

Abus sexuel

Première partie

- Définition
- Diagnostic
- Prise en charge



Abus sexuel

On peut définir l'abus sexuel comme : conduite illicite ayant comme but de profiter de la faiblesse d'une personne pour la contraindre à avoir des relations sexuelles. Cet acte peut employer les mensonges, le pouvoir, la force ou les menaces.

Abus sexuel : généralités

L'abus sexuel n'est pas un terme juridique mais un terme utilisé en sexologie et dans le langage populaire. Il peut être accompagné d'un acte violent, ou d'un acte de duperie. La victime peut être mineure ou adulte.

On peut définir aussi l'abus sexuel comme tout contact sexuel entre un enfant ou un adolescent et une personne ayant un pouvoir.

La qualification juridique est différente, allant de viol en cas de pénétration à agression sexuelle.

Si les études varient, le pourcentage 20 - 30% des femmes abusées sexuellement durant leur enfance et le chiffre de 10-15% des garçons revient le plus souvent. Les effets négatifs de cette agression sur la sexualité future de ces enfants ont été étudiés. 1 garçon sur 5 et 1 fille sur 4 ont subi une forme d'agression sexuelle de l'attouchement au viol.

Il existe un aspect d'abus sexuel :

- Lorsque l'enfant subit des gestes à caractère sexuel, avec ou sans contact physique, de la part de ses parents ou d'une autre personne et que ses parents ne prennent pas les moyens nécessaires pour mettre fin à la situation.

- Lorsque l'enfant encourt un risque sérieux de subir des gestes à caractère sexuel, avec ou sans contact physique, de la part de ses parents ou d'une autre personne et que ses parents ne prennent pas les moyens nécessaires pour mettre fin à la situation

« Les abus sexuels sont des gestes d'ordre sexuel inappropriés parce qu'ils sont imposés à un individu qui ne possède ni le développement affectif, ni la maturité, ni les connaissances nécessaires pour réagir adéquatement et librement à l'égard de tels gestes.

Caractéristiques de l'abus sexuel sur enfant

Les abus sexuels envers les enfants se caractérisent par plusieurs conditions, qui peuvent déterminer si un incident peut être considéré comme un abus sexuel.

Absence de consentement

Les enfants ne consentent pas car ils ne sont généralement pas en mesure de comprendre pleinement ce qu'on leur propose, et ne sont pas en mesure de refuser tout contact sexuel avec le pouvoir approprié.

Un enfant qui participe à geste d'abus ne signifie pas qu'il a consenti.

Exploitation

Les enfants sont manipulés ou contraints à un comportement sexuel par des adultes plus forts, plus ingénieux et plus compétents qu'eux.

Ambivalence

Les enfants éprouvent souvent un sentiment d'ambivalence par rapport à ce qui leur arrive ; ils n'aiment pas ou ne comprennent pas la partie sexuelle de l'expérience mais peuvent apprécier l'attention qu'ils reçoivent, ainsi que les récompenses ou les privilèges qu'ils peuvent recevoir. Certains enfants peuvent être troublés parce que certaines des sensations physiques qu'ils éprouvent sont agréables. Ces sensations les font se sentir bien.

Usage de force

La force est un autre facteur ou une autre caractéristique de l'abus sexuel sur enfant qui est toujours présente, même si elle n'est pas physique. L'acte sexuel est toujours forcé, par usage de

force, de ruse, de tromperie ou de contrainte.

Séduction

L'agresseur doit convaincre l'enfant qu'il ne doit pas dévoiler l'incident .

Les moyens de faire taire l'enfant sont les menaces, la force, la corruption et l'intimidation.

Les réactions des victimes caractérisent l'abus sexuel:

(1) le secret ;

(2) l'impuissance ;

(3) le piège et l'accommodement ;

(4) la révélation tardive et peu convaincante ;

(5) la rétractation.

Il n' existe aucun consensus concernant les signes ou les caractéristiques des abus sexuels.

Tendances actuelles

Les rapports de l'union européenne sur l'abus sexuel soulignent certains points.

Dans l'Union européenne, comme dans le reste du monde, l'abus sexuel est le plus souvent commis dans l'environnement immédiat de l'enfant (les chiffres font état de 70 % à 90 % des cas);

Dans l'Union européenne, des enfants sont sollicités à des fins sexuelles et sont parfois victimes de la traite des êtres humains à des fins d'exploitation sexuelle.

L'utilisation généralisée d'internet et des nouvelles technologies a multiplié les possibilités d'abus sexuel sur des enfants.

Dans la grande majorité des cas d'abus sexuel sur un enfant, l'agresseur est connu de sa victime.

Les données disponibles montrent que, dans les pays du Conseil de l'Europe, la majorité des abus sexuels commis à l'encontre d'enfants sont perpétrés dans le cadre familial, par des proches ou par des personnes appartenant à l'environnement social de l'enfant.

Le risque, pour les enfants, d'être victimes d'abus sexuels est amplifié par les possibilités offertes

Abus sexuel : Première partie

par l'internet et l'utilisation des nouvelles technologies.

Qui sont les victimes?

Même si des facteurs de risque et de vulnérabilité liés aux abus sexuels concernant des enfants ont été déterminés, il n'existe pas de consensus dans la littérature scientifique.

N'importe quel enfant peut être victime de tels abus . Il n'existe pas non plus de consensus quant au profil des auteurs d'abus sexuels sur des enfants.

Il est particulièrement important de disposer d'évaluations bien étayées dans ce domaine pour élaborer des programmes de prévention, comme l'expose la partie II.

Comme le laisse entendre les rapports de l'OMS, ce type d'abus sexuels touche principalement les filles (le taux de prévalence est de 13,4 % chez les filles et de 5,7 % chez les garçons).

Certaines études démontrent que les garçons victimes d'abus sexuels ont particulièrement tendance à garder le silence, en raison notamment de préjugés sociétaux à l'égard des hommes.

