



*Université Lille 2
Droit et Santé*

UNIVERSITE LILLE 2 DROIT ET SANTE
FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG

Année : 2015

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE

**Le cycle de la violence sexuelle sur mineur : pistes de réflexions
avec la présentation d'un protocole de recherche
explorant les troubles dissociatifs en tant que médiateur
dans la transmission de la violence sexuelle sur mineur**

Présentée et soutenue publiquement le 20 Avril 2015 à 16h
au Pôle Formation
par **Myrane Jager Williams**

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Pierre Thomas

Assesseurs :

Monsieur le Professeur Olivier Cottencin

Monsieur le Professeur Valéry Hédouin

Directrice de Thèse :

Madame le Docteur Tiphaine Séguret

Liste des abréviations

DES	Dissociative Experience Scale
CMP	Centre Médico Psychologiques
URSAVS	Unité Régionale de Soins aux Auteurs de Violences Sexuelles
EMDR	« Eye Movement Desensitization and Reprocessing »
TCC	Thérapie cognitivo-comportementale

Table des matières

Introduction	9
I/ LES VIOLENCES SEXUELLES	12
A/ Généralités	12
1/ Les agressions sexuelles selon le code pénal.....	12
1.1/ Le viol.....	13
1.2/ Les autres agressions sexuelles.....	13
B/ Violence sexuelle et Psychiatrie	14
1/ Historique : la perversion sexuelle.....	14
1.1/ Les théories organicistes.....	14
1.2/ Une autre approche centrée sur le développement sexuel.....	16
1.3/ Apports de Freud.....	16
1.4/ Les théories post freudiennes.....	18
2/ Les théories psychanalytiques actuelles.....	19
2.1/ La perversité ou perversion narcissique.....	20
2.2/ La perversion sexuelle.....	21
2.3/ Conclusion.....	22
3/ Nosographie actuelle.....	23
C/ Épidémiologie	27
1/ Générale.....	27
1.1/ Les chiffres de la justice en France.....	27
1.2/ Les chiffres selon les études.....	28
1.3/ Les agressions sexuelles sur mineurs	29
2/ Des victimes aux auteurs.....	30
II/ LE CYCLE DE LA VIOLENCE SEXUELLE SUR ENFANTS :	
DES VICTIMES AUX AUTEURS	31
A/ Les théories psychanalytiques	31
1/ Identification à l'agresseur.....	31
2/ Compulsion de répétition.....	34

B/ Apports de la sexologie	34
1/ Qu'est ce que la sexologie.....	34
2/ Le développement sexuel normal.....	38
2.1/ La première année de vie.....	39
2.2/ Développement sexuel chez les enfants de 2 à 5 ans environ	40
2.3/ Développement sexuel normal entre 6 et 11 ans.....	43
2.4/ développement sexuel chez les préadolescents puis les adolescents.....	44
2.5/ Au total : ce qu'il faut retenir.....	45
3/ Les troubles du développement sexuel en lien avec la victimisation sexuelle.....	48
C/ L'apport des théories cognitivo comportementales	53
1/ Les différents modèles existants.....	53
2/ Les distorsions cognitives	55
3/ Les théories comportementales	63
4/ Les fantasmes sexuelles déviantes.....	65
5/ Défauts des habiletés sociales.....	67
D/ Autres pistes de réflexions	68
1/ Les caractéristiques de la violence sexuelle subie.....	69
2/ Les troubles de l'attachement.....	70
2.1/ Brefs rappels sur la théorie de l'attachement	70
2.2/ L'attachement chez les auteurs de violences sexuelles	71
3/ La dissociation.....	73
3.1/ Brefs rappels historiques du concept de psycho-traumatologie et naissance du concept de dissociation.....	73
3.2/ Définition de la dissociation.....	75
3.2.1/ Dissociation aiguë.....	78
3.2.2/ La dissociation structurelle	79
3.3/ Neurobiologie des troubles dissociatifs.....	80

III/ PRÉSENTATION D'UN PROTOCOLE DE RECHERCHE	
EXPLORANT LES TROUBLES DISSOCIATIFS	
EN TANT QUE MÉDIATEUR DANS LA TRANSMISSION	
DE LA VIOLENCE SEXUELLE SUR DES ENFANTS	82
A/ Rappels du contexte et des objectifs de l'étude.....	82
1/ La problématique	84
2/ Objectifs de l'étude	84
B/ Méthodes.....	84
1/ Plan Expérimental.....	84
1.1/ Type d'étude	84
1.2/ Définition de la population étudiée.....	84
1.2.1/ Définition des cas	84
1.2.2/ Définition des témoins	85
1.2.3/ Critères d'inclusion.....	85
1.2.4/ Critères de non-inclusion.....	86
1.3/ Calcul du nombres de sujets nécessaires.....	86
1.4/ Lieux de réalisation de la recherche.....	87
1.5/ Déroulement pratique de la recherche.....	87
1.6/ Outil d'évaluation.....	87
1.7/ Durée.....	89
1.8/ Aspects éthiques.....	89
C/ Discussion.....	90
CONCLUSION.....	95
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	97
ANNEXES.....	111

Introduction

Tout acte de violence sexuelle révolte l'opinion publique, à juste titre tant les conséquences pour les victimes et leur famille sont lourdes. D'un point de vue psychiatrique, les victimes de violences sexuelles présentent une prévalence bien plus importante de syndromes dépressifs, de troubles dissociatifs, de PTSD, de tentatives de suicides et/ou d'addiction que la population générale (1) (2). Ceci est encore plus vrai quand les victimes sont des enfants (3) (4) (5). Il s'agit d'un réel problème de santé publique avec presque 30 000 faits de violences sexuelles enregistrés en France en 2013 (chiffres de l'ONDRP). Il s'agit de surcroît de chiffres bien en deçà de la réalité puisqu'un nombre important de faits ne sont jamais signalés aux autorités, notamment les violences sexuelles commises sur des enfants.

Les professionnels de la justice avec l'aide des soignants, cherchent depuis longtemps des prises en charges efficaces pour réduire le risque de réitération chez les auteurs de violences sexuelles, mais quand est il de la prévention primaire, avant même que de tels actes soient commis? Peut-on cibler des populations à risque?

Dans ce cadre, plusieurs études ont conclu qu'un nombre important d'auteurs de violences sexuelles avaient été victimes de ces mêmes violences, la plupart des études s'accordent autour de 30% d'antécédents d'agression sexuels dans l'enfance des auteurs de violence sexuelle. Cette prévalence varie en fonction du type d'agresseur sexuel, avec des antécédents de victimisation sexuelle bien plus fréquents chez les auteurs de violences sexuelle sur enfants (6) (7) (8) (9).

Toutefois, fort heureusement l'inverse n'est pas vrai, peu de victimes deviennent auteurs. En effet, 7% à 15% des hommes et 18% à 20% des femmes disent avoir été victimes d'agression sexuelle, tous ne deviennent pas auteurs (10) (11) (12).

Qu'est ce qui permet à la plupart des victimes de casser "ce cycle"? A l'inverse, dans quelles circonstances cette transmission survient elle? Beaucoup se sont focalisées sur les taux de prévalences victimes/auteurs mais peu d'études à notre connaissance se sont penchées sur le pourquoi.

Dans le premier chapitre nous allons tenter de présenter l'état des connaissances actuelles autour de la question des violences sexuelles, et plus spécifiquement du cycle de la violence sexuelle sur enfants.

Nous allons définir ce que sont les violences sexuelles selon le code pénal notamment, puis d'un point de vue psychiatrique pour finir avec leur prévalence.

Dans le 2eme chapitre, nous exposerons les théories et modèles expliquant le cycle de la violence sexuelle sur enfants. Nous explorerons les modèles existants d'un point de vue psychanalytique, sexologique et cognitivo-comportemental. Puis nous tenterons de nous détacher de toute orientation psychiatrique afin d'explorer

d'autres pistes quand aux facteurs hypothétiques liant la victimisation sexuelle au passage à l'acte sexuel sur enfant. Nous nous appuyerons sur un article de Delphine Collin-Vézina et Mireille Cyr (13) qui ont proposé 3 facteurs déjà impliqués dans le cycle de la violence physique : les caractéristiques des violences subies, la qualité des relations d'attachement des victimes (14) et les troubles dissociatifs réactionnels au(x) traumatisme(s) subi(s) (15) (16).

Enfin le troisième chapitre consistera en la présentation d'un protocole de recherche que nous comptons mener. L'étude reprend une des variable possiblement associée au cycle de la violence sexuelle sur enfants : les troubles dissociatifs.

Il s'agit de comparer la présence et la sévérité des troubles dissociatifs chez des victimes devenues auteurs de violence sexuelle sur enfants et chez des victimes qui ne sont pas passé à l'acte (pas à notre connaissance ni pour le moment). Le but étant d'explorer les troubles dissociatifs en tant que facteurs impactant dans le cycle de la violence sexuelle sur enfants.

I/ LES VIOLENCES SEXUELLES

A/ Généralités

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 justifiée d'un tiers, pas 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 2 personnes au moins dont l'une est non consentante, elle exclue 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 définitions d'agression sexuelle telle que nous l'entendons ici.

L'agression sexuelle est un type de violence sexuelle, « c'est l'échelle singulière d'un phénomène beaucoup plus vaste » d'après Ciavaldini.

Dans le cadre de ce travail nous aborderons plus spécifiquement les viols et attouchements, qui font partie des agressions sexuelles, ces dernières faisant partie des violences sexuelles. Nous nous pencherons plus précisément sur les viols et/ou attouchements subis dans l'enfance en tant que facteur de risque (non nécessaire ni suffisant) chez les auteurs de violences sexuelles sur enfants.

1/ Les agressions sexuelles selon le code pénal

L'article 222-22 du code pénal définit comme agression sexuelle « toute atteinte sexuelle commise avec violence, contrainte, menace ou surprise »

La contrainte suppose l'existence de pressions physiques ou morales (17). On parle de menace lorsque l'auteur annonce des représailles si la victime refuse. On parle de surprise lorsque l'auteur utilise des moyens pour surprendre la victime ou lorsque la victime est inconsciente ou alcoolisée.

Il existe différents types d'agressions sexuelles : le viol, les attouchements, les caresses de nature sexuelle ou encore l'exhibitionnisme. La loi distingue le viol des autres types d'agressions sexuelles

1.1/ Le viol

Le viol est un crime, il est jugé à la cour d'assise. Il est défini par le code pénal comme « tout acte de pénétration sexuelle, de quelque nature qu'il soit, commis sur la personne d'autrui par violence, contrainte, menace ou surprise. » (article 222-23)

« Tout acte de pénétration sexuelle est visé : vaginale, anale ou buccale, notamment par le sexe de l'auteur mais il peut s'agir également de pénétrations digitales ou au moyen d'un objet. » (biblio, infraction)

Il s'agit d'un viol aggravé si la victime a moins de 15 ans ou si l'agresseur est un ascendant légitime, naturel ou adoptif d'une manière quelconque sur la victime. L'inceste correspond à cette catégorie.

1.2/ Les autres agressions sexuelles

Les autres agressions sexuelles sont des délits. Elles sont définies comme « un acte à caractère sexuel sans pénétration commis sur la personne d'autrui, par violence, contrainte, menace ou surprise ». (article 222-26)

Il existe les agressions sexuelles avec contacts corporels sans pénétration, avec là aussi des circonstances aggravantes si la victime est un mineur de moins de 15 ans, il s'agit alors d'un crime et non d'un délit.

Enfin il y a les actes sans contacts corporels également punis par la loi, il s'agit des exhibitions sexuelles. Là encore il existe les mêmes circonstances aggravantes. En réalité même si l'acte est commis sans violence, contrainte, menace ni surprise, il s'agit d'une infraction si la victime est un mineur de moins de 15 ans (article 227-25). La loi est donc à juste titre, particulièrement sévère lorsqu'il s'agit d'agressions sexuelles commises sur des enfants.

B/ Violence sexuelle et Psychiatrie

1/ Historique : la perversion sexuelle

1.1/ Les théories organicistes

Aborder l'histoire des violences sexuelles d'un point de vue psychiatrique signifie revenir sur le concept de perversion. Il s'agit tout d'abord de distinguer la perversion de la perversité souvent confondues.

En ce qui concerne la perversité, le mot « pervers » apparaît au XIIe siècle en France. Étymologiquement, il vient du latin « perversitas » qui désigne le goût pour le mal, la malignité de celui qui cherche à nuire en accomplissant des actes immoraux et malveillants. La perversité renvoie au péché et au vice.

A la même époque, au XIIe siècle, la perversion, du latin « pervertere » a un tout autre sens : « mettre sens dessus dessous, bouleverser ». Nous aborderons plus

loin, la distinction faite entre perversité sexuelle et perversion narcissique de nos jours.

