologiques d'une substance (par exemple, médicaments, alcool) ou à une autre affection médicale (*critère G chez l'enfant de moins de 6 ans*).

### **Spécificateurs (*identique chez l'enfant de moins de 6 ans*)**

#### *Avec symptômes dissociatifs*

Les symptômes présentés par le sujet répondent aux critères d'un trouble de stress post-traumatique ; de plus et en réponse au facteur de stress, le sujet éprouve l'un ou l'autre des symptômes persistants et récurrents suivants :

1. Dépersonnalisation : expériences persistantes ou récurrentes de se sentir détaché de soi, comme si l'on était un observateur extérieur de ses processus mentaux ou de son corps (par exemple, sentiment d'être dans un rêve ; sentiment de déréalisation de soi ou de son corps ou sentiment d'un ralentissement temporel) ;
2. Déréalisation : expériences persistantes ou récurrentes d'un sentiment d'irréalité de l'environnement (par exemple, l'environnement immédiat est vécu comme irréel, onirique, lointain, ou déformé).

**Note** : Pour utiliser ce sous-type, les symptômes dissociatifs ne doivent pas être imputables aux effets physiologiques d'une substance (par exemple, intoxication alcoolique) ou à une autre affection médicale (par exemple, crises épileptiques partielles).

#### *Avec expression retardée*

Ce spécificateur est utilisé si tous les critères diagnostiques ne sont remplis que 6 mois après l'événement (bien que l'apparition et l'expression de certains symptômes puissent être immédiates).

## Annexe 2

### Questionnaire de recueil de données

#### VAVS versus AVS

##### Identité

Nom :                                      Prénom :  
Date de naissance :                      /                      /  
Groupe :                      :                      AVS                      VAVS

##### Antécédents pénaux

###### Infraction non sexuelle

- |                               |     |     |
|-------------------------------|-----|-----|
| • Auteur non judiciairisé :   | Oui | Non |
| • Auteur judiciairisé :       | Oui | Non |
| • Victime non judiciairisée : | Oui | Non |
| • Victime judiciairisée :     | Oui | Non |

###### Infraction sexuelle

- |                             |     |     |
|-----------------------------|-----|-----|
| • Auteur non judiciairisé : | Oui | Non |
| • Auteur judiciairisé :     | Oui | Non |

###### Si oui, quelle infraction :

|                                                    |     |     |
|----------------------------------------------------|-----|-----|
| Viol                                               | Oui | Non |
| Attouchements                                      | Oui | Non |
| Vidéos pédopornographiques                         | Oui | Non |
| Exhibition                                         | Oui | Non |
| Agression sexuelle non déterminée sans pénétration | Oui | Non |

Si oui, combien de fois :                      Unique                      Plusieurs

###### Si plusieurs :

|                     |     |     |
|---------------------|-----|-----|
| Toutes les semaines | Oui | Non |
| Tous les mois       | Oui | Non |

|                       |     |     |
|-----------------------|-----|-----|
| Plusieurs fois par an | Oui | Non |
|-----------------------|-----|-----|

**Si plusieurs, durée entre 1<sup>ère</sup> et dernière agression (en mois) : ... mois**

**Si oui, pénétration durant l'agression :**

|                    |     |     |
|--------------------|-----|-----|
| Pas de pénétration | Oui | Non |
|--------------------|-----|-----|

|       |     |     |
|-------|-----|-----|
| Orale | Oui | Non |
|-------|-----|-----|

|          |     |     |
|----------|-----|-----|
| Vaginale | Oui | Non |
|----------|-----|-----|

|       |     |     |
|-------|-----|-----|
| Anale | Oui | Non |
|-------|-----|-----|

**Âge lors de la première agression commise, judiciairisée ou non (en année) :  
...ans**

**Âge de la victime lors de la première agression commise, judiciairisée ou non  
(en année) : ...ans**

|                             |                 |                |
|-----------------------------|-----------------|----------------|
| <b>Sexe de la victime :</b> | <b>Masculin</b> | <b>Féminin</b> |
|-----------------------------|-----------------|----------------|

|                               |     |     |
|-------------------------------|-----|-----|
| • Victime non judiciairisée : | Oui | Non |
|-------------------------------|-----|-----|

|                           |     |     |
|---------------------------|-----|-----|
| • Victime judiciairisée : | Oui | Non |
|---------------------------|-----|-----|