Le manque de signalement des abus sexuels dont sont victimes les garçons peut être lié à des préjugés selon lesquels ces victimes sont souvent des agresseurs sexuels en devenir ou des homosexuels. Les garçons victimes d'abus peuvent également avoir peur d'être rejetés par la société, d'être traités de menteurs ou d'être considérés comme faibles sur le plan émotionnel

Il est difficile d'estimer la tranche d'âge où les enfants sont le plus exposés au risque d'abus sexuel. L'âge moyen auquel commencent les abus est de neuf ans pour les filles comme pour les garçons.

Le rapport de l'OMS susmentionné a analysé plusieurs facteurs liés à la maltraitance des enfants, y compris aux abus sexuels.

Les auteurs décrivent des facteurs liés aux individus, aux relations, à la communauté et à la société, et définissent les environnements particulièrement propices à la maltraitance des enfants.

La littérature scientifique met plutôt en avant un large éventail de facteurs qui interagissent pour augmenter ou réduire le risque.

Ces facteurs peuvent être liés aux traits de personnalité des parents, des personnes s'occupant de l'enfant et des autres adultes ou enfants dans son entourage, aux relations familiales, à la société dans lesquelles vivent les individus.

Si le sexe, la vulnérabilité économique et l'isolement social peuvent être des facteurs contributifs, tous les groupes sociaux peuvent être concernés par ce problème.

Bien que les enfants issus de tous les groupes sociaux puissent être victimes d'abus sexuels

une catégorie d'enfants est néanmoins généralement considérée comme étant particulièrement vulnérable: les enfants handicapés.

Le risque est accru par leur handicap et par le fait qu'ils sont placés dans des établissements spécialisés. De plus, les enfants handicapés sont généralement peu visibles et/ou marginalisés dans les mécanismes ordinaires de protection des enfants. Les enfants handicapés avaient environ trois fois plus de risque de subir des violences physiques ou sexuelles.

En outre, plusieurs études ont souligné qu'en Europe, certains groupes de personnes, tels que les Roms sont particulièrement exposés au risque d'exploitation sexuelle.

Formes fréquentes d'abus sexuels

Certaines situations constituent des situations à risque élevé d'abus sexuel parce que l'enfant est gardé par une personne dont le comportement ou le mode de vie risque de créer pour lui un danger moral ou physique :

Sollicitation verbale ;
Climat de promiscuité sexuelle ;
Parent qui refuse ou ne prend pas les

Abus sexuel : Première partie

moyens de protéger son enfant qui est à risque d'abus par des tiers.

Baisers à caractère sexuel.

Attouchements sexuels et caresses : seins, cuisses, fesses, organes génitaux, anus.

Masturbation de la victime par l'agresseur et vice-versa.

Contact oral-génital : fellation (intromission du pénis de l'agresseur dans la bouche de la victime ou du pénis de la victime dans la bouche de l'agresseur), Cunnilingus (contact avec la bouche des organes génitaux féminins).

Pénétration ou tentative de pénétration vaginale ou anale, par le pénis, les doigts ou des objets

Frotteurisme, frottement des organes génitaux contre les fesses, les cuisses, l'abdomen, la vulve, l'anus, etc.

Participation à des scènes à visée érotique pour l'obtention de gains financiers, prostitution, films pornographiques, images sur le net, etc.

Exhibitionnisme/voyeurisme.

Harcèlement sexuel.

Sollicitation.

Propos sexuels.

Incitation à la bestialité.

Activités sexuelles non consenties.

Abus sexuels poursuivis au sein de rituels à l'intérieur d'un gang de rue ou d'une secte.

Types d'agresseurs

Inceste :

Père, mère, grands-parents, fratrie (frère, sœur, demi-frère, demi-sœur, enfants adoptés, enfants d'une famille reconstituée).

Autre abus sexuel intrafamilial :

Parent de famille recomposée, parent d'une famille d'accueil, famille élargie (ex : oncle, etc.).

Abus sexuel par un tiers ou abus extrafamilial :

Personne en autorité (professeur, professionnel, entraîneur, etc.), ami ou amie de la famille, gardien(ne), voisin(e), connaissance, personne

inconnue, gang de rue, secte.

Facteurs de risque

Le sexe de la victime :

Les filles sont plus souvent victimes que les garçons (75 à 80 %). Les abus chez les garçons seraient sous-rapportés.

L'âge de la victime :

Le groupe le plus à risque serait les 7 à 13 ans. Les abus chez les moins de 7 ans seraient sous-estimés car plus difficiles à prouver.

Le lien avec l'abuseur :

L'abuseur est connu dans 70 % des cas. Les filles sont davantage abusées par un membre de la famille, les garçons le sont davantage par un tiers.

Le sexe de l'abuseur :

La très grande majorité des agresseurs sont des hommes (90 % des abus sont commis par des hommes). Il est possible que le taux d'abus par les femmes soit sous-estimé.

Environnement familial :

Le type d'environnement familial est le facteur de risque le plus souvent associé à l'abus (Finkelhor, 1994) ;
séparation de longue durée d'avec un des parents, faible compétence parentale, violence psychologique, violence physique, faible disponibilité des parents, haut niveau de conflit, abus de substances, problèmes de santé mentale chez les parents, relation parent-enfant pauvre. La présence d'un père adoptif ou d'un ami de la mère.

Antécédents d'abus chez les parents :

Les parents qui ont été victimes d'abus physiques, de négligence, de mauvais traitements psychologiques ou d'abus sexuel sont beaucoup plus à risque d'abuser sexuellement un enfant.

Personnalité de l'enfant

Une personnalité passive, une faible estime de soi, une dépendance affective, une incapacité à percevoir la différence entre des touchers affectueux et des touchers sexuels agressifs,

Abus sexuel : Première partie

une peur de contrarier une personne en autorité qui fait des avances sexuelles, incapacité de trouver des solutions de défense.