Ainsi le pervers dans ce sens, « a des comportements aux antipodes du sujet normal, en particulier dans le domaine de la sexualité. » (18)

Le concept de perversion dans l'histoire de la psychiatrie apparaît réellement au 19^e siècle avec un abord d'abord très organiciste. En effet à l'époque, une maladie, qu'elle soit somatique ou psychiatrique est définie certes par des symptômes cliniques mais est obligatoirement liée à une lésion organique. La psychiatrie qui tient à garder son statut de science médicale voit alors naître différentes hypothèses quand aux lésions organiques qui sous tendraient les perversions. Elle va alors se heurter à une difficulté, ces hypothèses lésionnelles ne sont jamais retrouvées lors des dissections de cadavres. Les 2 œuvres de références à l'époque, recensant les perversions connues ont été écrites par l'allemand Krafft Ebing dans *Psychopathia sexualis* à partir de 1886 et l'anglais Havelock Ellis dans *ses études de psychologie sexuelle*.

Par la suite Morel tente de réduire le fossé entre substrat organique et description clinique des perversions avec sa théorie centrée sur le concept de dégénérescence ; idée par laquelle toutes les maladies mentales seraient héréditaires, conséquences de la transmission d'un terrain « taré ».

Par ailleurs, Morel reprend ce concept en enlevant la partie religieuse de cette théorie pour la situer dans un contexte évolutionniste darwinien (19)

1.2/ Une autre approche centrée sur le développement sexuel

Plus tard Dessoir, Moll et Ellis s'intéressent à l'activité sexuelle précoce en tant qu'elle devait appartenir au développement sexuel normal. Pour Dessoir et Moll, la sexualité infantile se faisait en 2 étapes avec une première phase indifférenciée (autrement dit bisexuelle voir homosexuelle. A l'époque l'homosexualité faisait partie des perversions) puis une évolution qui se faisait tout naturellement vers l'hétérosexualité. La cause des perversions était alors due à l'échec du passage d'un stade infantile indifférencié au stade hétérosexuel. L'idée selon laquelle Freud aurait introduit le concept de sexualité infantile serait alors fausse puisque ses prédécesseurs l'avaient déjà abordé (20)

1.3/ Apports de Freud

Cependant Freud développera cette notion de sexualité infantile. Dans trois essais sur la théorie de la sexualité paru en 1905, Il introduit la notion de pulsion sexuelle. Selon lui le développement sexuel existe dès le début de la vie avec des étapes successifs selon les zones érogènes investies successivement (oral, anal puis génital après une période de latence). Il s'agit des "stades prégénitaux de l'évolution libidinale". La sexualité infantile contrairement à la sexualité adulte est pré-génitale, autoérotique et non objectale. "Mais le déroulement normal de ces différentes étapes n'implique en rien l'abandon d'une zone érogène au profit de la suivante : toutes les zones érogènes coexistent et subsistent à l'âge adulte, même si elles se subordonnent au primat du génital à la puberté". Les fantasmes pervers font partis de la part psychosexuelle de chacun.

Pour Freud, la perversion devient pathologique lorsqu'elle est exclusive, c'est à dire que la conduite en question est le seul moyen pour parvenir à l'orgasme contrairement à la sexualité infantile qui est polymorphe et lorsqu'elle est fixe, contrairement à la sexualité perverse infantile qui est amenée à évoluer. « Quand la perversion ne surgit pas à côté de la normale (but et objet sexuels), à un moment où les circonstances favorisent la première et font obstacle à la seconde, mais quand elle a refoulé et remplacé la normale en toutes circonstances, alors nous trouvons - dans l'exclusivité et dans la fixation, par conséquent, de la perversion - ce qui nous autorise généralement à la considérer comme un symptôme pathologique (21). L'adulte pervers n'a pas terminé son développement, il est immature »

Toujours dans le cadre des perversions, en 1915, Freud introduit la notion de libido narcissique qui a pour objet le moi indifférencié de l'autre qui évolue progressivement vers la libido objectale dirigée vers un autre différencié. Cette différenciation progressive passe par l'investissement d'objets externes « que l'enfant ne peut d'abord se représenter sur un modèle autre que celui du double » (22). Ainsi, le premier objet d'investissement est la mère, l'enfant ne peut se le représenter sans pénis puisqu'il s'agit de « son double ». Puis « dans l'évolution normale, le petit garçon ne reconnaît d'abord que partiellement l'altérité de sa mère, afin d'une part de moduler l'angoisse de séparation et d'autre part de temporiser l'angoisse de castration inhérente à la pleine reconnaissance de la différence des sexes, laquelle n'interviendra que très progressivement ».(23) Dans ce sens, Freud considère l'homosexualité comme un type de perversion étant donné que le choix d'objet reste « narcissique ».

En 1927, Freud introduit la théorie du fétichisme. En effet selon lui, l'enfant futur pervers ne peut accepter l'absence de pénis chez sa mère, cette perception dépasse

les capacités de son appareil psychique tant est si bien qu'il va nier cette perception, il s'agit d'un déni. « Il ne s'agit pas du déni de représentation du psychotique qui le remplace par une néo réalité hallucinatoire mais bien d'un déni de signification qui procède par déplacement d'investissement : l'angoisse associée à l'intolérable perception est (provisoirement) annulée grâce au surinvestissement parallèle, à la fois érotique et narcissique, d'un autre élément de réalité, auquel est attribuée inconsciemment une valeur fétichique de substitut du pénis maternel manquant »(23). Ainsi le fétiche est un substitut du pénis maternel manquant.

Cependant la perception de la mère sans pénis n'en n'est pas moins toujours présente et source d'une angoisse de castration agissant toujours dans la vie psychique du sujet. Ainsi né le concept de « clivage du moi" » avec une partie niant la perception d'une mère sans pénis et une autre la reconnaissant à l'origine d'une angoisse de castration toujours présente. Le fétiche est perçu comme une protection contre la menace de castration.

Ainsi la notion de perversion est passée de théories très organicistes (centrées sur le corps) aux théories psychanalytiques de Freud (centrées sur l'inconscient). (24)

1.4/ Les théories post freudiennes

P. Aulagnier a sans doute été la première à souligner que « la confrontation à la réalité de la différence des sexes renvoie l'enfant, non seulement au fantasme de castration, mais aussi à la perte de l'illusion d'être le seul objet de désir pour sa mère: pour elle, le déni de signification de la différence des sexes est étroitement lié

au déni du désir de la mère pour le père, afin de vider la scène primitive de son sens d'exclusion et d'impuissance pour l'enfant» (25)

En ce qui concerne la représentation du père, Les théories lacaniennes divergent de beaucoup d'autres en affirmant que le pervers à travers son acte « vise au meurtre fantasmatique du père idéalisé, tout puissant afin de détruire sa loi et la remplacer par celle de son propre désir incestueux». Il s'agit donc pour le pervers, d'un acte de défi/ provocation vis à vis du tiers.(26)

Pour de nombreux autres auteurs, la mère du sujet « pervers » garderait un rôle prévalent au détriment du père. L'attitude séductrice de la mère ne permet pas au père de s'instaurer en tant que deuxième support identitaire génital. En effet, la mère du futur pervers «court-circuite» l'interdit de l'inceste, l'enfant de ce fait continue à vivre dans l'illusion d'être le partenaire adéquat pour sa mère, puisque cette dernière ne désigne pas le père comme objet de son désir. Elle détourne de ce fait l'enfant de son père en tant que tiers, référent phallique-narcissique et son rôle dans l'établissement de la loi. (11)(12)

2/ Les théories psychanalytiques actuelles

Les théories les plus récentes distinguent l'acte pervers de la personnalité de l'auteur. En effet un acte pervers peut correspondre à un acte isolé et accidentel commis par des auteurs présentant une organisation névrotique ou psychotique.

Pour Bouchet Kervella, « malgré le polymorphisme clinique des conduites déviantes et l'infinie diversité des configurations psychopathologiques au sein desquelles ces conduites peuvent apparaître [...] ces troubles du comportement sexuel correspondent bien moins à des troubles de la sexualité proprement dits qu'à

des tentatives de “solution défensive” par rapport à des angoisses majeures concernant le sentiment identitaire, elles-mêmes consécutives à des carences fondamentales de l’environnement primaire au cours de la petite enfance »

En effet en pratique clinique, une majorité d’auteurs de violences sexuelles semblent présenter une organisation de type limite avec dans de nombreux cas un mode de fonctionnement pervers chez l’auteur. Les théories les plus récentes, distinguent au sein d’organisations limites : la perversité ou perversion narcissique proche de la psychose et la perversion sexuelle.

2.1/ La perversité ou perversion narcissique

Reprenons les propos de Bouchet Kervella, qui s’est appuyée sur les travaux de Claude Balier «Dans les cas les plus massivement carencés en amour parental dès le début de leur vie, des expériences précoces catastrophiques ont généré des angoisses innommables de néantisation des états d’«agonie primitive» dirait Winnicott), dont les traces, impossibles à élaborer en représentations pensables, n’ont pu être travaillées psychiquement. Pour pouvoir malgré tout s’organiser, le moi recourt inconsciemment à une défense drastique: il tente de se couper radicalement de cette partie de lui-même trop dangereuse, afin d’en détruire l’impact désorganisateur, en lui déniait toute signification et en lui retirant tout investissement affectif. Ainsi, le sujet pourra relater les événements de son histoire, souvent dramatiques et effroyables pour l’interlocuteur, sur un ton froid et purement factuel. La défense de base est fondée sur un clivage radical des expériences infantiles désastreuses, qui tente de réduire au silence la terreur qui leur est associée. » (28)

Il s’agit des « pervers narcissiques» décrits par Racamier. (29) (30)

Les mécanismes de défense employés par ces sujets sont fondés sur le déni, l'expulsion et la projection sur les autres de «toute blessure susceptible d'altérer une représentation de soi invulnérable et sans faille.»

Cela concerne la réalité sociale globale du sujet pervers narcissique, et non seulement le sexuel. Il manipule psychiquement des objets externes, disqualifie leur moi et leur pensée, le but étant d'obtenir non pas une jouissance sexuelle mais une «ivresse narcissique».(31) (32)

« La victime est perçue comme faible et passive ce qui ranime les vécus infantiles catastrophiques et entraîne une effraction brutale du clivage protecteur du Moi et un moment de confusion psychotique dedans/dehors. Ce risque d'identification confusionnelle est annulé par l'affirmation d'une toute-puissance phallique (viol sans érotisme) ou par le meurtre supprimant l'objet inducteur du retour des traces traumatiques. » En effet, les sujets pervers narcissiques font face à des angoisses « proches de l'annihilation psychotique par péril d'inexistence ». L'autre est réduit à la dimension d'objet utilitaire, utilisé justement pour réaffirmer un sentiment d'omnipotence, cela peut aller jusqu'au meurtre. « La sexualité est mise au service de la violence » (33) (32) (34)

2.2/ La perversion sexuelle

De même citons Bouchet Kervella qui s'est là aussi appuyé sur les travaux de C. Balier « Dans les cas où l'environnement primaire a pu fournir au début de la vie un apport libidinal minimum, mais trop discontinu ou prématurément retiré, l'angoisse, de nature fondamentalement dépressive, se manifeste par d'importantes fluctuations de l'estime de soi et de la représentation identitaire, sur

fond de sentiment de vide interne à combler impérativement. La défense de base se fonde sur une incessante quête d'excitation sensorielle érotisée, appuyée sur les traces des échanges érotiques et narcissiques trop tôt perdus avec la mère, avant tout destinée à renforcer la représentation vacillante de l'image corporelle et à nier le manque affectif. » (32)

Dans la « perversion sexuelle », contrairement à la « perversité narcissique », la violence est mise au service de la sexualité. « On se situe à un niveau développemental plus évolué où s'expriment des représentations et des formes fantasmatiques plus érotisées.

Le pervers sexuel pédophile dénie le rejet de ses parents pour l'enfant qu'il était, en affirmant le contraire, « la haute valeur érotique des enfants pour un adulte ». L'enfant fait office de « double externe ». Il s'agit d'affirmer une relation mère-enfant parfaite, de dénier la différence des générations et des sexes et l'insatisfaction éprouvée dans les rapports entre le pervers et sa mère.

Les pratiques sexuelles mises en place sont composées de caresses, le regard et le toucher sont importants, véritable échange plus maternelle que génitalisé. L'imago maternelle persécutrice et rejetante est elle projetée de façon massive sur le monde des adultes. (28) (31) (32)

2.3/ Conclusion

Que ce soit pour les sujets pervers narcissiques ou pervers sexuels, il existe des troubles graves du narcissisme, avec la fragilité du sentiment continu d'exister, à l'origine d'une menace d'effondrement dépressif/d'annihilation. « Le recours à la

sexualité avec les enfants n'est pas issu d'une aberration pulsionnelle, encore moins d'un excès de la pulsion sexuelle (souvent en réalité peu active), mais d'une tentative de "solution défensive" par rapport au déficit narcissique consécutif à l'absence d'images parentales suffisamment bonnes dans le monde psychique interne. » (32)

3/ Nosographie actuelle

Depuis le DSM 3, le terme de perversion connoté négativement est remplacé par le terme de paraphilie pour le DSM et de troubles de la préférence sexuelle pour la CIM 10. Le DSM 5 sorti en 2013, remplace le terme de paraphilie par trouble paraphilique. Dans le DSM 5, est pathologique, « ce qui cause une détresse ou une diminution de l'individu ou ce qui menace les autres. Ainsi la notion de paraphilie telle que définie dans le DSM 3 et 4 est une condition nécessaire mais non suffisante pour devenir un trouble dans le DSM 5. »

Les catégories faisant parties des troubles de la préférences sexuelles dans la CIM10 (178) consistent en :

F65 Trouble de la préférence sexuelle :

G1. Présence d'impulsions et de fantasmes sexuelles, répétées et intenses, impliquant des activités inhabituelles ou l'utilisation d'objets inhabituels.