**Si oui, quelle infraction :**

|      |     |     |
|------|-----|-----|
| Viol | Oui | Non |
|------|-----|-----|

|               |     |     |
|---------------|-----|-----|
| Attouchements | Oui | Non |
|---------------|-----|-----|

|                            |     |     |
|----------------------------|-----|-----|
| Vidéos pédopornographiques | Oui | Non |
|----------------------------|-----|-----|

|            |     |     |
|------------|-----|-----|
| Exhibition | Oui | Non |
|------------|-----|-----|

|                                                     |     |     |
|-----------------------------------------------------|-----|-----|
| Aggression sexuelle non déterminée sans pénétration | Oui | Non |
|-----------------------------------------------------|-----|-----|

|                                  |        |           |
|----------------------------------|--------|-----------|
| <b>Si oui, combien de fois :</b> | Unique | Plusieurs |
|----------------------------------|--------|-----------|

**Si plusieurs :**

|                     |     |     |
|---------------------|-----|-----|
| Toutes les semaines | Oui | Non |
|---------------------|-----|-----|

|               |     |     |
|---------------|-----|-----|
| Tous les mois | Oui | Non |
|---------------|-----|-----|

|                       |     |     |
|-----------------------|-----|-----|
| Plusieurs fois par an | Oui | Non |
|-----------------------|-----|-----|

**Si plusieurs, durée entre 1<sup>ère</sup> et dernière agression (en mois) : ... mois**

**Si oui, pénétration durant l'agression :**

|                    |     |     |
|--------------------|-----|-----|
| Pas de pénétration | Oui | Non |
|--------------------|-----|-----|

|       |     |     |
|-------|-----|-----|
| Orale | Oui | Non |
|-------|-----|-----|

|                |     |     |
|----------------|-----|-----|
| Pénienne subie | Oui | Non |
|----------------|-----|-----|

|       |     |     |
|-------|-----|-----|
| Anale | Oui | Non |
|-------|-----|-----|

**Âge lors de la première agression subie, judiciairisée ou non (en année) :**  
...ans

**Âge de l’auteur lors de la première agression subie, judiciairisée ou non (en année) :** ...ans

**Si oui, sexe de l’agresseur :** Masculin Féminin

• **Incarcération préventive pour faits commis :**

|                           |     |           |     |
|---------------------------|-----|-----------|-----|
| Garde à vue (en heures) : | Oui | ...Heures | Non |
| Détention (en mois) :     | Oui | ...mois   | Non |

• **Poursuites judiciaires :**

|                        |     |         |     |
|------------------------|-----|---------|-----|
| Détention :            | Oui | ...mois | Non |
| Sursis :               | Oui | ...mois | Non |
| Placement judiciaire : | Oui | ...mois | Non |
| Obligation de soins :  | Oui | ...mois | Non |
| Injonction de soins :  | Oui | ...mois | Non |
| Non-lieu :             | Oui | Non     |     |
| Sans suite :           | Oui | Non     |     |
| En cours :             | Oui | Non     |     |

## Antécédents médicaux

**Somatique**

**Somatique global :** Oui Non

**Somatique spécifique :**

|                  |     |     |
|------------------|-----|-----|
| Trauma crânien : | Oui | Non |
| Méningite :      | Oui | Non |
| Cryptorchidie :  | Oui | Non |

|                    |                       |                      |
|--------------------|-----------------------|----------------------|
| Phimosis :         | Oui                   | Non                  |
| Paraphimosis :     | Oui                   | Non                  |
| Enurésie :         | Oui                   | Non                  |
| Encoprésie :       | Oui                   | Non                  |
| Trouble érectile : | Oui                   | Non                  |
| Atteinte ORL :     | Oui                   | Non                  |
| Diabète :          | Oui                   | Non                  |
| Puberté normale :  | Oui                   | Non                  |
| <b>Si non :</b>    | <b>Précoce</b>        | <b>Retardée</b>      |
| Thyroïde normale : | Oui                   | Non                  |
| <b>Si non :</b>    | <b>Hyperthyroïdie</b> | <b>Hypothyroïdie</b> |
| Autre :            | Oui                   | Non                  |

### **Psychiatrique**

**Psychiatrique global :**                      **Oui**                      **Non**

**Psychiatrique détaillé :**

|                                 |     |     |
|---------------------------------|-----|-----|
| Episode dépressif caractérisé : | Oui | Non |
| Psychose :                      | Oui | Non |
| Bipolarité :                    | Oui | Non |
| TAG :                           | Oui | Non |
| TOC :                           | Oui | Non |
| Phobie :                        | Oui | Non |
| ESPT :                          | Oui | Non |
| Autisme :                       | Oui | Non |
| TDAH :                          | Oui | Non |
| Trouble des conduites :         | Oui | Non |
| Autre :                         | Oui | Non |