Une attirance sexuelle déviante pour les enfants

Pauvreté

65 % à 80 % des enfants victimes vivent dans des familles à faible revenu (Wright et al., 2000)

Les auteurs d'abus sexuels

Les abus sexuels concernant des enfants se produisent, aujourd'hui encore, principalement dans l'environnement immédiat de l'enfant.

L'avertissement concernant les «inconnus dangereux» peut en effet induire en erreur.

Il n'existe pas de profil type de l'agresseur sexuel d'enfants: ces délinquants appartiennent à tous les groupes sociaux et tous les milieux socio-économiques sont concernés.

Cette catégorie de délinquants sexuels est assez hétérogène .

Les auteurs d'abus sexuels sur des enfants ne sont pas tous des pédophiles. Ces délinquants ne sont pas toujours des adultes, ni toujours des hommes.

Les motivations des auteurs de tels abus ne sont pas nécessairement sexuelles, elles peuvent être financières; les abus sexuels concernant des enfants sont parfois facilités par des intermédiaires qui exercent des activités criminelles incluant l'exploitation sexuelle des enfants.

Il convient de distinguer la pédophilie (qui est une pathologie) de l'abus sexuel commis sur un enfant (qui est un crime).

Les études menées dans ce domaine indiquent que seule la moitié des auteurs d'abus sexuels sur des enfants sont des pédophiles

Les associations qui travaillent dans ce domaine mettent souvent en avant le fait que de nombreux termes utilisés pour décrire les personnes

qui commettent des abus sexuels à l'égard d'enfants, tels que les termes «pédophile» ou «prédateur sexuel», sont souvent mal employés par rapport à leur définition clinique ou juridique, et elles soulignent que cela peut compliquer la détection des comportements inappropriés.

Comme le montre clairement la documentation existante, les auteurs d'abus sexuels sur des enfants représentent un groupe hétérogène, qui comprend des hommes et des femmes ou des adolescents.

Contrairement aux idées et aux stéréotypes courants, certains éléments indiquent que l'exploitation sexuelle des adolescents est principalement le fait d'hommes qui ne sont pas des pédophiles ou qui n'ont pas spécialement cherché à avoir des relations sexuelles avec des enfants.

Néanmoins, l'attention portée sur la demande se concentre à ce jour principalement sur la pédophilie.

Les auteurs d'abus sexuels concernant des enfants ne sont pas toujours des adultes. Le problème des enfants qui agressent sexuellement d'autres enfants est bien documenté, même si, les statistiques sont insuffisantes dans ce domaine

Les enfants et adolescents qui commettent des abus sexuels doivent être traités différemment des agresseurs adultes.

Dans ces cas particuliers, certains facteurs environnementaux et familiaux (comportements agressifs dans la famille, manque d'affection, isolement social) peuvent expliquer le comportement des enfants qui commettent des abus sexuels.

Selon les statistiques, la prévalence des femmes qui commettent des abus sexuels sur des enfants reste plutôt faible, les cas signalés dans les médias ont attiré l'attention du public.

Comme le soulignent de nombreux chercheurs, cette facette des abus sexuels concernant des enfants reste un vrai tabou dans la société. Les dévoilements seraient sous estimés.

Indicateurs et symptômes de l'abus sexuel

Bien que les différentes études identifient une liste de séquelles suite à un abus sexuel :

Chaque enfant réagit différemment à l'abus sexuel, aucun ne présente le même type ni la même intensité de perturbation.

Les symptômes varient grandement (de totalement asymptomatiques à de sévères difficultés d'adaptation).

Certains enfants sont asymptomatiques. Le pourcentage varie de 15 % à 45 % selon les différentes études.

Les séquelles associées à l'abus sexuel sont similaires à celles associées à d'autres formes d'abus ou de négligence à l'exception des comportements sexuels problématiques et des symptômes de stress post-traumatique plus répandus chez les victimes d'abus sexuels.

La plupart des professionnels font la distinction entre les indicateurs physiques et les indicateurs psychosociaux des abus sexuels sur les enfants.

Les indicateurs physiques sont généralement déterminés par un professionnel de santé.

Lorsque des indicateurs physiques sont présents, ceux qui les plus susceptibles d'indiquer un abus sexuel sont la grossesse et les maladies vénériennes. D'autres indicateurs incluent la présence de sperme dans le vagin d'un enfant, un hymen déchiré, une blessure vaginale, une blessure au pénis ou au scrotum.

Les indicateurs sexuels psychosociaux comprennent les déclarations des enfants, des questions sexuelles qu'un enfant de cet âge ne connaît pas, dessins ou commentaires sexuellement explicites.

Les réactions initiales de l'enfant suite au dévoilement

sont généralement immédiates, prévisibles et limitées dans le temps :

Perte d'appétit,

Insomnie dans les semaines qui suivent l'abus. Pleurs.

Peurs.

Cauchemars.

Méfiance.

Problèmes de comportements dont problèmes de comportements sexualisés.

Indicateurs physiques

Intégrité physique

- dommages aux organes internes
- maladies sexuellement transmissibles
- dysfonctionnement sexuel et/ou troubles sexuels
- troubles de l'alimentation
- symptômes physiques en l'absence de pathologies
- troubles cognitifs et retards de développement

Activité sexuelle compulsive

L'apparition d'une activité auto-érotique compulsive avant la puberté. Il ne s'agit pas de jeux classiques et banals chez le jeune enfant, mais d'une activité érotique allant de l'introduction d'objets dans le vagin et l'anus jusqu'à des épisodes de masturbation.

Douleurs abdominales

Les douleurs abdominales apparues après un séjour hors de la maison ou après une sortie.

A son retour, il se plaint de douleurs au ventre, ou troubles gastro-intestinaux, qui répondent mal aux traitements habituels, et persistent après le retour à la maison.

Perte de contrôle

D'autres signes peuvent être présents : constipation ou perte du contrôle du sphincter anal, parfois associée à une perte de contrôle de l'émission des urines.