G2. Le sujet agit sous l'emprise de ces impulsions ou est fortement perturbé par leur présence.

G3. La préférence sexuelle a été présentée pendant au moins six mois.

F65.0 Fétichisme

- A. Répond aux critères généraux d'un trouble de la préférence sexuelle.
- B. Le fétiche (un objet inanimé quelconque) est la source la plus importante de la stimulation sexuelle, ou est essentiel pour obtenir une réponse sexuelle satisfaisante.

F65.1 Transvestisme fétichiste

- A. Répond aux critères généraux d'un trouble de la préférence sexuelle.
- B. Le sujet porte des vêtements du sexe opposé afin de créer l'apparence et l'impression d'appartenir à l'autre sexe.
- C. Le changement vestimentaire est étroitement associé à l'excitation sexuelle. Une fois l'orgasme atteint et l'excitation sexuelle retombée, il existe un désir marqué de se débarrasser des vêtements.

F.65.2 Exhibitionnisme

- A. Répond aux critères généraux d'un trouble de la préférence sexuelle.
- B. Tendance récurrente ou persistance à exposer ses organes génitaux devant des étrangers (en général du sexe opposé), pris au dépourvu par ce comportement ; l'acte d'exhibitionnisme est habituellement associé à une excitation sexuelle et à une masturbation.
- C. le sujet n'éprouve pas le besoin et n'essaie pas d'avoir des rapports sexuels avec le (ou les) « témoins ».

F65.3 Voyeurisme

- A. Répond aux critères généraux d'un trouble de la préférence sexuelle.

B. Tendance récurrente ou persistante à observer des personnes en train de se déshabiller, ou d'avoir des rapports sexuels, ou de se livrer à d'autres activités intimes : l'acte de voyeurisme est habituellement associé à une excitation sexuelle et à une masturbation.

C. Le sujet n'éprouve pas le besoin de révéler sa présence

D. Le sujet ne cherche pas à avoir des rapports sexuels avec la ou les personnes observées.

F65.4 Pédophilie

A. Répond aux critères généraux d'un trouble de la préférence sexuelle

B. Préférence persistante ou prédominance pour une activité sexuelle avec un enfant ou des enfants prépubères.

C. Le sujet est âgé de 16 ans au moins et a au moins cinq ans de plus que l'enfant ou les enfants mentionnés en B.

F65.5 Sado-masochisme

A. Répond aux critères généraux d'un trouble de la préférence sexuelle

B. Préférence pour une activité sexuelle en tant qu'objet (masochisme) ou en tant qu'exécutant (sadisme), ou les deux à la fois, qui implique au moins l'une des caractéristiques suivantes :

(1) douleur

(2) humiliation

(3) asservissement

C. L'activité sado-masochiste est la source la plus importante de la stimulation où elle est nécessaire à la satisfaction sexuelle.

F65.6 Troubles multiples de la préférence sexuelle

La probabilité de rencontrer plus d'une anomalie de la préférence sexuelle chez un même individu est plus grande que ne le voudrait le hasard. Les différents types de préférence et leur importance relative pour l'individu doivent être répertoriés à des fins de recherche. L'association la plus fréquente regroupe fétichisme, le transvestisme et le sado-masochisme.

F65.8 Autres troubles de la préférence sexuelle

Autres types de préférence et d'activité sexuelle, relativement rares, comme le fait de proférer des obscénités au téléphone, de se frotter à autrui dans des endroits publics bondés de monde à la recherche d'une stimulation sexuelle (frotteurisme), ou comme l'activité sexuelle avec un animal, l'emploi de la strangulation ou de l'anoxie pour augmenter l'excitation sexuelle, ou encore la préférence de partenaire ayant une anomalie anatomique particulière (par exemple un membre amputé).

Ces pratiques érotiques sont trop variées et trop rares pour nombre d'entre elles pour justifier une désignation particulière pour chacune. La nécrophilie doit également être notée ici.

F65.9 Trouble de la préférence sexuelle, sans précision

Les troubles de la préférence sexuelle ne sont pas synonymes de violence sexuelle, nous insistons sur le 2ème point des généralités sus citées : quelqu'un présentant une fantasmagorie pédophile même exclusive ne passera peut être jamais à l'acte, mais « est fortement perturbé par sa présence ». A l'inverse, même si l'association

pédophilie et agression sexuelle sur des enfants prépubères est évidente, il arrive que des individus ayant commis un acte sexuel sur un enfant ne soit pas pédophile.

Comorbidités psychiatriques

De nombreux auteurs de violence sexuelle présentent des comorbidités psychiatriques, avec des taux plus élevés de dépressions, de troubles anxieux, de troubles psychotiques, de problématiques addictives et de troubles de personnalité que dans la population générale. (35) (36) (37) (38)

De plus, une méta-analyse a montré que les agresseurs sexuels d'enfants présentaient plus de troubles anxieux comparés au agresseurs sexuels d'adultes, aux délinquants non sexuels et à la population générale, plus d'épisodes dépressifs que les population générale et les agresseurs sexuels d'adultes, plus d'antécédents psychiatriques comparés aux délinquants non sexuels, plus de troubles de la personnalité du cluster A et B comparés à la population générale. (39) (40)

C/ Épidémiologie

1/ Générale

1.1/ Les chiffres de la justice en France

Les violences sexuelles constituent un réel problème de santé publique avec 28296 faits de violences sexuelles dont 6313 viols sur mineurs et 10689 autres types d'agressions sexuelles sur mineurs en France en 2013 (chiffre enregistré par la

police et la gendarmerie nationale de février 2013 à février 2014, rapport de l'ONDRP), il s'agit de chiffres bien sous évalués du fait du nombre d'agressions sexuelles commises qui ne feront jamais l'objet d'un signalement.

1.2/ Les chiffres selon les études

Il existe un écart important entre les chiffres de la justice et ceux des études. Ceci correspond à l'écart entre les faits de violences sexuelles, ceux révélés à un tiers et ceux signalés aux autorités. Les caractéristiques de la victimisation sexuelle rentrent directement en compte : la gravité de l'agression, l'âge de la victime, le caractère unique ou chronique, les circonstances de son développement sont des éléments dont dépend la révélation des faits et son délai. Ciavaldini, dans un exposé sur l'épidémiologie des violences sexuelles a exposé le fait que dans le cas de tentative de viol et de viol dont la victime est adulte, de 44% à 38% des femmes ne révèlent pas les faits, quand il s'agit d'une autre agression sexuelle, 65% n'en parleront pas. S'il s'agit d'un viol ou tentative de viol sur des enfants, de 30% à 72% d'entre eux ne révéleront pas les faits. (41) (42). Cela signifie d'après Ciavaldini toujours, que lorsque la victime est une fille mineure, statistiquement presque 3 sur 4 d'entre elles ne révèlent pas les faits.

Les études entre elles retrouvent des taux de prévalence qui peuvent varier de manière importante du fait que les critères de tel ou tel type d'agression sexuelle sont variables et que les méthodes de recueil le sont également.

1.3/ Les agressions sexuelles sur mineurs

Une enquête regroupant 19 pays datant de 1994 dans la population générale trouve des taux de 7 à 36% d'antécédents d'agression sexuelle chez les femmes et 3 à 29% chez les hommes. (43)

Des études plus récentes trouvent des taux de prévalences similaires, de 10,14% en moyenne, filles et garçons confondus, dans une étude américaine datant de 2013.(44) Une autre étude internationale plus récente reprenant 55 études sur 24 pays trouvent des taux de prévalence tournant autour de 8 à 31% d'antécédents de victimisation sexuelle dans l'enfance pour les femmes et de 3 à 17% pour les hommes. (45)

Les taux moyens se retrouvent dans une autre étude internationale, où selon des auto-questionnaires, 12,7% des personnes interrogées ont subies des antécédents de violence sexuelle dans l'enfance dont 18% de femmes et 7,6% d'hommes. (12)

En France, l'enquête nationale sur les violences sexuelles envers les femmes, trouve un taux de 6% de femmes présentant des antécédents d'agression sexuelle autre que le viol avant l'âge de 18 ans et 3,7% présentant des antécédents de viols ou tentative de viol avant le même âge.

Au total, 9,7% des femmes en France auraient été victimes d'agression sexuelle en étant mineure.

En ce qui concerne les hommes, environ 4,6% auraient été victimes d'agressions sexuelles avant l'âge de 18 ans. (46) voir si ne peut pas trouver une référence plus récente.

Les agressions sexuelles sur enfant représentent un tiers des cas de maltraitance, avec des attouchements dans 50 % des cas, 25 % de viol et 25 % de climat équivoque (selon l'Office Décentralisé de l'Action Sanitaire et Sociale.)

2/ Des victimes aux auteurs

De nombreux auteurs de violences sexuelles ont eux mêmes été victimes de violences sexuelles dans l'enfance, la prévalence va de 20%(47) à 93%(48) et la plupart des études s'accordent autour de 30%.

Il semble cependant que selon le type d'agresseur sexuel, cette prévalence change avec des taux de victimisation beaucoup plus élevé chez les auteurs de violences sexuelles sur enfants, la prévalence tourne alors autour de 50%(9) (49) voire plus, certains vont même jusqu'à différencier les auteurs de violences sexuelles sur enfants intrafamiliaux (inceste) et extra-familiaux, et s'accordent pour dire que seuls les agresseurs d'enfants extra-familiaux présentent des antécédents de victimisation sexuelle de façon significativement plus importante. (7)

Hanson en 1988, déclare que les agresseurs de jeunes garçons présentent plus souvent des antécédents de victimisation sexuelle dans l'enfance que les agresseurs de jeunes filles (50), d'autres études vont dans ce sens, notamment celle de Worling en 1995 (51) 87 adolescents agresseurs sexuels âgés de 12 à 19 ans sont divisés en 4 groupes : un premier groupe ayant agressé des femmes adolescentes ou adultes, un deuxième ayant agressé des enfants de sexe féminin uniquement, un troisième groupe ayant agressé des enfants uniquement de sexe masculin et enfin un quatrième groupe agresseurs d'enfants des 2 sexes. 43% des 87 participants présentaient des antécédents de victimisation sexuelle dans l'enfance

mais, 75% des agresseurs ayant au moins agressé un enfant de sexe masculin présentait ce type d'antécédent contre 25% chez les agresseurs de victimes de sexe féminin uniquement.

2 études font le lien entre un certain type de violence subie dans l'enfance et les différent « modes » d'agression sexuelle en fonction des victimes. Les auteurs de violences sexuelles sur enfants auraient été exposé à un environnement hypersexualisé (victime de violence sexuelle, mais aussi , film pornographiques...) alors que les auteurs de violences sexuelles sur adultes auraient été exposés principalement à de la violence physique dans leur enfance. (52) (6)

II/ LE CYCLE DE LA VIOLENCE SEXUELLE SUR ENFANTS : DES VICTIMES AUX AUTEURS

A/ Les théories psychanalytiques

1/ Identification à l'agresseur

Le concept d'identification à l'agresseur prend un sens très différent selon l'auteur. Selon Anna Freud, en 1936, il s'agit d'un mécanisme de défense structurant le moi encore trop faible de l'enfant, elle prend l'exemple déjà proposé par son père (53) du jeu du docteur chez un enfant qui vient de subir une petite opération. Par un mouvement de projection, l'enfant va rejouer en position active ce qu'il a vécu en position passive à travers ce jeu, il récupère alors une maîtrise et cela lui permet « d'élaborer la scène en l'incluant dans une dynamique libidinale subjectivante »(54) (55)

Spitz reprend le terme d'identification à l'agresseur en tant que concept structurant pour le jeune enfant, mais il s'agit là d'un point bien particulier et nécessaire au développement de l'enfant qui en imitant, « en s'identifiant » à l'adulte interdicteur/ « l'agresseur », l'enfant à 2 ans va parvenir à dire non à l'adulte.(56) Nous sommes là bien loin de la conception ferenczienne de l'identification à l'agresseur.

Cette dernière conception correspond à la problématique abordée ici.

En effet dans son livre « confusion de langues entre les adultes et l'enfant » Ferenczi aborde très clairement le traumatisme lié à une « confusion entre le langage passionnel de l'adulte et le langage de la tendresse de l'enfant », autrement dit, il aborde l'impact de l'agression sexuelle d'un adulte sur un enfant.