**Retard mental global :**                      **Oui**                      **Non**

**Si oui :**              Léger                      Moyen                      Sévère

**Symptomatologique spécifique :**

|                                         |            |            |             |
|-----------------------------------------|------------|------------|-------------|
| Trouble du sommeil :                    |            | Oui        | Non         |
| Idées suicidaires sans TA :             |            | Oui        | Non         |
| Scarifications :                        |            | Oui        | Non         |
| TA :                                    |            | Oui        | Non         |
| Troubles alimentaires :                 |            | Oui        | Non         |
| <b>Hospitalisation en psychiatrie :</b> |            | <b>Oui</b> | <b>Non</b>  |
| <b>Addictions globales :</b>            | <b>Oui</b> | <b>Non</b> |             |
| <b>Si oui :</b>                         |            |            |             |
| Tabac :                                 |            | Oui        | Non         |
| OH :                                    |            | Oui        | Non         |
| THC :                                   |            | Oui        | Non         |
| Autre :                                 |            | Oui        | Non         |
| <b>Traits de personnalité globaux :</b> | <b>Oui</b> | <b>Non</b> |             |
| <b>Si oui :</b>                         |            |            |             |
| Antisocial :                            |            | Oui        | Non         |
| Borderline :                            |            | Oui        | Non         |
| Histrionique :                          |            | Oui        | Non         |
| Narcissique :                           |            | Oui        | Non         |
| Autre :                                 |            | Oui        | Non         |
| <b>Suivi psy global :</b>               | <b>Oui</b> | <b>Non</b> |             |
| <b>Si oui :</b>                         | Psychiatre |            | Psychologue |

## Environnement

|                    |            |            |
|--------------------|------------|------------|
| <b>Scolarité :</b> | <b>Oui</b> | <b>Non</b> |
| <b>Si oui :</b>    |            |            |
| CAP/BEP :          | Oui        | Non        |

|                                                     |            |            |
|-----------------------------------------------------|------------|------------|
| Bac Pro :                                           | Oui        | Non        |
| Filière générale :                                  | Oui        | Non        |
| Filière spécifique :                                | Oui        | Non        |
| <b>Redoublement :</b>                               | <b>Oui</b> | <b>Non</b> |
| <b>Si oui :</b>                                     |            |            |
| Maternelle :                                        | Oui        | Non        |
| Primaire :                                          | Oui        | Non        |
| Collège :                                           | Oui        | Non        |
| Lycée :                                             | Oui        | Non        |
| Apprentissage :                                     | Oui        | Non        |
| Faculté :                                           | Oui        | Non        |
| <b>Auxiliaire de vie scolaire :</b>                 | <b>Oui</b> | <b>Non</b> |
| <b>Plusieurs établissements scolaires :</b>         | <b>Oui</b> | <b>Non</b> |
| <b>Activités extrascolaires :</b>                   | <b>Oui</b> | <b>Non</b> |
| <b>Réseaux sociaux (en heure par jour) :</b>        | <b>Oui</b> | <b>Non</b> |
| <b>Si oui :</b>                                     |            |            |
| <1h :                                               | Oui        | Non        |
| 1h<N<3h :                                           | Oui        | Non        |
| >3h :                                               | Oui        | Non        |
| <b>Ecrans hors jeux-vidéo (en heure par jour) :</b> | <b>Oui</b> | <b>Non</b> |
| <b>Si oui :</b>                                     |            |            |
| <1h :                                               | Oui        | Non        |
| 1h<N<3h :                                           | Oui        | Non        |
| >3h :                                               | Oui        | Non        |
| <b>Jeux vidéo (en heure par jour) :</b>             | <b>Oui</b> | <b>Non</b> |
| <b>Si oui :</b>                                     |            |            |
| <1h :                                               | Oui        | Non        |
| 1h<N<3h :                                           | Oui        | Non        |
| >3h :                                               | Oui        | Non        |

**Etayage amical (en nombre d'amis très proches) :**

|          |     |     |
|----------|-----|-----|
| <5 :     | Oui | Non |
| 5<N<10 : | Oui | Non |
| >10 :    | Oui | Non |