Difficultés à Marcher

Une difficulté à la marche ou à s'asseoir peut alerter sur un abus sexuel avec lésions anales ou génitales, et oriente vers un abus récent.

Signes d'agression

Sous-vêtements déchirés, taches de sang, signe d'agression physique.

Indicateurs émotionnels**Santé mentale**

- anxiété, trouble de stress aigu et syndrome de stress post-traumatique
- dépression
- manque de confiance en soi
- tendances suicidaires
- trouble de personnalité multiple ou trouble de la personnalité limite

Agitation

Le jeune enfant devient surexcité, hurle, s'agite, se débat et ne supporte plus qu'on le touche ou qu'on le nettoie. Il est anxieux. Il se montre exigeant et revendicateur, crie pour rien ou manifeste une agitation anxieuse.

Problèmes d'attention

Il peut manifester des problèmes d'attention, de concentration, devient rêveur, vivant dans un monde imaginaire. Chute brutale et inattendue des résultats scolaires.

Troubles de comportement

Il adopte un comportement régressif infantin et puéril, suce son pouce, ou il devient attaché, obéissant ou dépendant.

Troubles du sommeil

Des troubles du sommeil apparaissent: cauchemars, peur du noir, peur d'aller au lit, s'accompagnant de hurlements, de phobies, peur d'une ombre noire, d'un fantôme, de l'obscurité.

Comportement alimentaire**Abus sexuel : Première partie**

Changement du comportement alimentaire, crises de boulimie, ou perte d'appétit évoluant en quelques mois vers une véritable anorexie mentale.

Intégration sociale

- prise de distance vis-à-vis de la famille et/ou de la société
- manque de confiance et relations difficiles
- difficultés d'apprentissage et handicaps
- difficultés d'adaptation et d'intégration sociales

Indicateurs chez les adolescents

- Il perd ses amis, l'envie de jouer ou de s'amuser, s'isole de plus en plus, se sent mal aimé et mal compris.
- Il se néglige tant sur le plan corporel que vestimentaire: changement dans sa propreté et son hygiène. Il se couvre de vêtements amples, comme pour soustraire son corps du regard et du désir des autres.
- Résultats scolaires en baisse
- Perte des activités habituelles.
- Il se plaint de symptômes mal systématisés: fatigue, douleurs abdominales, maux de tête, mal de gorge, nausées, picotements, brûlures, démangeaisons au niveau du sexe ou de l'anus,
- Troubles de la relation aux autres: perte de confiance envers les gens autour de lui
- Manifestations dépressives
- Comportement autodestructeur: abus de drogues ou d'alcool, tentatives de suicide.
- Perte de l'estime de soi.
- Troubles d'anorexie, boulimie, insomnie, agressivité.
- Activités sexuelles inhabituelles pour son âge

Problèmes de faux souvenirs

Plusieurs faits divers ont secoué la presse anglo-saxonne à l'occasion de procès médiatisés, ou la presse franco-canadienne. En France, ce sujet est moins médiatisé ne mobilise qu'un cercle restreint d'experts.

Les faux souvenirs peuvent apparaître au décours de la vie quotidienne, d'un rêve, et surtout pendant une psychothérapie conventionnelle, analytique ou par hypnose.

De nombreuses sociétés savantes comme le Royal Collège of Psychiatry de Londres demandent aux médecins de ne plus inciter les patients à se remémorer un abus sexuel subi dans l'enfance et à la justice de refuser les conclusions de psychanalyse.

Aux Etats-Unis, de nombreuses personnes se sont retrouvées exposées à des poursuites judiciaires à la suite de la dénonciation d'un abus sexuel par un membre de la famille au cours de sa psychothérapie.

Ces souvenirs « refoulés » ont détruit des familles entières. Frederick Crews, de l'université de Berkeley, estime qu'en dix ans, au moins un million d'Américains ont énoncé des souvenirs de cet ordre. Un nombre croissant de patients se rétracte par la suite.

Les travaux scientifiques montrent que certaines personnes, sensibles à des situations émotionnelles, fragilisées par un passé douloureux ou traumatisant sont susceptibles d'adopter la suggestion que peut opérer un psychothérapeute lorsqu'il se pose ou qu'il pose à voix haute la question de la possibilité d'un abus sexuel. Le souvenir se construit par suggestion.

Il y a quelques années, la presse suisse s'est faite l'écho d'une affaire similaire : dans la rue, une jeune femme est victime d'une agression sexuelle par deux hommes.

La psychothérapeute utilise l'hypnose pour l'aider à retrouver les traits des visages et

élaborer les portraits robots. Deux hommes sont arrêtés et reconnus d'elle. Ils clament leur innocence. La Cour désigne un expert de l'université Concordia de Montréal, qui invalide de façon formelle la procédure, ce qui permet la libération des « accusés ».

Après de nombreuses accusations mensongères, la justice occidentale ne valide pas les souvenirs obtenus en état d'hypnose. La façon de poser les questions peut induire un faux souvenir qui se construit au fur et à mesure de l'interrogatoire.

De même pour les souvenirs non sollicités, la justice doit mettre ses souvenirs dans leur contexte, en réalisant une enquête approfondie sur l'accusation et sur les circonstances de l'affaire.

Dans de nombreuses études, ces conclusions sont considérées comme un dérapage de la psychanalyse, par manque de fondement scientifique.

Abus sexuel : le rôle du médecin

L'agression sexuelle est une tentative d'attouchement sexuel sur une autre personne sans son consentement et comprend les rapports sexuels (viol), contact oral-génital ou anal-génital et les caresses.

Une définition simple et acceptée l'abus sexuel est qu'un enfant subit une activité sexuelle à laquelle il ne peut consentir, à laquelle il n'est pas préparé ou ne peut pas comprendre. Cela inclut les caresses et toutes les formes de contact oral-génital, génital ou anal avec l'enfant (que la victime soit dévêtue ou non), ainsi que les abus non tactiles tels que l'exhibitionnisme, le voyeurisme ou l'implication de l'enfant dans la pornographie.