Citons Ferenczi :

« Mais cette peur, quand elle atteint son point culminant, les oblige à se soumettre automatiquement à la volonté de l'agresseur, à deviner le moindre de ses désirs, à obéir en s'oubliant complètement et à s'identifier complètement à l'agresseur. Par identification, disons par introjection de l'agresseur, celui-ci disparaît en tant que réalité extérieure et devient intrapsychique (...) Quoi qu'il en soit, l'agression cesse d'exister en tant que réalité extérieure et figée, et au cours de la transe traumatique, l'enfant réussit à maintenir la situation de tendresse antérieure. « On aboutit ainsi à une forme de personnalité faite uniquement de ça et de surmoi, et qui par conséquent est incapable de s'affirmer en cas de déplaisir... L'enfant dont on a abusé devient un être qui obéit mécaniquement ou qui se bute. Mais il ne peut plus se rendre compte des raisons de cette attitude. Sa vie sexuelle ne se développe pas ou prend des formes perverses... » (57).

En effet la perversion sexuelle est affirmée comme potentielle, puisque tout enfant est considéré comme « pervers polymorphe » depuis les écrits de Freud (21)

mais pour qu'un enfant devienne concrètement pervers il faut « l'influence extérieure ». Pour reprendre les propos exacts de Freud : « Nous avons établi en outre, en nous appuyant sur l'expérience, que les influences extérieures de la séduction pouvaient provoquer des interruptions prématurées de la période de latence, voire sa suppression, et qu'à cette occasion la pulsion sexuelle de l'enfant se révélait en fait, perverse polymorphe » (58) (59)

Ferenczi parle de « clivage narcissique » avec une partie directement en lien avec l'agression, fragilisé, mortifère, et une partie qui va prendre le dessus. Ainsi, l'enfant va se développer en « faux self » pour reprendre le terme employé par Winnicott avec une hyper-adaptation de façade, en fonction des exigences de l'environnement. L'enfant surinvestit les apprentissages intellectuels (faux self) et désinvestit toute vie affective (vrai self, caché).(60) (55)

« C'est cette identification inconsciente à l'agresseur dans son acte même, du fait d'une effraction psychique et d'une fragmentation consécutive, « atomisation, auto-déchirure », écrit-il, qui va cohabiter avec d'autres composantes de l'identité en devenir de l'enfant, et aboutir à ces tableaux cliniques impressionnants d'un enfant mineur pervertible devenu pervers, capable à son tour d'abus sexuels sur des plus jeunes, essayant de régler de cette façon spontanée les conflits de loyauté à l'égard de son abuseur et par là même les bouleversements dépressifs et la honte liée à cette première position passive. Retournant ses pulsions en leur contraire, de passif il devient actif et passe à l'acte »(61)

En effet, avec Freud, on ne peut oublier qu' « au commencement était l'acte ». On retrouve là, la notion de répétition de compulsion introduite par Freud dans au delà du principe de plaisir. (53)

2/ Compulsion de répétition

La notion de compulsion est apparue au début du 20ème dans les écrits de Freud et de Janet. Ce symptôme est associé à la fois au traumatisme et à la sexualité, « elle est considérée comme une formation de compromis entre un souvenir inassimilable par sa valeur de trauma et la nécessité de remettre en scène de façon conjuratoire le scénario du trauma et, à ce titre, elle est une expression d'un passé traumatique, une reviviscence dont on peut suivre la construction dans les suivis de victimes d'agressions sexuelles »(62)

Cherifi et Marcelli rejoignent cette définition, la compulsion de répétition aurait une dimension salvatrice, portée par le besoin de continuité existentielle. En effet, partant du principe que la fonction principale du psychisme est d'assurer l'illusion d'une continuité existentielle, le traumatisme faisant rupture dans cette illusion, il s'agit pour le psychisme de la rétablir. C'est pourquoi, il revient sans cesse sur cette « faille » pour y mettre du sens, se la représenter. (63) (64) D'où cette compulsion, qui peut se traduire cliniquement par des rêves, des reviviscences et des flashes, symptomatologie bien connue dans le cadre du PTSD, mais cette compulsion peut également revenir sous forme d'actes, que ce soit dans le cadre de revictimisations et/ou de passages à l'acte sur autrui.

B/ Apports de la sexologie

1/ Qu'est ce que la sexologie

La sexologie correspond à l'étude de la sexualité humaine. C'est dans les pays germanophones à la fin du 19ème siècle qu'apparaît une véritable « science de la

sexualité ». Des auteurs comme Havelock Ellis et Albert Moll, ainsi que Freud, développent des théories contraires à celles développées tout au long du 19ème siècle qui considéraient que la nature et la finalité de la sexualité humaine étaient uniquement en lien avec la procréation. En effet à l'époque, la recherche exclusive de plaisir était considérée comme une aberration. Pour ces 3 auteurs, la sexualité humaine est « une composante importante, voire fondamentale, du bien être et de l'épanouissement individuel et la « *satisfaction de la pulsion* » correspond à la finalité normale de la vie sexuelle ». (65)

L'impact de ces écrits est resté très limité avant les années 60, avec au niveau sociétal, la persistance de l'idée selon laquelle la sexualité normale résidait exclusivement dans « l'accomplissement de la sexualité reproductive dans le cadre du mariage. » Au delà de cette position, il s'agissait jusque dans l'après 2nde guerre mondiale de ne pas aborder la sexualité notamment auprès des jeunes. Cette position est révisée vers 1945 avec des programmes scolaires qui incluent l'information sur la sexualité auprès des adolescents. Ces programmes parlent de sexualité de manière rigide cependant, en effet il s'agit d'aborder la sexualité de manière objective et moraliste dans le but de dissuader les adolescents de s'engager dans une sexualité « adulte » trop tôt. « Le travail des éducateurs est alors ardu puisqu'il s'agit de parler de sexualité en vue de favoriser le développement sexuel vers la maturité, tout en empêchant toute manifestation de la sexualité en dehors des normes socialement acceptées. »

Aux États Unis, en 1966, Masters et Johnson élaborent la théorie de « la réponse sexuelle humaine » en reprenant l'idée selon laquelle « l'activité sexuelle aurait sa propre finalité érotique, sur un plan biologique et psychophysiologique, indépendamment de la procréation. » (66)

Peu de temps après la sexologie connaît un essor important en France notamment au moment de la « révolution sexuelle » des années 70. L'idée d'une sexualité uniquement procréatrice disparaît avec l'accès à la contraception.

La sexologie étudie tout ce qui a trait à la sexualité humaine : que ce soit le développement sexuel, les mécanismes impliqués dans les rapports érotiques, les dysfonctions sexuelles mais également les violences sexuelles.

Tout comme en psychiatrie, il existe différentes orientations : des approches cognitivo comportementales, psychanalytiques ou encore sexocorporelles.

La sexologie s'est développé autour du concept de « santé sexuelle ». Ce concept intègre la notion de « santé » telle que définie par l'OMS comme « un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ». Dans cette définition la santé n'est plus définie en terme statique comme c'était le cas au 19ème siècle, et ne correspond pas seulement à l'absence « d'anomalies d'organes » il s'agit d'un processus « devant être maintenu, conquis et développé par différentes méthodes telles que l'éducation à la santé qui vise à susciter la responsabilité des individus concernant leurs comportements et la promotion de la santé qui tend à agir sur le contexte social, l'environnement et le cadre légal. » Le terme « sexuelle » quant à lui, correspond à une sexualité non uniquement procréatrice mais ayant une valeur érotique propre.

Ainsi une première définition du concept de santé sexuelle est présentée lors d'une conférence à Genève en 1974 comme : « l'intégration des aspects somatiques, émotionnels, intellectuels et sociaux du bien-être sexuel en ce qu'ils peuvent enrichir et développer la personnalité, la communication et l'amour. La notion de santé

sexuelle implique une approche positive de la sexualité humaine. L'objectif de la santé sexuelle réside dans l'amélioration de la vie et des relations personnelles et pas uniquement dans le counselling et les soins concernant la procréation ou les MST. »(OMS 1975)

Cette définition sera revue par la suite, mettant plus l'accent sur le comportement responsable de chacun.

Elle s'énonce ainsi : « La santé sexuelle est l'expérience d'un processus continu de bien-être physique, psychologique et socioculturel concernant la sexualité. La santé sexuelle est fondée sur l'expression libre et responsable des capacités sexuelles qui renforcent le bien-être harmonieux personnel et social et enrichit la vie individuelle et sociale. Elle ne réside pas uniquement dans l'absence de dysfonction, de maladie ou d'infirmité. Pour atteindre et maintenir les objectifs de la santé sexuelle, il est nécessaire que les droits sexuels de tous les individus soient reconnus et soutenus. » (OMS 2000)

« Le comportement sexuel responsable est exprimé aux niveaux individuel, interpersonnel et communautaire. Il comprend l'autonomie, la réciprocité, l'honnêteté, le respect, le consentement, la protection et la poursuite du plaisir et du bien-être. Une personne qui revendique un comportement sexuel responsable ne cherche pas à nuire et s'abstient d'exploiter, de harceler, de manipuler et d'exprimer de la discrimination envers les autres. Une communauté favorise des comportements sexuels responsables en fournissant les connaissances, les ressources et en défendant les droits dont les individus ont besoin pour avoir une telle conduite. » (OMS 2000).(67)

D'après cette dernière définition il est clair que les violences sexuelles, de surcroît celles exercées sur des enfants sont contraires à ce concept de santé sexuelle.

Dans le cadre de ce travail il s'agit de comprendre en quoi la sexologie peut nous éclairer sur le cycle de la violence sexuelle sur enfants. En effet nous allons exposer le développement sexuel normal puis les troubles du développement sexuel, très souvent secondaire à des violences sexuelles subies par ces enfants. Ces troubles du développement sexuel se manifestent par des comportements hypersexualisés problématiques très tôt chez nombre d'auteurs de violences sexuelles sur enfants.

2/ Le développement sexuel normal

Il est difficile de trouver un modèle consensuel sur le développement sexuel chez l'être humain. Le premier modèle étant le modèle du développement libidinal psychanalytique de Freud, d'autres modèles s'intéressent d'abord à ce « que nous montrent » les enfants.

Nous allons explorer le développement sexuel humain à travers les comportements sexuels chez l'enfant essentiellement.

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 « prend la forme d'un continuum qui va des comportements normaux aux comportements problématiques. (68)

2.1/ 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. (69)

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. (70)

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, c'est à dire que très tôt, dès quelques mois de vie, l'adulte peut observer chez certains enfants qu'il vont commencer à toucher leur 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 bas abdomen. » (71) Il s'agit d'un mode d'excitation archaïque tel que décrit dans une approche sexocorporelle, là encore ces jeux exploratoires ne sont d'aucune façon accompagnés de fantasmes ou de

mentalisations érotiques puisque l'enfant est loin d'avoir les capacités de symbolisation suffisantes. (72)

Il ne s'agit pas encore de conduites masturbatoires à proprement parler, le contrôle des muscles pelviens ne le permet pas encore et on ne peut pas parler d'actes volontaires. (70)

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 leur 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 ses 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 normal (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). (73)

Le développement sexuel, est très lié au concept d'attachement développé par Bowlby et que nous reprendrons plus loin dans notre exposé. 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 sécurisé, 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. (70)

2.2/ 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 cet 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 enfants ont mentionné des comportements tel que le fait de s'embrasser ou de s'enlacer, seul 8% des enfants âgés de 6 ans et 3% des enfants âgés de 5 ans ont décrit des comportements sexualisés d'adultes. (74)

En ce qui concerne ce qu'observent les parents des comportements sexualisés de leurs enfants, l'étude de Friedrich en 2003, reprend les comportements sexuels observés par des parents d'enfants âgés de 2 à 12 ans. En ce qui concerne les garçons de 2 à 5 ans, 29,3% des parents observent qu'ils se tiennent trop proches physiquement des autres, 26,5% qu'ils touchent leur partie génitale en public, 42,4% qu'ils touchent ou essaie de toucher la poitrine de leur mère ou d'autres femmes, 60,2% touchent leurs organes génitaux à la maison et 26,8% essaient de regarder les autres lorsqu'ils sont nus ou en sous vêtements.

En ce qui concerne les filles de 2 à 5 ans, 25,8% se tiennent trop près physiquement des autres, 43,7% touchent ou essaient de toucher la poitrine de leur mère ou d'autres femmes, 43,8% touchent leurs parties sexuelles à la maison et 26,9% essaient de regarder les autres lorsqu'ils sont nus ou en sous vêtements. (75)

C'est à cet âge qu'apparaîtraient les premières conduites masturbatoires pour certains enfants (68) même si la majorité des enfants les commenceraient bien plus tard. En effet dans une étude de 2003 rapportant l'âge des premières masturbations de 154 femmes et 149 hommes, 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 rapportent. 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, marqué par la puberté, ce qui n'est pas le cas pour les femmes. (76)

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 parti 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 l'importance de ces comportements sexualisés, tout changement environnemental, comme par exemple l'arrivée d'un autre enfant, ce d'autant plus si la mère allaite peut être à l'origine d'une augmentation de comportements sexualisés . L'enfant reste distractible et ce d'autant plus qu'il grandit et comprend que ces comportements sont inappropriés notamment en public. (77)

2.3/ Développement sexuel normal entre 6 et 11 ans

Si on se réfère aux théories psychanalytiques, cette période correspond à une période de latence avec une baisse d'intérêt des enfant 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 importantes de comportements

sexualisés chez les enfants de 2 à 5 ans par rapport aux enfants âgés de 6 à 12 ans.