**Famille**

**Antécédents somatiques des parents :**                      **Oui**                      **Non**

**Si oui, quelle pathologie ? :**                      ...

**Antécédents psychiatriques des parents :**                      **Oui**                      **Non**

**Si oui, quelle pathologie ? :**                      ...

**Antécédents addictions des parents :**                      **Oui**                      **Non**

**Si oui, quel produit ? :**                      ...

**Abus sexuel dans la fratrie**

Fratrie auteure :                      Oui                      Non

**Si oui qui ? :**                      Frère                      Sœur

Fratrie victime :                      Oui                      Non

**Si oui qui ? :**                      Frère                      Sœur

**Abus sexuel génération des parents**

Parents auteurs :                      Oui                      Non

**Si oui qui ? :**                      Père                      Mère                      Autre

Parents victimes :                      Oui                      Non

**Si oui qui ? :**                      Père                      Mère                      Autre

**Abus sexuel génération des grands-parents**

Grands-parents auteurs :                      Oui                      Non

**Si oui qui ? :**                      GPère                      GMère                      Autre

Grands-parents victimes :                      Oui                      Non

**Si oui qui ? :**                      GPère                      GMère                      Autre

**Violence physique dans la fratrie**

|                       |       |     |      |
|-----------------------|-------|-----|------|
| Fratrie auteure :     | Oui   | Non |      |
| <b>Si oui qui ? :</b> | Frère |     | Sœur |
| Fratrie victime :     | Oui   | Non |      |
| <b>Si oui qui ? :</b> | Frère |     | Sœur |

**Violence physique génération des parents**

|                       |      |      |       |
|-----------------------|------|------|-------|
| Parents auteurs :     | Oui  | Non  |       |
| <b>Si oui qui ? :</b> | Père | Mère | Autre |
| Parents victimes :    | Oui  | Non  |       |
| <b>Si oui qui ? :</b> | Père | Mère | Autre |

**Violence physique génération des grands-parents**

|                           |       |       |       |
|---------------------------|-------|-------|-------|
| Grands-parents auteurs :  | Oui   | Non   |       |
| <b>Si oui qui ? :</b>     | GPère | GMère | Autre |
| Grands-parents victimes : | Oui   | Non   |       |
| <b>Si oui qui ? :</b>     | GPère | GMère | Autre |

**Parents vivants :**

|                  |     |     |
|------------------|-----|-----|
| Mère :           | Oui | Non |
| Père :           | Oui | Non |
| Parent inconnu : | Oui | Non |

**Statut marital des parents :**

|                              |     |     |
|------------------------------|-----|-----|
| Union Libre :                | Oui | Non |
| Concubinage :                | Oui | Non |
| Séparés avec bonne entente : | Oui | Non |
| Séparés conflictuels :       | Oui | Non |
| Famille recomposée :         | Oui | Non |

**Isolement social de la famille :**                      **Oui**                      **Non**

**Situation économique de la famille :**    Faible                      Moyenne                      Elevée

**Mesures de protection pour un parent :** **Oui**                      **Non**

**Si oui :**                      Curatelle                      Tutelle

**Lieu de vie :**

|                     |     |     |
|---------------------|-----|-----|
| Domicile parental : | Oui | Non |
| Pouponnière :       | Oui | Non |
| Foyer :             | Oui | Non |
| Famille d'accueil : | Oui | Non |

**Si placement, à quel âge (en année) :** ...ans

**Incarcération d'un membre de la famille :** **Oui** **Non**

**Si oui, qui :** ...

**Confident :** **Oui** **Non**

**Si oui :**      Intrafamilial                      Extrafamilial

**Animal :**

|                    |     |     |
|--------------------|-----|-----|
| Torture/violence : | Oui | Non |
| Dissection :       | Oui | Non |
| Jeux sexuels :     | Oui | Non |
| Chasse :           | Oui | Non |
| Sans réponse :     | Oui | Non |

**Education**

**Père :** **Oui** **Non**

Impliqué : Oui | Non |

Absent : Oui | Non |

Bonne relation : Oui | Non |

Relation conflictuelle : Oui | Non |

Violence physique : Oui | Non |

Violence verbale : Oui | Non |

Pas de violence : Oui | Non |

Idéalisé : Oui | Non |

|                                                              |            |            |
|--------------------------------------------------------------|------------|------------|
| Soumis dans le couple :                                      | Oui        | Non        |
| Tyrannique :                                                 | Oui        | Non        |
| Enfant roi :                                                 | Oui        | Non        |
| <b>Mère :</b>                                                | <b>Oui</b> | <b>Non</b> |
| Impliquée :                                                  | Oui        | Non        |
| Absente :                                                    | Oui        | Non        |
| Bonne relation :                                             | Oui        | Non        |
| Relation conflictuelle :                                     | Oui        | Non        |
| Violence physique :                                          | Oui        | Non        |
| Violence verbale :                                           | Oui        | Non        |
| Pas de violence :                                            | Oui        | Non        |
| Idéalisée :                                                  | Oui        | Non        |
| Soumise dans le couple :                                     | Oui        | Non        |
| Tyrannique :                                                 | Oui        | Non        |
| Enfant roi :                                                 | Oui        | Non        |
| <b>Perception de la famille par l'adolescent :</b>           |            |            |
| Présente sans dysfonctionnement :                            | Oui        | Non        |
| Présente avec dysfonctionnement :                            | Oui        | Non        |
| Absente sans dysfonctionnement :                             | Oui        | Non        |
| Absente avec dysfonctionnement :                             | Oui        | Non        |
| Présence d'un cadre :                                        | Oui        | Non        |
| Absence d'un cadre :                                         | Oui        | Non        |
| Confusion des générations :                                  | Oui        | Non        |
| Parentification :                                            | Oui        | Non        |
| <b>Impact des révélations sur la famille quand victime :</b> |            |            |
| Rejet social :                                               | Oui        | Non        |
| Rupture intrafamiliale :                                     | Oui        | Non        |
| Silence :                                                    | Oui        | Non        |
| Soutien au patient :                                         | Oui        | Non        |