Il y a abus sexuel lorsqu'il y a asymétrie d'âge ou de développement entre les participants et que l'événement revêt un caractère coercitif. Le jeu sexuel se produit en l'absence de coercition et implique des enfants du même âge (séparés par un maximum de trois à quatre ans ou du même niveau de développement qui s'engagent à regarder ou toucher les organes génitaux de l'autre par intérêt ou curiosité mutuels.

Le jeu sexuel est considéré comme un comportement normal et n'a pas les conséquences psychologiques, développementales ou physiques.

Présentation de l'abus sexuel

Les victimes d'abus sexuel peuvent se présenter avec une variété de plaintes médicales. Elles consultent pour évaluer la possibilité d'un abus sexuel, ou pour des soins de routine ou une évaluation urgente de problèmes médicaux ou comportementaux.

Les comportements qui peuvent indiquer qu'un enfant a été victime d'un abus sexuel com-

prennent la perpétration d'un abus sexuel ou un passage à l'acte sexuellement explicite, une connaissance inappropriée des activités sexuelles ou un jeu inapproprié sur l'âge comme toucher de façon répétée les parties génitales d'un adulte ou demander à un adulte de toucher les parties génitales de l'enfant.

Evaluation médicale

L'évaluation médicale des abus sexuels dans l'enfance peut avoir plusieurs buts immédiats :

- identifier les lésions ou autres conditions qui nécessitent un traitement.
- dépister ou diagnostiquer les infections sexuellement transmissibles.
- évaluer le risque de grossesse et, si possible, le réduire.
- documenter les constatations ayant une valeur médico-légale potentielle pour les transmettre aux juges.

Une évaluation devient urgente dans les circonstances suivantes:

- L'abus présumé a eu lieu dans les 72 à 96 heures.
- Présence d'une lésion qui nécessite un traitement.
- Présence de preuves médico-légales sur les vêtements ou le corps du patient qui doivent être recueillies.
- Danger d'abus continu ou de représailles de la part de l'auteur.
- Quand la victime exprime des idées suicidaires ou d'autres plaintes urgentes.

En plus d'une évaluation de l'abus sexuel, il est essentiel que chaque enfant reçoive une évaluation médicale générale approfondie qui peut identifier ses besoins médicaux et psychologiques.

Dans les cas où l'on soupçonne un abus sexuel mais qu'il n'a pas encore été révélé, le médecin doit obtenir des informations supplémentaires

auprès de la personne qui s'occupe de l'enfant. Les services de protection de l'enfance doivent intervenir.

Entretien avec les Enfants

Les enfants doivent être interrogés sans la présence des parents, si possible. Lorsque l'enfant n'est pas à l'aise seul avec l'examineur, il peut être plus efficace de permettre au parent de rester. Le médecin explique au parent l'importance d'obtenir une histoire détaillée dans les propres mots de l'enfant. La présence d'un parent peut être l'occasion d'observer l'interaction parent-enfant. Il n'existe pas de consensus sur la nécessité d'un parent pour l'entretien.

Il est important d'observer les mots que l'enfant utilise pour décrire les parties de son corps et les noter dans le rapport.

Pour encourager un récit spontané, l'examineur doit éviter toute manifestation de choc ou d'incrédulité. Lorsqu'un incident est révélé, les informations suivantes doivent être obtenues de manière douce et non menaçante, en utilisant un langage adapté à l'âge de l'enfant:

- Qui est la personne qui a fait ça ?
- Avec quelle partie de son corps ?
- Quelle(s) partie(s) de votre corps sont touchées ?
- Combien de fois ?
- Quand est-ce que c'est arrivé pour la dernière fois ?
- À quel endroit l'abus a-t-il eu lieu ?
- Y a-t-il eu une exposition à du sang ou à des fluides corporels ?
- L'enfant a-t-il ressenti une douleur à la partie du corps affectée ?
- Pour les agresseurs masculins, y a-t-il eu éjaculation ?
- L'enfant a-t-il parlé de l'incident à quelqu'un ?

Les questions suggestives telles que "M. X a touché tes fesses, n'est-ce pas ou Est-ce que M. X a touché tes fesses doivent être évitées.

Entretien avec les Adolescents

L'entretien peut se dérouler sans la présence des membres de la famille.

Le patient doit être informé que les informations divulguées dans ce cadre sont confidentielles. Les adolescents peuvent bénéficier de la confidentialité sur certaines questions (par exemple, leur activité sexuelle), mais les médecins sont tenus de signaler les révélations d'abus sexuels.

Examen physique

L'examen physique de l'enfant susceptible d'avoir été abusé sexuellement peut être difficile. L'examen physique ne doit pas entraîner de traumatisme émotionnel ou physique supplémentaire. Le but et la nature non invasive de l'examen doivent être expliqués à l'enfant et aux parents.

Les parents peuvent s'attendre à ce que l'examen physique fournisse des preuves qui confirment ou excluent l'abus. Il est important d'expliquer que les preuves physiques sont rarement présentes chez les enfants évalués pour abus sexuel. Même chez les enfants qui signalent une pénétration vaginale ou anale, le taux de résultats anormaux à l'examen physique n'est que de 5 à 15 %. L'examen est important pour évaluer les problèmes médicaux qui nécessitent une attention particulière, mais d'autres aspects de l'évaluation (par exemple, l'histoire, l'analyse de laboratoire) peuvent être plus utiles pour déterminer si l'enfant a été abusé.

Il est important de respecter la pudeur de l'enfant (par exemple en utilisant des rideaux). Pour les enfants anxieux ou non coopératifs, l'utilisation d'un sédatif léger, avec une surveillance attentive, peut être envisagée.

L'examen doit inclure la bouche, les seins, les organes génitaux, l'intérieur des cuisses, la région périnéale, les fesses et l'anus.