(78)

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'il 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. (72) (70)

Si nous reprenons les résultats de l'étude de Friedrich de 2003, en ce qui concerne les garçons de 6 à 9 ans, 39,8% des parents rapportent qu'ils touchent leur parties génitales à la maison et 20,2% qu'ils essaient de regarder les autres lorsqu'ils sont nus ou en sous vêtements. En ce qui concerne les filles de la même classe d'âge, 20,7% des parents rapportent qu'elles touchent leur partie génitale à la maison et 20,5% qu'elles essaient de regarder les autres lorsqu'ils sont nus ou en sous vêtements.

Enfin, pour les garçons et les filles âgés de 10 à 12 ans, les parents rapportent respectivement dans 24,1% et à 28,7% des cas, qu'ils/elles sont très intéressés par le sexe opposé.

Devant ces résultats il est clair que les parents rapportent effectivement moins de comportements sexuels de leurs enfants après 5 ans . (79) (74)

2.4/ Développement sexuel chez les préadolescents puis les adolescents

Une étude de 2003 auprès de jeunes adultes montrent que les premières expériences d'excitations sexuelles 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 attiré 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'apparition des premiers fantasmes sexuels, en ce qui concerne les garçons, ils apparaissent autour de 11 ans et demi. Ils apparaissent chez les filles sur une période de temps beaucoup plus large, mais là aussi la majorité (62%) d'entre elle 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. (76)

En ce qui concerne un aspect plus relationnel cette même étude a trouvé que l'âge moyen à laquelle un enfant expérimentait son premier « coup de foudre » était de 8 à 9 ans, l'âge à laquelle un enfant 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.

En ce qui concerne l'âge des premiers rapports sexuels, en France, pour les hommes, il a lieu autour de 17, 18 ans, il y a eu très peu de changement des années 20-30 aux années 70-80.

Pour les femmes par contre on note 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. (80)

Une tendance persiste cependant : le sens de ce premier rapport est différent pour un homme et une femme. Il semble que les jeunes homme 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. (81)

Il s'agit là de tendances tout comme les constatations que délivre Bozon : « 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 sentiment. Ces différences d'attitude 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. »(81)

2.5/ Au total : ce qu'il faut retenir

Le développement sexuel normal est marqué par des conduites exploratoires chez le jeune enfant et par des conduites masturbatoires chez la plupart des adolescents (82), même si ces conduites peuvent apparaître bien plus tôt chez certains notamment chez les filles. Au delà de l'observation comportementale des

enfants, au niveau cognitif, les enfants apprennent d'abord la différence des genres, puis la différence des organes génitaux selon le genre, vers 11 ans, ils commencent à avoir des connaissances sur la procréation et enfin sur les comportements sexuels adultes vers la préadolescence/adolescence.

Les comportements sexuels au sens large sont présents chez plus de 50% des enfants avant l'âge de 13 ans.(83) (76)

Les facteurs influençant le développement sexuel de l'enfant sont internes (certaines études se sont intéressées aux facteurs hormonaux et génétiques notamment ,(84) (85)mais les résultats restent incertains et nécessitent plus de recherches) et externes. En effet, l'étude des comportements sexuels que présentent les enfants diffèrent d'un pays à un autre, d'une culture à une autre. L'étude de Friedrich en 2003, compare les comportements sexuels observés par des parents d'enfants danois, suédois et américains. Les parents européens, et surtout les danois rapportent plus de comportements sexuels chez leurs enfants, à âge égal, ce qui peut s'expliquer par le fait que les enfants européens montrent plus ce genre de comportements et il est probable que les parents européens soient plus à l'aise à les rapporter.(75) (86)

Gebhard en 1977 a exploré chez des jeunes adultes l'âge à laquelle l'apprentissage des informations de base sur la sexualité adulte avait lieu. Il a comparé ses résultats avec ceux de Kinsey obtenus environ 25 ans plus tôt. Les adultes inclus dans le protocole de Gebhard se souviennent avoir compris les principes de base de la sexualité adulte beaucoup plus tôt que leur congénères, 25 ans plus tôt. Ces résultats montrent l'impact de la société en général, en effet, en 1977 et c'est encore plus le cas aujourd'hui, l'exposition à la sexualité adulte, via les médias est beaucoup plus forte. (87) (88)

Enfin le facteur externe impactant probablement le plus le développement sexuel d'un enfant est l'environnement familial dans lequel il évolue. En effet Finkelhor en 1978 a décrit 4 « types » familiaux » : les familles ayant une vision positive de la sexualité, qui répondent aux questionnements des enfants de manière adaptée, et qui leur donne une affection physique (non érotique au sens de la sexualité adulte).

Les familles ayant une vision négative de la sexualité, qui est tabou, toute émergence de questions ou manifestations de la sexualité infantile est anxiogène dans ces familles.

Les familles hypersexualisées, dans lesquelles il n'y a pas de distingo claire entre la sexualité infantile et celle des adultes. Enfin le quatrième type est représenté par les familles hyposexualisées où il n'existe pas/très peu de manifestations de la sexualité, qu'elle soit infantile ou adulte. Il est évident que le développement sexuel d'un enfant grandissant dans ces différents « types » de familles n'évoluera pas de la même façon. (89)

Nous souhaitons mettre l'accent sur les familles hypersexualisées, où l'enfant aura par exemple accès à des revues ou films pornographiques, ou que les adultes s'adonnent à des activités sexuelles de manière ouverte devant leurs enfants. Bien qu'il ne s'agisse très souvent pas d'agression sexuelle à part entière, ces enfants présentent bien souvent des troubles du développement sexuel, ces sources externes d'excitations faisant « brèches » dans leur développement, il existe bien peu d'autres domaines d'explorations aussi stimulants pour eux, ils auront tendance à explorer ce à quoi ils auront été stimulé, sur eux même et sur les autres.

3/ Les troubles du développement sexuel en lien avec la victimisation sexuelle

Nous avons mentionné qu'il était impossible de tracer une ligne claire entre les comportements sexuels exploratoires dits normaux et les comportements sexuels problématiques. Il s'agit de considérer ces comportements sur un continuum qui vont du normal au pathologique.

Pour nous aider à y voir plus clair, il existe des tableaux récapitulatifs, dont le tableau 1 (90) présenté ci dessous. Il reprend en terme de fréquence les comportements sexuels observés chez des enfants âgés de 2 à 6 ans. Devant des comportements correspondants à la catégorie 2, il s'agit d'investiguer d'abord d'éventuels facteurs favorisant (l'arrivée d'un nouvel enfant, le milieu familial, la façon dont sont administrés les soins corporels entre autre.). Pour ce qui est de la troisième catégorie, il s'agit d'investir de façon plus poussée à la recherche d'éventuelles négligences voir d'agressions sexuelles. Enfin devant des enfants qui présentent des comportements correspondants à la 4ème catégorie, il s'agit d'investigation poussée et de mettre en place une mesure de signalement auprès des services sociaux. d'emblée (information préoccupante voir signalement).

Tableau 1

Comportements normaux	Comportements moins communs	Comportements non communs	Comportements Rarement normaux
<p>- Se toucher/ se masturber en public ou en privé</p> <p>-Regarder/ essaie de toucher les parties génitales de pairs ou de quelqu'un de sa fratrie</p> <p>- Montrer ses parties génitales à ses pairs</p> <p>- Se tenir trop près physiquement des autres</p> <p>- Essaie de regarder les pairs/adultes nus</p> <p>-Comportements sont transitoires et l'enfant est distractible</p>	<p>-se frotter contre les autres</p> <p>- Essaie d'insérer sa langue quand embrasse</p> <p>- Toucher les parties génitales de ses pairs/ d'adultes</p> <p>- Mimer des mouvements associés à des actes sexuels</p> <p>- Comportements sexuels occasionnels mais persistants qui perturbent les autres</p> <p>- Ces comportements sont transitoires et répondent partiellement à la distraction</p>	<p>- Demander à des pairs/ des adultes de s'engager dans des actes sexuels</p> <p>- Insérer des objets dans le vagin ou l'anus</p> <p>- Imiter des relations sexuelles de façon explicites</p> <p>- Toucher les parties génitales d'animaux</p> <p>-Comportements qui perturbent souvent les autres</p> <p>- Comportements sont persistants et ne résistent aux distractions parentales</p>	<p>- Toute activité sexuelle qui concerne des enfants de 4 ans de différence ou plus</p> <p>- Comportements sexuels agis de manière quotidienne</p> <p>- Comportements sexuels sources de souffrance physique et/ou émotionnellement</p> <p>- Comportements sexuels associés à d'autres comportements agressifs</p> <p>- Comportements sexuels coercitifs</p> <p>- Comportements persistants et l'enfant se met en colère si quelqu'un essaie de le distraire</p>

Pour nous aider d'avantage à définir les comportements sexuels problématiques que peuvent présenter des enfants voici un autre tableau récapitulatif.

Synthèse des principaux troubles du développement de la sexualité. Tableau adapté de O'Callaghan et Print, 1994.

- Connaissance inadaptée des enfants de la sexualité adulte.
- Préoccupation/anxiété relative à la sexualité selon l'âge.
- Inhibition sexuelle (pudeur et embarras excessifs...).

- Masturbation compulsive, chronique ou publique.
- Comportements persistants de voyeurisme, d'exhibitionnisme*, de frottage.
- Introduction d'objet dans le vagin ou l'anus.
- Touchers des organes génitaux des autres sans permission.
- Menaces sexuelles explicites.
- Propos obscènes chroniques et conversations sexuelles explicites avec de jeunes enfants.
- Contacts sexuels avec des enfants significativement plus jeunes.
- Tentatives persistantes ou agressives de mettre à nu les organes génitaux des autres.
- Recherche de douleur dans les zones génitales, infliger des blessures génitales à d'autres*.
- Grossesses précoces désirées ou non désirées.
- Attitudes érotisées de préadolescent(e)s ou adolescent(e)s sans retenue.
- Troubles de l'identité sexuelle.
- Sexualité précoce instable sans retenue.
- Combinaison de sexualité et d'agressivité.
- Travestissement, fétichisme.
- Prostitution.
- Consommation pornographique.
- Utilisation de matériel pornographique à thèmes violents ou sadiques*.
- Exhibition de soi ou d'autrui, propos obscènes via l'Internet ou les téléphones portables*.
- Zoophilie*.
- Agressions sexuelles ou viols*.

*Troubles nécessitant une réponse légale.

Ce tableau (91) (92) inclut également l'inhibition sexuelle excessive, en tant que trouble du développement sexuel, en effet il semble qu'un enfant agressé sexuellement présente en général un trouble du développement sexuel qui peut se présenter sur 2 versants au niveau comportemental : soit une inhibition sexuelle majeure, soit des comportements hyper-sexualisés ou sexuels inadaptés. On ne connaît pas à ce jour les facteurs influençant le fait qu'un enfant présentent des comportements hyposexualisés/hyper-sexualisés après avoir subi une/des agression(s) sexuelle(s).

Les études se sont surtout penché sur le « deuxième versant ». Les enfants ayant été victime de violence sexuelle présentent plus de comportements sexuels, ces derniers sont plus fréquents (93) (94) surviennent plus tôt (ne correspondent pas à l'âge développemental de l'enfant) (95) (96) et sont en général coercitifs comparés à des enfants n'ayant pas subi de telles violences.

Les résultats d'une étude menée en 1985 viennent étayer nos propos. L'étude consiste en la passation de la CSBI (Child Sexual Behavior Inventory) à des enfants âgés de 2 à 12 ans, certains ayant subi des violences sexuelles et d'autres non. Des comportements sexuels problématiques ont été retrouvés de manière plus fréquente chez les enfants ayant subi des violences sexuelles. Ces comportements sexuels problématiques retrouvés consistent en : le fait de toucher les parties génitales des autres enfants, toucher les parties génitales d'animaux, demander aux autres d'avoir des relations sexuelles avec eux, se frotter les parties génitales sur d'autres personnes, insérer des objets dans le vagin ou le rectum, et le fait d'essayer de déshabiller d'autre enfants. Ces mêmes comportements étaient extrêmement rares chez les autres enfants. (97)

Dans une autre étude de 1997, Gray et ses collègues analysent les comportements sexuels problématiques présentés par des enfants âgés de 6 à 12 ans, et qui ont été victimes de violences sexuelles.