|                                   |     |     |
|-----------------------------------|-----|-----|
| Cautionne l'agression :           | Oui | Non |
| Action judiciaire après annonce : | Oui | Non |
| Aucun :                           | Oui | Non |

**Réaction de la famille vis-à-vis des faits à distance de la révélation quand victime :**

|                      |     |     |
|----------------------|-----|-----|
| Banalisation :       | Oui | Non |
| Déni :               | Oui | Non |
| Rejet du patient :   | Oui | Non |
| Aucune discussion :  | Oui | Non |
| Soutien au patient : | Oui | Non |
| Autre :              | Oui | Non |
| Pas au courant :     | Oui | Non |

**Impact des révélations sur la famille quand auteur :**

|                                   |     |     |
|-----------------------------------|-----|-----|
| Rejet social :                    | Oui | Non |
| Rupture intrafamiliale :          | Oui | Non |
| Silence :                         | Oui | Non |
| Soutien au patient :              | Oui | Non |
| Cautionne l'agression :           | Oui | Non |
| Action judiciaire après annonce : | Oui | Non |
| Aucun :                           | Oui | Non |

**Réaction de la famille vis-à-vis des faits à distance de la révélation quand auteur :**

|                      |     |     |
|----------------------|-----|-----|
| Banalisation :       | Oui | Non |
| Déni :               | Oui | Non |
| Rejet du patient :   | Oui | Non |
| Aucune discussion :  | Oui | Non |
| Soutien au patient : | Oui | Non |
| Inadaptée :          | Oui | Non |
| Autre :              | Oui | Non |

**Participation des parents aux soins :****Père :**

|                         |     |     |
|-------------------------|-----|-----|
| Active soutenance :     | Oui | Non |
| Active disqualifiante : | Oui | Non |
| Ambivalente :           | Oui | Non |
| Passive :               | Oui | Non |
| Aucune :                | Oui | Non |
| Totale :                | Oui | Non |

**Mère :**

|                         |     |     |
|-------------------------|-----|-----|
| Active soutenance :     | Oui | Non |
| Active disqualifiante : | Oui | Non |
| Ambivalente :           | Oui | Non |
| Passive :               | Oui | Non |
| Aucune :                | Oui | Non |
| Totale :                | Oui | Non |

**Autre membre de la famille :**      **Oui**      **Non**

**Si oui, qui ?**

|                         |     |     |
|-------------------------|-----|-----|
| Active soutenance :     | Oui | Non |
| Active disqualifiante : | Oui | Non |
| Ambivalente :           | Oui | Non |
| Passive :               | Oui | Non |
| Aucune :                | Oui | Non |
| Totale :                | Oui | Non |

**Sexualité**

**Exposition à la scène primaire parentale :**      **Oui**      **Non**

**Sexe :**

|                               |     |     |
|-------------------------------|-----|-----|
| Validé par la famille :       | Oui | Non |
| Vécu en famille :             | Oui | Non |
| Discuté en famille :          | Oui | Non |
| <b>Vidéo pornographique :</b> |     |     |
| Validée par la famille :      | Oui | Non |
| Vécue en famille :            | Oui | Non |
| Discutée en famille :         | Oui | Non |

## Victimisation

|                        |            |            |
|------------------------|------------|------------|
| <b>Globale :</b>       | <b>Oui</b> | <b>Non</b> |
| <b>Physique :</b>      |            |            |
| Judiciarisée :         | Oui        | Non        |
| Non judiciarisée :     | Oui        | Non        |
| <b>Psychologique :</b> |            |            |
| Judiciarisée :         | Oui        | Non        |
| Non judiciarisée :     | Oui        | Non        |
| <b>Sexuelle :</b>      |            |            |
| Judiciarisée :         | Oui        | Non        |
| Non judiciarisée :     | Oui        | Non        |