La documentation photographique est recommandée, elle permet une évaluation par d'autres médecins et fait partie des preuves.

Après l'examen, le médecin peut demander

quelques examens de dépistage pour éliminer une éventuelle maladie sexuellement transmissible.

Diagnostic médical de l'abus sexuel

Le diagnostic repose sur plusieurs données :

- Suspicion clinique : l'interprétation des résultats chez les enfants soupçonnés de violence sexuelle dépend de l'examen, de l'histoire et des résultats d'analyses.
- L'histoire est souvent la partie la plus importante de l'évaluation. Un examen physique normal n'exclut pas la possibilité d'un abus sexuel.
- Des résultats anormaux à l'examen physique sont présents chez une minorité d'enfants abusés. Dans ce cas, le médecin peut demander d'autres examens.

En cas de constatations suspectes comme blessures génitales ou ano-rectales, ou lésions traumatiques, le médecin peut avertir les services spécialisés pour évaluation.

Les résultats d'examen qui permettent de diagnostiquer un traumatisme génital et qui, en l'absence d'une histoire claire, opportune et plausible de blessure accidentelle, doivent être signalés.

Évaluation psychologique

Les enfants et les adolescents victimes d'abus sexuels sont exposés à des risques de troubles psychologiques à court et à long terme, tels que le syndrome de stress post-traumatique, la dépression, le risque de suicide, de phobies sociales, les troubles anxieux, problèmes d'attention, problèmes sexuels et mauvaise estime de soi.

Les facteurs qui sont associés à des séquelles psychologiques plus néfastes comprennent

- une durée plus longue des abus
- utilisation ou menaces de force et de violence
- les pères en tant qu'abuseurs
- abuseurs multiples
- l'âge de l'adolescent au début de l'abus,

Abus sexuel : Première partie

— la pénétration génitale.

Les enfants et les adolescents qui bénéficient du soutien de leurs figures parentales ont moins de séquelles psychologiques à court et à long terme. Le soutien parental est un facteur important pour prédire le rétablissement psychologique.

Après le dévoilement, le patient doit faire l'objet d'une évaluation de sa santé comportementale. En cas de risque imminent de préjudice pour soi-même ou pour autrui, le clinicien doit demander une évaluation psychiatrique d'urgence.

Toutes les victimes d'abus sexuels doivent être orientées vers une évaluation psychologique et vers un conseil adapté à leur âge.

Prise en charge de l'abus sexuel

La prise en charge exige un travail pluri disciplinaire incluant les médecins, les psychologues, les juristes et les enquêteurs judiciaires et sociaux.

Première prise en charge est médicale

Infections sexuellement transmissibles

La prise en charge des abus sexuels implique la prévention des infections sexuellement transmissibles (IST) et de la grossesse. Un soutien psychosocial doit être proposé aux victimes et à leurs familles.

Chez les enfants victimes d'abus sexuels, un traitement de prophylaxie antibiotique peut être admis. Les femmes doivent absolument se voir proposer une prophylaxie des IST si l'agresseur est connu pour être infecté, si la victime présente des signes ou des symptômes d'infection, ou à la demande de la victime.

Certains experts recommandent que tous les patients soient soumis à un dépistage des IST, et HIV car la prévalence de l'infection asymptomatique élevée. Pour d'autres, la décision de tester une victime d'abus sexuel pour les IST doit être prise au cas par cas.

Il n'existe pas de données définitives concernant le risque de contracter le HIV chez les enfants et les adolescents victimes d'abus sexuels. Le risque de transmission du peut être plus importante chez les filles que chez les femmes adultes car l'épithélium vaginal des enfants est mince les adolescentes ont plus d'ectopie cervicale (plus fragile au HIV), que les adultes. En outre, les enfants peuvent avoir été exposés au même agresseur à plusieurs reprises au fil du temps.

Pour les adultes victimes de viol, la prophylaxie contre le HIV est généralement recommandée si elle peut être initiée dans les 72 heures suivant

l'exposition, et idéalement dans les quatre heures. Pour les enfants et les adolescents, les décisions concernant la prophylaxie de HIV est au cas par cas.

Les victimes d'abus sexuels doivent être évaluées pour l'hépatite B aussi.

La grossesse

Une contraception d'urgence doit être proposée à toutes les patientes pubères et doit être fortement conseillée aux femmes présentant un risque de grossesse.

Le risque global de grossesse résultant d'une agression sexuelle est de 5 %. Le risque de grossesse le plus élevé se situe dans les trois jours avant l'ovulation.

HVP

La vaccination contre le HPV est recommandée à partir de l'âge de neuf ans comme mesure préventive chez les enfants ayant des antécédents d'abus sexuels.

Hospitalisation

La majorité des enfants évalués pour abus sexuels peuvent sortir de l'hôpital avec un suivi ambulatoire. Les indications pour l'hospitalisation d'un enfant ou d'un adolescent victime d'un abus sexuel comprennent des blessures graves nécessitant un traitement ou lorsque l'environnement familial n'est pas sûr et qu'il n'y a pas d'autres possibilités de placement.

Soutien psychosocial

Dans la mesure du possible, la participation d'un travailleur social ayant de l'expérience dans le soutien aux victimes d'abus sexuels devrait avoir lieu pendant l'évaluation initiale.

Il faut rassurer l'enfant en lui disant que ce qui s'est passé n'est pas de sa faute et qu'il n'a rien fait de mal. Les enfants doivent être orientés vers un professionnel de la santé mentale pour être évalués et conseillés.

La famille de la victime peut également avoir besoin d'un traitement et d'un soutien pour faire face au traumatisme émotionnel causé par l'abus de leur enfant.

Pour les enfants qui développent des séquelles psychologiques à la suite d'un abus sexuel, la thérapie cognitive comportementale, dans le cadre d'une intervention psychosociale plus large, peut être utile.