Leurs comportements étaient répétitifs, ne changeaient pas malgré l'intervention des adultes, étaient équivalents à des crimes sexuels s'ils avaient été commis par des adultes, occupaient une place très importante dans la vie de ces enfants dans toutes sortes de situations et à n'importe quel moment et comprenaient divers actes sexuels. (98)

Par ailleurs, les problématiques présentées par les enfants présentant des comportements sexuels inadaptés sont multiples, ils présentent « des difficultés importantes au niveau du développement social (déficit des habiletés sociales), comportemental (agressivité et impulsivité) et affectif (anxiété et faible estime de soi) » (99)

Ces enfants ont été exposés à une sexualité adulte bien trop tôt, ils sont « activés » sexuellement en quelques sortes, mais ne sont absolument pas émotionnellement matures. Ils confondent leurs besoins affectifs avec de l'excitation sexuelle. (100)

Pour revenir sur le cycle de la violence sexuelle sur enfants, nous abordons ici les troubles du développement sexuels réactionnels très souvent liés à des agressions sexuelles subies devant le fait que des comportements sexuels problématiques apparaissent souvent dès l'enfance d'adultes et d'adolescents agresseurs sexuels. (101)

C/ L'apport des théories cognitivo comportementales

1/ Les différents modèles existants

Finkelhor propose en 1984, un modèle de la pédophilie et du passage à l'acte sexuel sur des enfants à travers la présence de 4 facteurs :

Un premier facteur consiste en l'adéquation des besoins affectifs de la personne pédophile et les caractéristiques de l'enfant. En effet, il s'agit pour le pédophile de se sentir compris, apprécié même par des enfants. De plus, il se perçoit comme en position de contrôle voir de pouvoir sur l'enfant ce qui est loin d'être le cas avec les adultes.

Un deuxième facteur, consiste en l'attirance sexuelle qu'éprouve la personne pédophile pour les enfants (102) (103)

Un troisième facteur consiste en des défauts d'habiletés sociales retrouvées chez ces personnes, ils n'est pas possible pour eux d'envisager une relation avec leurs pairs, perçu comme rejetant, voir dangereux, ou encore supérieurs. Enfin un quatrième facteur consiste en la précipitation du/des passages à l'acte par des facteurs désinhibiteurs. Ces derniers peuvent être une alcoolisation aiguë ou encore des état affectifs dysphoriques, qui facilitent l'usage de distorsions cognitives pro pédophiliques. qui permet l'actualisation des comportements pédophiliques. A titre de désinhibiteurs, on trouve l'alcool (104) et les états dysphoriques (105) (106)

Un autre modèle de l'agression sexuelle d'un enfant a été proposé par Hirschman (107). Là aussi, ce modèle repose sur la présence de 4 facteurs. Une attirance sexuelle pour les enfants, des distorsions cognitives pro pédophiliques, des désordres au niveau affectifs, que ce soit une recrudescence anxieuse ou un fléchissement thymique et un trouble de la personnalité. En effet selon Millon 1981 et

Davis 1996, une personne présentant un trouble de la personnalité présente des mécanismes de défense inappropriés et rigides, ce qui est à l'origine de « conflits interpersonnels et engendrent des affects négatifs » (108)

Le modèle de Pithers en 1990 diffère des 2 autres modèles, il s'agit d'un modèle séquentiel, sur lequel s'appuient d'ailleurs des programmes de prévention de la récidive. (109)

Le premier élément consiste en une situation à risque au niveau affectif : la présence d'affects dépressifs, une recrudescence anxieuse ou encore de la colère.

Pour gérer ces affects négatifs, le futur agresseur peut « se réfugier » dans des fantasmes sexuelles déviantes, ce qui constitue le deuxième élément. (110)

Le troisième élément consiste en l'activation de distorsions cognitives justifiant le passage à l'acte.

Enfin le quatrième élément consiste en la planification du passage à l'acte, cette séquence se termine par l'agression sexuelle sur enfant.

2 autres modèles séquentiels ont été décrits, le premier par Ward, Loudon et Marshall en 1995. Les séquences délictuelles de 26 auteurs de violence sexuelle sur enfants ont été analysées. Les résultats consistent en 2 types de séquences : la première consiste en un affect positif (joie par exemple), qui active des fantasmes sexuelles déviantes, ce qui permet via des distorsions cognitives pro pédophiliques et une planification explicite, un passage à l'acte. Ce dernier est de longue durée, avec un faible niveau de coercition.

La deuxième séquence trouvée part d'un affect négatif (un affect dépressif, une recrudescence anxieuse par exemple), un élément désinhibiteur (alcoolisation aiguë par exemple), des distorsions cognitives pro pédophiliques, une planification implicite et un passage à l'acte de courte durée, avec un niveau de coercition élevé. (111)

Le second modèle séquentiel est conçu par Proulx, Perreult et Ouimet en 1999 (112). Il est le résultats de l'analyse des séquences délictuelles de 44 auteurs de violences sexuelles d'enfants uniquement extra-familiaux cette fois. Là aussi le modèle se base sur 2 séquences délictuelles qui sont en fait très similaires aux séquences de Ward, les différences étant que Proulx ne parle pas de l'état affectif du sujet juste avant qu'il ne commette l'agression, il différencie cependant le fait que sur la première séquence l'infraction est longue et ne comporte en général pas de pénétration, la coercition est faible, alors que la deuxième séquence de courte durée comporte des activités coitales et un niveau de coercition élevé. (113)

Ces modèles sont certes intéressants dans le sens où il s'agit de mieux comprendre l'agression sexuelle sur des enfants pour prendre en charge les auteurs. Dans le cadre de notre travail cependant, nous proposons de faire le lien entre victimisation sexuelle dans l'enfance et passage à l'acte sexuelle sur des enfants. Pour cela nous allons reprendre les facteurs/ éléments de ces modèles et essayer de réfléchir à leurs origines. Nous commencerons par les distorsions cognitives retrouvées chez les auteurs de violences sexuelles sur enfants.

2/ Les distorsions cognitives

Beck est le premier à utiliser le terme de « distorsions cognitives » (114) il les définit comme un « contenu de pensée idiosyncrasique reflétant des conceptualisations irréalistes ou déformées ». En effet, ces distorsions correspondent à des transformations mentales incorrectes, elles ne correspondent pas à une réalité objective perçue par la majorité des personnes extérieures. (115) (116)

Les premiers articles sur les distorsions cognitives dans le domaine des violences sexuelles se focalisent sur les cognitions post passage à l'acte. C'est ce que reproche Ward dans un article datant de 1997 à ses prédécesseurs. (117)

Dans cet article Ward amène le concept de « cognitions sociales », il s'agit de décortiquer les distorsions cognitives en contenus/croyances à l'origine de processus eux même à l'origine de comportements sociaux.

Ces cognitions sociales seraient présentes chez chacun d'entre nous, ce qui différencie les auteurs de violences sexuelles en général serait le contenu/ croyances erronées. En effet les agresseurs sexuelles d'enfants par exemple, voient ces derniers comme des êtres sexuels à part entière qui désirent avoir des relations sexuelles avec les adultes. Il s'agit d'un contenu erroné. (118)

A partir de ces pensées erronées, certains processus se mettent en place. Murphy (119) en décrit trois types retrouvés chez les auteurs de violence sexuelle en général :

le premier processus consisterait à justifier sa conduite, à la rendre permisible moralement et à la justifier psychologiquement.

Le deuxième consiste en la minimisation voir le déni de tout caractère traumatisant pour la victime ou le fait de croire que les conséquences sont même au bénéfice de la victime.

Le troisième consiste en l'attribution de la responsabilité du passage à l'acte à la victime.

Ces processus ne sont pas dysfonctionnels en soi, mais sont basés sur une croyance dysfonctionnelle . En effet, si les enfants sont des êtres sexuels qui désirent des relations sexuelles avec des adultes et les demandent, celles ci sont permises, il n'y a pas de conséquences traumatiques sur ces derniers, et l'agresseur

peut effectivement penser que l'enfant est responsable du passage à l'acte et que lui n'a fait qu'accéder à sa demande.

D'ailleurs Maruna insiste sur le fait qu'il s'agit de prioriser le contenu des distorsions cognitives dans la prise en charge des auteurs de violences sexuelles. Il critique le fait que très souvent les thérapies insistent sur le traitement des « processus », afin que l'agresseur sexuel puisse reconnaître la pleine et entière responsabilité de ses actes. Hors le fait d'attribuer l'infraction sexuelle à des facteurs externes partiellement ou totalement ne semble pas avoir d'impact sur le taux de récurrence. Le fait de s'attarder prioritairement sur l'importance pour l'agresseur de se reconnaître pleinement responsable du passage à l'acte peut même s'avérer contre productif. En effet, si l'agression sexuelle est uniquement due à des facteurs internes, stables et non au moins en partie à des facteurs externes et changeants, cela n'invite pas aux changements, l'auteur peut devenir fataliste même et mettre en avant des « cognitions toxiques » (« de toute façon c'est moi qui suis comme ça, je suis mauvais et puis c'est tout ») qui empêchent ou tout du moins freine toute thérapie et perspective de changement.

Ce qui importe donc est de s'attarder sur les croyances et contenu, notamment le fait que les enfants soient perçus comme des êtres sexuels désirant des rapports sexuels avec les adultes, ce qui est retrouvé de manière constante chez les agresseurs sexuels d'enfants. Il s'agit là d'ailleurs d'un facteur influant les taux de récurrences. (120) (121) (122) (123)

Il est impossible d'envisager l'étude des distorsions cognitives sans se pencher sur la part affective/ motivationnelle.

Dans une étude de 1993, Ward et son équipe ont demandé à des agresseurs sexuels d'enfant d'identifier les raisons pour lesquelles ils avaient agressé sexuellement. Les 2 réponses principales retrouvées étaient de l'excitation sexuelle et le besoin d'intimité. (124)

Par ailleurs nous l'avons déjà abordé en exposant différents modèles de l'agression sexuelle, mais l'état affectif dans lequel se trouve le futur agresseur semble avoir un impact important dans la chaîne délictuelle. (125)

Pithers, en 1990, a identifié des états affectifs négatifs en tant que précurseurs communs dans la récurrence d'hommes qui essayaient justement d'arrêter leur comportement délictueux. (126)

Ward et ses collègues ont par la suite employé le terme de « théories implicites ». L'idée étant que ces théories implicites sont ce qui permet à chacun de se représenter ce que vit l'autre, à travers son/ses comportements.

Par exemple devant quelqu'un qui évite toute situation sociale, il est légitime de penser qu'il a peut-être peur d'être rejeté par les autres ou qu'il a des doutes quant à la confiance qu'il peut accorder aux autres. Ce concept rejoint la théorie de l'esprit.

Dans le domaine des violences sexuelles sur enfants, les théories implicites présentes chez les auteurs leur permettent de voir une intention sexuelle derrière des comportements quotidiens « banaux » chez un enfant. Par exemple un enfant qui viendrait s'asseoir sur les genoux d'un adulte ou exposerait ses sous-vêtements en jouant ou encore viendrait chercher du réconfort auprès d'un adulte sont interprétés comme autant de preuves que l'enfant en question est en fait attiré

sexuellement par l'adulte voir qu'il cherche en réalité à avoir un rapport sexuel avec ce dernier.

Par ailleurs il s'agit ici d'un exemple, basé sur l'idée que l'enfant est vu comme un être sexuel à part entière mais d'autres théories implicites sont possibles chez les agresseurs sexuels d'enfants, notamment les théories implicites basées sur l'idée que l'enfant peut être une source d'amour et de soutien émotionnel dans un monde perçu comme hostile voir menaçant. (127)

D'ailleurs Ward et Keenan ont proposé 5 théories implicites, basées sur l'analyse d'entretiens auprès de 22 agresseurs sexuels d'enfants.

Ces théories implicites consistent en :

-Le fait de voir les enfants comme des êtres sexuels, ils sont perçus comme capable d'engager des activités sexuelles avec les adultes

-Le fait de croire qu'un acte sexuel avec un enfant ne lui cause aucun tort voir même qu'il en bénéficie

-L'agresseur sexuel d'enfant se croit en droit de passer à l'acte, il se croit « tout permis », même parfois supérieur et plus important que les autres. Il aurait le droit d'avoir des relations sexuelles avec qui il veut, quand il veut. (ce qui est contraire à ce que d'autres auteurs ont pu écrire, à savoir que de nombreux auteurs de violence sexuelle sur des enfants se voient comme « inférieur » à leur pairs et se tournent vers les enfants par « défaut »)

-Il perçoit le monde comme incontrôlable, il croit donc que les circonstances amenant à l'infraction sexuelle sont hors de contrôle.

- Enfin, il perçoit les autres comme dangereux, rejetant et abusifs, il conclut donc qu'il doit se battre pour regagner un contrôle, il s'agit du principe de « la loi du plus fort ».

Dans le cadre de cette étude il est intéressant de constater qu'il existe une différence entre les auteurs de violences sexuelles sur enfants ayant été eux même été victimes qui perçoivent le monde environnant comme clairement plus hostile que les auteurs de telles violences sans antécédents de victimisation sexuelle. (128)

D'ailleurs, les théories implicites retrouvées chez les auteurs de violences sexuelle sur enfants se rapprochent du concept de schémas précoces inadaptés de Beck puis de Young, notamment en ce qui concerne les schémas d'abus et de méfiance et de droits personnels et dominance, respectivement secondaires à des carences affectives et éducationnelles dans la prime enfance.