## Clinique spécifique

|                                  |            |            |
|----------------------------------|------------|------------|
| <b>Distorsions cognitives :</b>  | <b>Oui</b> | <b>Non</b> |
| <b>Immaturité affective :</b>    | <b>Oui</b> | <b>Non</b> |
| <b>Hypermaturité affective :</b> | <b>Oui</b> | <b>Non</b> |
| <b>Pulsions envahissantes :</b>  |            |            |

|                                                |            |            |
|------------------------------------------------|------------|------------|
| Agressives :                                   | Oui        | Non        |
| Sexuelles :                                    | Oui        | Non        |
| <b>Vécu abandonnique :</b>                     | <b>Oui</b> | <b>Non</b> |
| <b>Impulsivité :</b>                           | <b>Oui</b> | <b>Non</b> |
| <b>Crise clastique :</b>                       | <b>Oui</b> | <b>Non</b> |
| <b>Manque d'empathie :</b>                     | <b>Oui</b> | <b>Non</b> |
| <b>Difficultés à exprimer ses émotions :</b>   | <b>Oui</b> | <b>Non</b> |
| <b>Faible estime de soi :</b>                  | <b>Oui</b> | <b>Non</b> |
| <b>Anxiété :</b>                               | <b>Oui</b> | <b>Non</b> |
| <b>Difficultés d'intégration à un groupe :</b> | <b>Oui</b> | <b>Non</b> |
| <b>Sensibilité réduite à la sanction :</b>     | <b>Oui</b> | <b>Non</b> |
| <b>Besoin de contrôle :</b>                    | <b>Oui</b> | <b>Non</b> |
| <b>Humiliation :</b>                           | <b>Oui</b> | <b>Non</b> |
| <b>Rejet :</b>                                 | <b>Oui</b> | <b>Non</b> |
| <b>Méfiance :</b>                              | <b>Oui</b> | <b>Non</b> |

### Agression subie (uniquement VAVS)

|                              |     |     |
|------------------------------|-----|-----|
| <b>Lieu de l'agression :</b> |     |     |
| Domicile parental :          | Oui | Non |
| Foyer :                      | Oui | Non |
| Famille d'accueil :          | Oui | Non |
| Autre :                      | Oui | Non |
| <b>Agresseur :</b>           |     |     |
| Intrafamilial :              | Oui | Non |
| Si oui, qui ? :              | ... |     |
| Extrafamilial proche :       | Oui | Non |
| Extrafamilial connu :        | Oui | Non |

|                                                 |     |     |
|-------------------------------------------------|-----|-----|
| Extrafamilial inconnu :                         | Oui | Non |
| <b>Reconnaissance des faits :</b>               |     |     |
| Déni total :                                    | Oui | Non |
| Déni partiel lié à des faits externes :         | Oui | Non |
| Déni partiel lié à des faits internes :         | Oui | Non |
| Pas de déni :                                   | Oui | Non |
| <b>Regard sur l'acte :</b>                      |     |     |
| Regret :                                        | Oui | Non |
| Culpabilité :                                   | Oui | Non |
| Honte :                                         | Oui | Non |
| Néant :                                         | Oui | Non |
| <b>Mode opératoire :</b>                        |     |     |
| Emprise psychique :                             | Oui | Non |
| Violence physique :                             | Oui | Non |
| Menace :                                        | Oui | Non |
| Autre :                                         | Oui | Non |
| <b>Reconnaissance de la déviance sexuelle :</b> |     |     |
| Inexistante :                                   | Oui | Non |
| Partielle :                                     | Oui | Non |
| Totale :                                        | Oui | Non |
| <b>Conséquences somatiques :</b>                |     |     |
| Urinaires :                                     | Oui | Non |
| Erectiles :                                     | Oui | Non |
| Troubles alimentaires :                         | Oui | Non |
| <b>Décompensation psychique :</b>               |     |     |
| Episode Dépressif Caractérisé :                 | Oui | Non |
| ESPT :                                          | Oui | Non |
| TOC :                                           | Oui | Non |
| Trouble panique :                               | Oui | Non |

|                                    |     |     |
|------------------------------------|-----|-----|
| Trouble anxieux :                  | Oui | Non |
| Psychose :                         | Oui | Non |
| Autre :                            | Oui | Non |
| <b>Symptomatologie d'intérêt :</b> |     |     |
| Insomnie :                         | Oui | Non |
| Tentative de suicide :             | Oui | Non |
| Trait de personnalité :            | Oui | Non |
| Mise en danger :                   | Oui | Non |
| Séduction :                        | Oui | Non |
| Autre :                            | Oui | Non |