L'implication et l'intervention anticipées des services de protection de l'enfance et des juges doivent être discutées avec l'enfant et les parents.

Le soutien que les enfants reçoivent de la part des personnes qui ne sont pas les auteurs de l'abus a un impact significatif sur le rétablissement psychologique de l'enfant après un abus sexuel. La présence d'un adulte qui croit et soutient l'enfant est essentielle à son rétablissement et peut avoir un impact plus important.

Les parents peuvent se demander s'ils doivent essayer d'obtenir de leur enfant d'autres antécédents ou détails sur l'agression.

Il faut expliquer aux parents que l'interrogatoire par un enquêteur non formé peut compliquer les entretiens ou les enquêtes médico-légales ultérieures, mais que l'enfant doit toujours se sentir en sécurité et écouté s'il décide de parler. Le parent doit être ouvert à tout récit de l'enfant, mais ne doit pas tenter d'obtenir lui-même des détails supplémentaires.

Les séquelles

La variation des séquelles est liée à de multiples facteurs :

l'âge au moment de l'abus, le sexe de la victime, le type d'abus, l'identité de l'abuseur, son sexe, sa proximité relationnelle avec la victime, la présence ou non d'abuseurs multiples, la présence ou non de violence, le nombre, la fréquence et la durée de l'abus.

Nature du traumatisme

Selon Finkelhor et Browne (1985), quatre sources de traumatismes sont associées à l'abus sexuel.

La sexualisation traumatique

Plusieurs victimes associent des souvenirs bouleversants aux activités sexuelles qui ont pour effet de développer une image de soi sexualisée chez l'enfant.

Conséquences :

Hypersexualisation, comportement séducteur envers les adultes, comportements sexuels répétitifs, comportement sexuel précoce, agissements sexuels sur d'autres enfants, pudeur anormale, crainte des contacts physiques, confusion par rapport à l'identité sexuelle, crainte d'une grossesse, haut risque d'être agressé de nouveau, craintes excessives face aux futures relations sexuelles.

Le sentiment d'être trahi

À partir du moment où l'enfant découvre que la personne en qui il avait confiance lui a causé du tort (manipulation, mensonge), il se sent trahi. Cette expérience atteindra sa capacité à faire confiance et à se faire confiance.

Conséquences :

Réaction dépressive, évitement des relations intimes, grande dépendance, vulnérabilité à l'abus, incapacité à protéger leurs enfants plus

tard, colère, hostilité, irritabilité, comportements antisociaux.

L'impuissance

Lorsque la volonté, les désirs et les perceptions de compétence personnelle sont violés, l'enfant se sent coincé, pris au piège et incapable d'éviter les situations abusives et il développe une prédisposition à la victimisation.

Conséquences :

Peurs, cauchemars, anxiété, phobies, hypervigilance, problèmes somatiques, désespoir, automutilation, idées ou tentatives de suicide, problèmes d'adaptation, problèmes d'apprentissage, besoin de contrôler, de dominer, etc.

La stigmatisation

Cette forme de traumatisme est associée aux remarques ou aux connotations négatives communiquées à l'enfant qui suscitent la gêne, la culpabilité et le sentiment d'être inadéquat et façonnent insidieusement une pitoyable image de soi. Ces effets peuvent aussi bien être produits par l'abuseur, par les parents ou par les réactions des autorités lors d'un dévoilement d'abus sexuel.

Conséquences :

Sentiment d'être isolé, inadéquat, différent, crainte du rejet, honte, culpabilité, faible estime de soi, comportements autodestructeurs, alliance à des groupes marginaux.

Conséquences de l'Abus sexuel

Selon les études, l'effet le plus remarquable et le plus spécifique est l'adoption d'un comportement sexualisé chez la victime et des symptômes de stress post-traumatique.

Séquelles possibles à court et moyen terme des abus sexuels aigus ou répétés

Affections génitales et rectales

Changements comportementaux
 Traumatisme,
 Saignement
 Démangeaison génitale
 Crises de colère,
 Agressivité,
 Automutilation.
 Douleur chronique génitale ou anale
 Troubles du sommeil,
 Cauchemars
 Infection ou écoulement génital
 Troubles de l'appétit
 Troubles du comportement
 Peurs excessives, phobies
 Dépression, repli sur soi, faible estime de soi
 Infection sexuellement transmissible*
 Grossesse
 Problèmes scolaires
 Idées suicidaires
 Anorexie
 Prostitution,
 Agression sexuelle sur autrui.
 Curiosité sexuelle excessive, agissements sexuels*.
 Masturbation compulsive

Les personnes abusées durant l'enfance rapporteraient des troubles rattachés à l'abus sexuel pendant l'enfance : un taux élevé de tension chronique, anxiété, de trouble du sommeil et de stress, difficultés d'entrer en relation, et dysfonctions sexuelles.

Bien que les similarités entre des réponses des garçons et des filles existent), certaines différences ont été relatées ; par exemple : la tendance des garçons à externaliser (comportement agressif vis à vis des autres), et la tendance des filles à intérioriser leurs symptômes (dépression, autres).

Les conséquences sont nombreuses, et peuvent affecter le comportement social (colère, isolement), émotionnel (manque de confiance, dépression) et sexuel.

Une étude épidémiologique rapporte l'abus sexuel comme un facteur de risque pour la dysfonction sexuelle, particulièrement les problèmes d'excitation sexuelle. Certains confirment que les individus abusés sexuellement expriment des

Abus sexuel : Première partie

problèmes sexuels, relationnels, et sociaux, des problèmes avec leurs partenaires : méfiance dans les relations, manque d'estime de soi, problèmes sexuels, et difficultés de santé mentale telle dépression, abus de substance, et phobies.

Les résultats indiquent que les femmes abusées sexuellement, rapportent moins de satisfaction avec leur corps, plus de gêne concernant leur apparence, moins aptes à former et entretenir des relations avec les autres.