Le terme de schéma correspond à des « éléments organisés à partir des expériences et des réactions du passé, qui forment un ensemble de connaissances relativement cohérent et durable, capable de guider les perceptions et les évaluations subséquentes » (129). Il s'agit d'une structure stable et durable dans le temps qui contient des croyances sur soi, le monde et les autres. (130)

Les caractéristiques des schémas précoces inadaptés selon Young sont :

Qu'ils s'appuient sur « des vérités essentielles, absolues et suffisantes, qu'ils se perpétuent et sont difficiles à modifier, qu'ils sont par définition dysfonctionnels et peuvent entraîner des troubles de l'axe I et des problèmes personnels et interpersonnels, qu'ils sont activés par des événements environnementaux qui ont rapport aux schémas particuliers, et qu'ils sont le résultat d'expériences répétées très tôt dans l'enfance ». (131)

D'ailleurs de nombreuses recherches ont exploré le lien entre expériences traumatiques dans l'enfance et la présence de schémas précoces inadaptés.

En réalité, ces schémas qui se trouvent être inadaptés à l'âge adulte, sont le fruit de tentative d'adaptation dans un environnement précoce carencé voir maltraitant.

En effet, un enfant peut avoir construit sa « théorie implicite » ou un schéma initial qui lui permette de prédire les comportements abusifs de ses proches, dans ce contexte, la capacité à attribuer à ses proches des intentions malveillantes afin d'anticiper des abus semble correspondre à un système adaptatif nécessaire.

Ce même enfant devenu adulte, plongé dans un environnement exempt de toute violence interpersonnelle, sera plus a même à se méfier des autres et à leur attribuer des attentions malveillantes voir menaçantes et pourrait de ce fait éviter tout contact ou même être agressif envers les autres, ce qui impacte forcément ses futures relations interpersonnelles. Ce mécanisme est autorenforceur, puisque ces schémas/théories sont à l'origine de comportements méfiants voir d'une agressivité qui seront à leur tour à l'origine d'un probable rejet des autres, ce qui renforcera le schéma/théorie précoce inadapté. (127) (117) (132) (133)

En effet, pour les personnes sujettes aux schémas précoces inadaptés, le futur est une répétition du passé. Les schémas inadaptés peuvent se construire sur un mode victime/abuseur qui était d'actualité dans le contexte familial, dans l'enfance. Il est légitime de penser que pour l'enfant victime, devant un modèle maltraitant familial peut faire le lien entre attachement et abus, ses distorsions cognitives peuvent s'appuyer sur l'idée qu'il faille être abusé ou abuser pour s'attacher à quelqu'un.

Certaines études se sont attardées sur le lien entre traumatismes sexuelles dans l'enfance et schémas précoces inadaptés. L'une d'entre elle a lié la revictimisation d'anciennes victimes de traumatismes sexuelles dans l'enfance, phénomène fréquent à des schémas inadaptés liée à cette victimisation. Ces résultats sont d'autant plus intéressants que certains mécanismes à l'origine du phénomène de

revictimisation chez les personnes ayant été victimes de violence sexuelles dans l'enfance sont probablement similaires aux mécanismes trouvés dans le cycle de la violence sexuelles sur enfants. Dans les 2 cas, il s'agit à travers des passages à l'acte de phénomène de répétition du traumatisme. (134)

Dans le cas spécifique des auteurs de violences sexuelles sur des enfants, violences « légitimées » en grande partie par la croyance chez ces derniers qu'un enfant est un être sexuel à part entière et qu'il veut probablement avoir des relations sexuelles avec les adultes, il est difficile de ne pas faire le lien avec leur propre expérience de victimisation sexuelle présente dans plus de la moitié des cas voir plus (cf chapitre épidémiologie)

En effet, le fait d'avoir eu des relations sexuelles avec un adulte peut ne pas avoir été vécu comme traumatisant. Les enfants sont « excitables sexuellement », ils sont physiologiquement capables pour certains au moins, de « jouir » d'une relation sexuelle quand bien même cette dernière leur est imposé par un adulte. Il est même probable que le fait d'avoir été excité sexuellement lors de la victimisation sexuelle soit à l'origine d'un désir de la part de l'enfant victimisé de réitérer l'expérience. Nous pouvons parler « d'identification à la victime », puisque si ces mécanismes s'avèrent exactes, l'adulte devenu agresseur sexuel d'enfant, attribue à sa victime des envies sexuelles qu'il a lui même eu étant enfants.

Ce dernier paragraphe, n'a pas de fondement scientifique, il n'existe aucune recherche à notre connaissance ayant aborder de manière spécifique les liens entre victimisation sexuelle dans l'enfance et la présence de schémas précoces inadaptés à l'origine de passage à l'acte sexuel sur enfants.

3/ Les théories comportementales

Les théories comportementales se basent sur l'observation des comportements observables. Ces comportements sont liés à l'environnement et à l'interaction d'un individu avec ce dernier. Le « comportementalisme » se base sur les théories de l'apprentissage comportant 3 types de conditionnement

Le conditionnement classique découvert par Pavlov en début du 20ème siècle.

Une réponse conditionnelle se construit à l'aide d'un stimulus inconditionnel (à l'origine d'une réponse inconditionnelle) associé à un stimulus conditionnel. Chez un enfant ayant subi une agression sexuelle, ce dernier est sensible à l'excitation sexuelle, il peut même jouir de l'expérience même si cette dernière lui est imposée. Ainsi l'excitation voir le plaisir sexuel est couplé au comportement sexuel déviant, ce dernier se répète.

Le conditionnement opérant décrit par Skinner « est l'apprentissage d'un comportement en fonction des conséquences qui résultent de l'action de l'organisme sur l'environnement » (135)

Il est possible qu'une agression sexuelle commise sur un enfant soit couplé à des renforçateurs positifs (par ex : l'agresseur qui met en place un système de récompense via des cadeaux, des bonbons, ou encore de l'attention dans un milieu carencé...) qui n'ont pas forcément de lien avec l'aspect sexuel du comportement.

Le comportement sexuel déviant risque d'être de ce fait renforcé et reproduit par la victime qui devient alors auteur.

Enfin la théorie de l'apprentissage social pas imitation décrite par Banduras en 1977 (dont l'apprentissage vicariant fait parti) explique la présence de comportements sexuels déviants chez les auteurs de violence sexuelle de surcroît sur des enfants, par le simple fait qu'ils imitent un/des modèles de comportements sexuels déviants dont ils ont été témoin dans leur enfance. Ainsi la pratique de comportements sexuels déviants viendrait de l'exposition à de tels comportements dans l'enfance.

(136) (70)

Les résultats d'une étude de 2000 vient supporter l'apport des théories comportementales dans le cycle de la violence sexuelle sur des enfants, notamment la théorie sociale de l'apprentissage par imitation.

En effet dans la cadre de cette étude, les participants ayant été abusé sexuellement avant l'âge de 5 ans étaient 2 fois plus à risque d'abuser à leur tour un enfant de moins de 5 ans, il présentaient également un risque 2 fois plus élevé d'agresser des garçons s'ils avaient été agressé par un sujet de sexe masculin. Les personnes qui ont été victimes de pénétrations anales présentaient un risque 15 fois plus élevé d'agresser leur victime de cette manière, s'il s'agissait de caresses, ils présentaient un risque 7 fois plus élevé d'agresser leur victime de cette manière. Les résultats de cette étude vont dans le sens d'une répétition des agressions sexuelles subies chez les agresseurs sexuel d'enfants. (137)

Une autre étude vient supporter les théories d'apprentissage par conditionnement précédemment décrites, dans le cadre du cycle de la violence sexuelles sur enfants.

L'étude consistait à explorer les facteurs protecteurs empêchant des victimes de violences sexuelles dans l'enfance de rentrer dans un cycle victime/auteur.

Il s'agit d'une étude comparative, avec un groupe victime de violence sexuelle dans l'enfance devenu auteur de ces mêmes violence et un groupe de même, victime mais qui ne présentait aucun antécédent d'agressions sexuelles sur enfants. Ce dernier groupe rapportait moins de masturbation ou de fantaisies en lien avec les actes subis, il rapportait également avoir ressenti moins de « gratification » sexuelle durant l'/les agressions subie(s). (138) (70)

4/ Les fantaisies sexuelles déviantes

De nombreux travaux ont insisté sur le rôle important que jouent les fantaisies sexuelles déviantes dans les infractions sexuelles. (139) (140)

Dans le cadre de ces travaux, la plupart des auteurs pensent que ces fantaisies sexuelles déviantes puisent leur origine d'expériences négatives précoces, particulièrement les agressions sexuelles dans l'enfance. (141) (142)

En effet selon les résultats d'une recherche de 1994, les femmes présentant des antécédents de victimisation sexuelle dans l'enfance présentent plus de fantaisies sexuelles déviantes de relations sexuelles forcées que les femmes ne présentant pas de tels antécédents. La place que prend ces fantaisies est corrélée à l'âge auquel la violence sexuelle a eu lieu et à la sévérité des agressions subies. (143)

Dans une autre étude, les résultats sont similaires, avec l'apparition de fantaisies sexuelles déviantes de manière plus précoce, de manière plus envahissante et dépeignant des relations sexuelles forcées sous le contrôle de quelqu'un, fantaisies beaucoup plus explicites que chez des femmes n'ayant pas d'antécédents de

victimisation sexuelle. De plus les femmes ayant subie de la violence physique ne présente pas ces fantasmes sexuelles. Il semble donc que ce genre de fantasmes sexuelles déviantes soient spécifiquement le résultat d'antécédents de victimisation sexuelle dans l'enfance. (144)

Ces 2 études montrent le rôle de la victimisation sexuelle dans l'enfance dans la genèse de fantasmes sexuelles déviantes probablement à l'origine du phénomène de revictimisation sexuelle chez de nombreuses femmes.

En ce qui concerne le cycle de la violence sexuelle sur enfants, autrement dit d'anciennes victimes de violence sexuelle dans l'enfance devenant auteur de ces mêmes violences, une autre étude concernant des hommes, a comparé des hommes ayant été agressé sexuellement dans l'enfance avec des hommes n'ayant pas ce genre d'antécédents. Les résultats montrent que le premier groupe était plus sujet à des fantasmes sexuelles déviantes dépeignant des contacts sexuels entre des adultes et des jeunes garçons. (145)

Les fantasmes sexuelles tiennent une place importante dans la sexualité adulte dite « normale », ceci doit être d'autant plus vrai pour les fantasmes sexuelles déviantes chez les auteurs de violences sexuelles.

Il semble que les fantasmes sexuelles déviantes représentent en réalité un « refuge » ou un échappatoire pour faire face à la souffrance engendrée par la réalité (post traumatique dans l'enfance notamment).

En effet, nous revenons sur des modèles cognitivo-comportementaux exposés plus haut, notamment certaines séquences délictuelles (146). Pour faire face à un affect

négatif (dépression, anxiété, colère ...) le futur auteur de violence sexuelle va « s'échapper » dans son monde interne fait de fantaisies sexuelles déviantes, ce qui peut lui procurer une sensation de plaisir, de reprise de contrôle, augmenter son estime de soi ou encore colmater ses « failles ».

Cet échappatoire ne constitue cependant qu'une solution partielle et très temporaire, le recours à ces fantaisies ne résout en rien, les causes de la détresse affective.

Devant l'apaisement procuré cependant, l'individu est très sujet à réutiliser régulièrement voir de manière crescendo ce refuge que constitue ces fantaisies sexuelles déviantes, il est possible que la limite entre fantasmes et réalité devienne floue par la suite, précipitant une infraction à caractère sexuelle.(148) (40)

5/ Défauts des habiletés sociales

Selon les résultats d'une étude de 1985, les agresseurs sexuels d'enfants ont plus de difficultés dans les interactions hétérosexuelles et sont moins assertifs que les violeurs d'adultes. (149)

Les agresseurs sexuels d'enfants seraient donc en difficultés dans les relations interpersonnelles non seulement par rapport à la population générale mais également par rapport à d'autres types d'auteurs de violence sexuelle, ce qui d'ailleurs explique en partie le choix qu'ils font, de se tourner vers des enfants en tant que partenaires sexuel devant l'impossibilité pour eux d'avoir des relations intimes avec des adultes.

Ce défaut d'habiletés sociales que présente les agresseurs sexuels d'enfants ne peut s'expliquer (tout comme la plupart des facteurs impactant dans le cycle de la violence sexuelle sur des enfants) uniquement par la victimisation sexuelle vécu dans l'enfance pour une majorité d'entre eux.

Les difficultés que rencontrent les agresseurs sexuels d'enfants dans les relations interpersonnelles ont été en partie expliquées dans le chapitre distorsions cognitives, avec la théorie des schémas précoces inadaptés notamment, ces derniers tirant leur origine dans les expériences traumatiques précoces.

La manière dont chacun se perçoit et perçoit les autres constitue les bases pour des relations sociales futures. Ces bases dépendent des relations d'attachement précoces que l'enfant entretient avec ses figures d'attachement. Il est donc pertinent de revenir sur la théorie de l'attachement de Bowlby qui permet de mieux comprendre comment les agresseurs sexuels d'enfants présentent un défaut des habiletés sociales. Nous revenons sur cette théorie en tant que probable facteur impactant liant la victimisation sexuelle au passage à l'acte sexuel plus loin dans notre travail. (150)

D/ Autres pistes de réflexions

Nous l'avons déjà abordé précédemment, à la recherche de pistes quand aux facteurs impactant liant la victimisation sexuelle au passage à l'acte sexuelle sur mineur nous nous sommes appuyés sur un article de 2003 sur le sujet qui avançait 3 hypothèses quand à ces facteurs intervenants probablement dans le cycle de la violence sexuelle :

Les troubles de l'attachement, les caractéristiques de la violence sexuelle subie et les troubles dissociatifs(13).