## Agression commise

### Lieu de l'agression :

|                     |     |     |
|---------------------|-----|-----|
| Domicile parental : | Oui | Non |
| Foyer :             | Oui | Non |
| Famille d'accueil : | Oui | Non |
| Autre :             | Oui | Non |

### Victime :

|                           |     |     |
|---------------------------|-----|-----|
| Intrafamiliale :          | Oui | Non |
| Si oui, qui ? :           | ... |     |
| Extrafamiliale proche :   | Oui | Non |
| Extrafamiliale connue :   | Oui | Non |
| Extrafamiliale inconnue : | Oui | Non |

### Reconnaissance des faits :

|                                         |     |     |
|-----------------------------------------|-----|-----|
| Déni total :                            | Oui | Non |
| Déni partiel lié à des faits externes : | Oui | Non |
| Déni partiel lié à des faits internes : | Oui | Non |

|                                                 |     |     |
|-------------------------------------------------|-----|-----|
| Pas de déni :                                   | Oui | Non |
| <b>Regard sur l'acte :</b>                      |     |     |
| Regret :                                        | Oui | Non |
| Culpabilité :                                   | Oui | Non |
| Honte :                                         | Oui | Non |
| Néant :                                         | Oui | Non |
| <b>Mode opératoire :</b>                        |     |     |
| Emprise psychique :                             | Oui | Non |
| Violence physique :                             | Oui | Non |
| Menace :                                        | Oui | Non |
| Autre :                                         | Oui | Non |
| <b>Mécanisme psychopathologique :</b>           |     |     |
| Reprise de contrôle :                           | Oui | Non |
| Diminution des angoisses :                      | Oui | Non |
| Réassurance dans sa virilité :                  | Oui | Non |
| Identification à l'agresseur :                  | Oui | Non |
| Vengeance :                                     | Oui | Non |
| Exploration/Découverte :                        | Oui | Non |
| <b>Reconnaissance de la déviance sexuelle :</b> |     |     |
| Inexistante :                                   | Oui | Non |
| Partielle :                                     | Oui | Non |
| Totale :                                        | Oui | Non |
| <b>Conséquences somatiques :</b>                |     |     |
| Urinaires :                                     | Oui | Non |
| Erectiles :                                     | Oui | Non |
| Troubles alimentaires :                         | Oui | Non |
| <b>Décompensation psychique :</b>               |     |     |
| Episode Dépressif Caractérisé :                 | Oui | Non |
| ESPT :                                          | Oui | Non |

|                                    |     |     |
|------------------------------------|-----|-----|
| TOC :                              | Oui | Non |
| Trouble panique :                  | Oui | Non |
| Trouble anxieux :                  | Oui | Non |
| Psychose :                         | Oui | Non |
| Autre :                            | Oui | Non |
| <b>Symptomatologie d'intérêt :</b> |     |     |
| Insomnie :                         | Oui | Non |
| Tentative de suicide :             | Oui | Non |
| Trait de personnalité :            | Oui | Non |
| Mise en danger :                   | Oui | Non |
| Séduction :                        | Oui | Non |
| Autre :                            | Oui | Non |

## Suivi USSA

**Age début du suivi USSA (en année) :** ...ans

**Durée de suivi (en mois) :** ...mois

### **Cadre de suivi :**

|                                       |     |     |
|---------------------------------------|-----|-----|
| Contrôle judiciaire :                 | Oui | Non |
| Obligation de soins :                 | Oui | Non |
| Injonction de soins :                 | Oui | Non |
| Conseil d'un travail social/médical : | Oui | Non |
| Parents :                             | Oui | Non |

### **Suivi USSA par personnel :**

|               |     |     |
|---------------|-----|-----|
| Médical :     | Oui | Non |
| Infirmier :   | Oui | Non |
| Psychologue : | Oui | Non |
| Educateur :   | Oui | Non |