Séquelles à court terme

Elles surviennent dans les deux ans suivant l'agression de l'abus sexuel comprennent la peur, les troubles du sommeil et de l'alimentation, les phobies, la culpabilité, la honte, la colère, la dépression, les problèmes scolaires, la délinquance, l'agression, l'hostilité, le comportement antisocial, le comportement sexuel inapproprié et les fugues.

Séquelles à long terme

Les effets à plus long terme comprennent un large éventail de troubles médicaux, comportementaux et psychiatriques, notamment la dépression, les problèmes de sommeil, les troubles de l'alimentation, l'obésité, les sentiments d'isolement, la stigmatisation, la mauvaise estime de soi, les problèmes de relations interpersonnelles, les effets négatifs sur la fonction sexuelle, la victimisation, la toxicomanie, le comportement suicidaire.

Facteurs qui influencent les séquelles à long terme

La gravité des symptômes est affectée par l'acte de la pénétration, la durée et la fréquence de l'abus, l'usage de la force, la relation de l'agresseur avec l'enfant et le soutien maternel.

Dans une enquête des adolescents ayant des antécédents d'abus sexuels, les facteurs sociaux favorables sont : liens familiaux, bienveillance de l'enseignant, bienveillance d'autres adultes et la

sécurité à l'école.

Références

Lahoti SL, McCain N, Girardet R, et al. Evaluating the child for sexual abuse. *Am Fam Physician* 2001; 63:883.

Gerke J, Rassenhofer M, Witt A, et al. Female-Perpetrated Child Sexual Abuse: Prevalence Rates in Germany. *J Child Sex Abus* 2020 ; 29:263.

Kloppen K, Haugland S, Svedin CG, et al. Prevalence of Child Sexual Abuse in the Nordic Countries: A Literature Review. *J Child Sex Abus* 2016 ; 25:37.

Girardet R, Giacobbe L, Bolton K, et al. Unmet health care needs among children evaluated for sexual assault. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2006; 160:70.

Academy of Pediatrics. The evaluation of children in the primary care setting when sexual abuse is suspected. *Pediatrics* 2013 ; 132:e558.

Anderst J, Kellogg N, Jung I. Reports of repetitive penile-genital penetration often have no definitive evidence of penetration. *Pediatrics* 2009 ; 124:e403.

Crawford-Jakubiak JE, Alderman EM, Leventhal JM, et al. Care of the Adolescent After an Acute Sexual Assault. *Pediatrics* 2017 ; 139. 8:105.

Schilling S, Samuels-Kalow M, Gerber JS, et al. Testing and Treatment After Adolescent Sexual Assault in Pediatric Emergency Departments. *Pediatrics* 2015 ; 136:e1495.

Girardet R, Bolton K, Lahoti S, et al. Collection of forensic evidence from pediatric victims of sexual assault. *Pediatrics* 2011 ; 128:233.

Table des matières

Abus sexuel	2	<i>Abus sexuel : le rôle du médecin</i>	10
<i>Abus sexuel : généralités</i>	2	<i>Entretien avec les Enfants</i>	11
Caractéristiques de l'abus sexuel sur enfant	2	<i>Entretien avec les Adolescents</i>	11
<i>Absence de consentement</i>	2	Examen physique	11
<i>Exploitation</i>	2	Diagnostic médical de l'abus sexuel	12
<i>Ambivalence</i>	2	Évaluation psychologique	12
<i>Usage de force</i>	2	Première prise en charge est médicale	13
<i>Séduction</i>	3	<i>Infections sexuellement transmissibles</i>	13
Tendances actuelles	3	<i>La grossesse</i>	13
Qui sont les victimes?	3	<i>HVP</i>	13
Formes fréquentes d'abus sexuels	4	<i>Hospitalisation</i>	13
Types d'agresseurs	4	Soutien psychosocial	13
<i>Inceste :</i>	4	<i>Prise en charge de l'abus sexuel</i>	13
<i>Autre abus sexuel intrafamilial :</i>	4	Nature du traumatisme	15
<i>Abus sexuel par un tiers ou abus extrafamilial :</i>	4	<i>La sexualisation traumatique</i>	15
Facteurs de risque	5	<i>Le sentiment d'être trahi</i>	15
<i>Le sexe de la victime :</i>	5	<i>L'impuissance</i>	15
<i>L'âge de la victime :</i>	5	<i>La stigmatisation</i>	15
<i>Le lien avec l'abuseur :</i>	5	Conséquences de l' Abus sexuel	15
<i>Le sexe de l'abuseur :</i>	5	<i>Séquelles possibles à court et moyen terme des abus sexuels aigus ou répétés</i>	15
<i>Environnement familial :</i>	5	<i>Les séquelles</i>	15
<i>Antécédents d'abus chez les parents :</i>	5	Séquelles à court terme	16
<i>Personnalité de l'enfant</i>	5	Séquelles à long terme	16
<i>Pauvreté</i>	5	Facteurs qui influencent les séquelles à long terme	16
Les auteurs d'abus sexuels	5		
Indicateurs physiques	7		
<i>Intégrité physique</i>	7		
<i>Activité sexuelle compulsive</i>	7		
<i>Douleurs abdominales</i>	7		
<i>Perte de contrôle</i>	7		
<i>Indicateurs et symptômes de l'abus sexuel</i>	7		
<i>Difficultés à Marcher</i>	8		
<i>Signes d'agression</i>	8		
Indicateurs émotionnels	8		
<i>Santé mentale</i>	8		
<i>Agitation</i>	8		
<i>Problèmes d'attention</i>	8		
<i>Troubles de comportement</i>	8		
<i>Troubles du sommeil</i>	8		
<i>Comportement alimentaire</i>	8		
<i>Intégration sociale</i>	8		
Indicateurs chez les adolescents	8		
<i>Problèmes de faux souvenirs</i>	9		
Présentation de l'abus sexuel	10		
Évaluation médicale	10		