|                                                                                  |                    |                   |
|----------------------------------------------------------------------------------|--------------------|-------------------|
| Multidisciplinaire :                                                             | Oui                | Non               |
| <b>Types de suivi :</b>                                                          | <b>En groupe</b>   | <b>Individuel</b> |
|                                                                                  |                    | <b>Cothérapie</b> |
| <b>Trouble somatique à distance (plus de 3 mois) des faits commis :</b>          |                    |                   |
|                                                                                  | <b>Oui</b>         | <b>Non</b>        |
| <b>Décompensation psychique à distance (plus de 3 mois) des faits commis :</b>   |                    |                   |
| Episode Dépressif Caractérisé :                                                  | Oui                | Non               |
| ESPT :                                                                           | Oui                | Non               |
| TOC :                                                                            | Oui                | Non               |
| Trouble panique :                                                                | Oui                | Non               |
| Trouble anxieux :                                                                | Oui                | Non               |
| Psychose :                                                                       | Oui                | Non               |
| Autre :                                                                          | Oui                | Non               |
| <b>Apparition d'une addiction à distance (plus de 3 mois) des faits commis :</b> |                    |                   |
|                                                                                  | <b>Oui</b>         | <b>Non</b>        |
| <b>Regard sur les faits commis à distance (plus de 3 mois) :</b>                 |                    |                   |
| Regret :                                                                         | Oui                | Non               |
| Fierté :                                                                         | Oui                | Non               |
| Honte :                                                                          | Oui                | Non               |
| Clivage :                                                                        | Oui                | Non               |
| Indifférence :                                                                   | Oui                | Non               |
| <b>Récidive :</b>                                                                |                    |                   |
| Subie :                                                                          | Oui                | Non               |
| Commise :                                                                        | Oui                | Non               |
| <b>Traitement anti-androgène :</b>                                               | <b>Oui</b>         | <b>Non</b>        |
| <b>Si oui, lequel ? :</b>                                                        | ...                |                   |
| <b>Statut marital :</b>                                                          | <b>Célibataire</b> | <b>En couple</b>  |
|                                                                                  |                    | <b>Marié</b>      |
| <b>Formation/scolarité/travail :</b>                                             | <b>Oui</b>         | <b>Non</b>        |
| <b>Lieu de vie :</b>                                                             |                    |                   |
| Domicile parental :                                                              | Oui                | Non               |

|                             |     |     |
|-----------------------------|-----|-----|
| Foyer :                     | Oui | Non |
| Famille d'accueil :         | Oui | Non |
| Autre :                     | Oui | Non |
| <b>Présence parentale :</b> |     |     |
| Père :                      | Oui | Non |
| Mère :                      | Oui | Non |

## SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité.

Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque.

# RESUME

**INTRODUCTION** : L'agression sexuelle implique au moins une victime et au moins un auteur. Il est assez caricatural de s'imaginer 2 personnes bien distinctes réunies au moment de l'agression. Les conséquences de cette agression seraient bien différentes pour les 2 protagonistes. Et pourtant, il est surprenant de constater que la moitié des auteurs de violence sexuelle ont, eux même, été une victime de ces violences durant l'enfance. La littérature a noté que « victime » et « auteur » ne sont pas toujours des catégories mutuellement exclusives.

Nous chercherons à voir si, dans la population adolescente, les victimes devenues auteurs de violence sexuelle présentent une pathologie mentale plus fréquente que les auteurs non-victimes. Cela influence-t-il le passage à l'acte ?

**METHODE** : Nous avons réalisé une revue de littérature et une étude observationnelle large sur une population de 54 adolescents auteurs de violence sexuelle dont la moitié a allégué un statut de victime de violence sexuelle. Nous avons réalisé un questionnaire de recueil de données sur dossier au sein de l'Unité de Soins Spécifiques pour Adolescent (USSA) de Rouen, en France, depuis sa création en 2012 jusqu'à la fin de l'étude en mars 2019. Cette structure accueille et suit tous les patients avec antécédent d'AVS de la région Haute Normandie. Au total environ 250 items étaient recherchés dans différents registres (médical, familial, pénal, agression subie et commise)

**RESULTATS** : Les adolescents victimes devenus auteurs de violence sexuelle (VAVS) ont plus souvent au moins 1 trouble psychiatrique comparativement aux auteurs de violence sexuelle non-victime (AVS) (VAVS 25/27 pathologie psychiatrique (92,6%) vs AVS 20/27 pathologie psychiatrique (74,1%)  $p=0.03$ , IC [0.099 à 2.029]). Nous retrouvons surtout des troubles anxiodépressifs. Nous constatons que 30% des VAVS ont eu un épisode dépressif caractérisé comparativement à 11% des AVS et 26% un état de stress post-traumatique contre 7% au cours de leur vie. Il est important d'insister sur les similitudes entre les VAVS, leurs auteurs et leurs victimes. De nombreux facteurs se retrouvent autant sur la victimologie, le passage à l'acte, le traumatisme, le dysfonctionnement, le comportement familial ainsi que sur le niveau pénal.

**CONCLUSION** : Les VAVS présentent plus de décompensations psychiatriques que les AVS. Ils sont dans une recherche du *même*. Une proportion importante d'entre eux ont un état de stress post-traumatique. Cette recherche du *même* prend la forme d'une expression, d'une réalisation, d'une extériorisation des reviviscences lors du passage à l'acte.

**MOTS CLES** : victime et auteur, violence sexuelle, adolescent, décompensation psychiatrique