Il s'agit ici d'aborder l'état des connaissances actuelles sur le lien entre chacun de ces facteurs et les violences sexuelles sur mineurs.

1/ Les caractéristiques de la violence sexuelle subie

De multiples études ont étudiés le lien entre les caractéristiques des agressions sexuelles subies et l'impact en terme de degrés de dissociation retrouvée chez les victimes.

Selon les études, plus l'acte est sévère (viols plutôt que des attouchements) (151) (152) , voir si ces actes sont associés à de la violence physique (153), plus l'âge de la victime est précoce (151) (46), plus il y a d'agresseurs (153) (154) (50), plus l'agresseur est « proche » de la victime (un parent par exemple) (156) (157)et plus la situation d'agressions sexuelles se perpétue sur la durée (153)plus les troubles dissociatifs seront sévères.

Les caractéristiques des violences sexuelles subies en tant que facteur impactant dans le cycle de la violence sexuelle en général ont été exploré dans 2 études à notre connaissance, dans la première, l'étude trouve des antécédents de victimisation sexuelle commis sur une durée plus longue dans le groupe de femmes devenues auteurs de violences sexuelles comparé au groupe de femmes non auteurs (158). La deuxième recherche consiste en une étude comparative entre un groupe de délinquants non sexuel et un groupe de délinquants sexuel, ces derniers se sont avérés avoir été victimes de violence sexuelle sur une durée plus importante, leurs agresseurs étaient des personnes plus proches au niveau relationnel, ils étaient plus souvent agressés par des hommes et la victimisation sexuelle s'est avérée être plus violente que pour le groupe témoin. (159)

2/ Les troubles de l'attachement

2.1/ Brefs rappels sur la théorie de l'attachement

L'attachement est défini par Bowlby comme le lien entre un enfant et ses parents ou son principal gardien qui procure à l'enfant un sentiment de sécurité.(160)

Cette base sécurisante permet à l'enfant de se concentrer sur le monde environnant et de développer ses capacités exploratoires. Il s'agit dans ce cas d'un attachement dit sécurisé. Ce type d'attachement permet à l'enfant en développement de construire une image de soi positive, les relations d'attachements sécurisés forment la base pour les relations sociales ultérieures avec les pairs.

A contrario l'attachement dit insécure est communément divisé en 3 types depuis les travaux de M. Main et J. Salomon (1986) (161)

Un premier type est qualifié d'évitant, l'enfant présente alors un comportement indifférent, voire évitant envers sa figure d'attachement, cette dernière n'étant pas considérée par ce dernier comme « sécurisante ». Ne sachant pas vers qui se tourner en cas de détresse, il s'agit d'enfants qui ont en quelque sorte « éteints » leur système d'attachement, qui manifestent peu d'émotions, qui se tournent vers l'exploration et donnent l'impression d'une autonomie précoce. De même cette base servira là aussi de modèle dans leurs relations futures, avec un fonctionnement détaché, l'évitement de toutes relations intimes. 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.

Un deuxième type est qualifié de préoccupé/ambivalent. L'enfant présente une hyper-activation 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. De même à 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).

Enfin le dernier type d'attachement dit désorganisé, correspond à des comportements incompréhensibles, des attitudes contradictoires vis à vis de la figure d'attachement, ce qui témoigne de l'absence de construction d'un système d'attachement cohérent. Ce type d'attachement inséure se retrouve chez des enfants de parents maltraitants. De même ces enfants aux comportements incompréhensibles perpétuent très souvent ce modèle à l'âge adulte.

2.2/ L'attachement chez les auteurs de violences sexuelles

De nombreuses études se sont penchées sur les troubles de l'attachement que présentent les auteurs de violence sexuelle en général. Elles concluent toutes à une prévalence bien plus élevée d'attachement inséure chez les auteurs de violence sexuelle par rapport à la population générale.(162) (163) (164)

En ce qui concerne les auteurs de violences sexuelles sur enfants, une étude a trouvé que jusqu'à 93% des agresseurs sexuels sur enfants présentaient un attachement inséure. (165)

Cependant, la plupart des recherches concluent qu'il n'existe pas de différences significatives en terme de troubles de l'attachement entre les différents types d'agresseurs sexuels. (166)

Une étude a toutefois trouvé que les auteurs de violences sexuelles sur enfants présentaient plus d'attachement de type préoccupé/ambivalent alors que les auteurs

de violences sexuelles sur adultes présentaient plus d'attachement de type anxieux/évitant.(163) 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. (167) 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. (168) (48)

La recherche a donc exploré de façon extensive les troubles de l'attachement présentés par les auteurs de violences sexuelles, mais nous n'avons trouvé aucune étude explorant spécifiquement l'attachement en tant que facteur impactant dans le cycle de la violence sexuelle, qui plus est sur des enfants.

Au delà de la théorie de l'attachement à proprement parlé, c'est tout le système relationnel issu de cet attachement qui importe, en effet un enfant qui présentait un attachement sécure avant un abus sexuel aura plus tendance dans cette situation de détresse à chercher de l'aide qu'un enfant qui présentait déjà un attachement insécure qui ne sera pas vers qui se tourner pour chercher de l'aide, et mettra probablement en place d'autres mécanismes adaptatifs, en se dissociant notamment. Il semble exister un lien entre attachement et dissociation. Pour aborder justement cette troisième variable que représentent les troubles dissociatifs, il nous a parut opportun de faire un rappelsur la notion de psychotraumatisme puis de troubles dissociatifs.

3/ La dissociation

3.1/ Brefs rappels historiques du concept de psycho-traumatologie et naissance du concept de dissociation

Les premières descriptions cliniques remontent à l'antiquité, avec ce qui ressemble à des cauchemars traumatiques, dans le "traité des songes" écrit par Hippocrate où il décrit des rêves de guerriers "en pleine bataille", Lucrèce chez les romains écrit sur des faits similaires. Des siècles plus tard, à l'époque médiévale, Froissard dans ses "chroniques" en 1388 décrit les cauchemars somnambuliques du chevalier Pierre de Béarn, où durant son sommeil, se croyant en pleine bataille, il brandissait son épée.(169)

A l'époque de la renaissance, notamment lors des guerres de religion le roi Charles IX décrit les horreurs du massacre de la saint Barthélémy dont il a été témoin, et qu'il revit "nuit et jour". Au fil des siècles et des guerres, les récits et descriptions cliniques de cas de psycho-traumatisme chez les soldats se succèdent, il faudra attendre 1888 cependant pour introduire une entité diagnostique nouvelle "la névrose traumatique" décrite par Oppenheim. Elle se caractérise par "le souvenir obsédant de l'accident, les troubles du sommeil, les cauchemars de reviviscence, les phobies électives (notamment la phobie du chemin de fer, d'actualité à l'époque) et la labilité émotionnelle", nous retrouvons là, les symptômes cardinaux de l'état de stress post traumatique tel que décrit dans nos classifications modernes. Nous devons d'ailleurs à Oppenheim également la notion que "la névrose traumatique" est provoquée par l'effroi (*shreck* en allemand). (170)

Pour revenir aux traumatismes sexuels, les premiers cas rapportés d'agressions sur enfants remontent aux années 1840 en France. Ces cas de plus en

plus nombreux “alertent l’opinion sur ce qu’on pourrait appeler “traumatisme civil”.

(171)

Par la suite, toujours à la fin du 19eme siècle, un concept nouveau apparaît, celui de dissociation.

P. Janet, psychologue français, inspiré par T. Ribot, définit la dissociation chez des patients “hystériques” notamment, comme un rétrécissement du champ de la conscience, suite à des émotions extrêmes ou par épuisement, qui est à l’origine d’un défaut de synthèse des phénomènes psychologiques. Ces derniers sont donc “dissociés”, certains phénomènes étant enregistrés dans la conscience et d’autres dans le subconscient. Ces pensées, émotions et comportements dissociés peuvent faire éruption par la suite, ce qui est à l’origine de la symptomatologie traumatique, définie comme hystérique à l’époque, même si pour Janet ce concept de dissociation, se met en place chez les patients hystériques certes, mais dans un sens plus large dans la pathologie mentale en général.(172)

Freud et Breuer se sont inspirés des travaux de Janet, mais s’en sont éloignés, en affirmant que la dissociation n’est pas le fruit d’une faiblesse du moi comme l’affirmait Janet, mais est le fruit d’une répression active de la part du moi de souvenirs traumatiques douloureux, autrement dit qu’il s’agit d’un mécanisme de défense, ainsi naît le concept de refoulement.(173) (174)

Reprenons la distinction que fait Hilgard entre le refoulement et la dissociation : le refoulement décrit par Freud correspond à une séparation horizontale: entre le moi et le ça, dans la dissociation la séparation est verticale à l’intérieur du moi.(175)

Il est intéressant cependant d’envisager ces phénomènes de dissociations aiguës non pas comme un mécanisme de défense au sens psychanalytique du

terme mais bien comme une réaction de défense chez un individu dépassé par l'événement traumatique. Les approches évolutionnistes évoquent d'ailleurs un mécanisme adaptatif (coping) face à un "danger vital".(174)

3.2/ Définition de la dissociation

Il est difficile pour les professionnels aujourd'hui d'avoir une vision claire du concept de dissociation dans le cadre du psychotraumatisme, en effet le terme dissociation, particulièrement en France, est associée au terme de Bleuler "spaltung" qui signifie "scission" et fait référence à l'axe principal de la schizophrénie, hors en pratique, la dissociation « schizophrénique » correspond à une fragmentation des fonctions psychiques alors que la dissociation décrite par Janet correspond elle à une compartimentalisation de ces mêmes fonctions psychiques restées intègres. (174)

Une définition générale et actuelle de la dissociation consiste en la désunion de fonctions normalement intégrées que sont la conscience, la mémoire, l'identité ou la perception de l'environnement. Définition qui est très proche de celle de Janet.

Les auteurs américains définissent la dissociation sur un continuum allant par "exemple d'un sentiment de dépersonnalisation/déréalisation à une double identité ou "trouble dissociatif de l'identité" (selon la définition du DSM 5).

Reprenons d'ailleurs les troubles dissociatifs définis selon les classifications actuelles afin de définir notamment ce qu'est la dépersonnalisation/déréalisation ou encore le trouble dissociatif de l'identité.

Dans le DSM4, (176) 5 troubles dissociatifs sont identifiés :

- L'amnésie dissociative correspond à une perte partielle ou totale d'événements d'une période circonscrite (pouvant aller de quelques heures à quelques années)
- la fugue dissociative correspond à une fugue de son domicile ou encore de son lieu de travail, ainsi que d'une perte de la connaissance de son identité, cette dernière est remplacée par une autre. Une fois l'épisode terminée, il existe une amnésie des faits.
- le trouble dissociatif de l'identité, le sujet présente 2 ou plusieurs identités ou « états de personnalité », distincts qui prennent le contrôle du comportement du sujet à tour de rôle. Le sujet est dans l'incapacité à évoquer certains souvenirs et ce dernier point de s'explique pas par une mauvaise mémoire.
- le trouble de la dépersonnalisation correspond à un sentiment prolongé et récurrent de détachement de son propre corps, l'appréciation de la réalité reste cependant intacte.
- le trouble non spécifié correspond à un symptôme dissociatif mais qui ne répond pas aux critères d'autres troubles dissociatifs spécifiques.

Il existe de nombreux changements dans le DSM 5 : (177)

En ce qui concerne la définition des troubles dissociatifs, elle est plus explicite et stipule que la dissociation ne peut être assimilée à des pratiques culturelles et religieuses admises. De plus, le DSM5 insiste sur la perturbation du fait de ces troubles, qui est à l'origine d'une souffrance ou d'une altération du fonctionnement de l'individu atteint.

La fugue dissociative est considérée comme un sous type de l'amnésie dissociative.

La déréalisation qui correspond jusque là à un sous critère des troubles dissociatifs non spécifiés dans le DSM4, rejoint la déréalisation pour former le

« trouble de dépersonnalisation/déréalisation ». La déréalisation est définie comme une/des expérience(s) non réelles ou comme un détachement de l'environnement. Il est spécifié que ce trouble n'est pas secondaire à un abus d'alcool ou la prise d'un médicament ou encore du à une maladie.

« Les troubles dissociatifs non spécifiés » du DSM4 sont divisés en « autre trouble dissociatif spécifiés » et « autre trouble dissociatif non spécifié ».

La première catégorie est composée des syndromes chroniques et récurrents de symptômes dissociatifs mixtes la perturbation de l'identité due à une persuasion coercitive intense et prolongée (lavage de cerveau par exemple), les réactions dissociatives aiguës à des événements stressant (cf sous chapitre dissociation aiguë) et la transe dissociative. un trouble pathologique distinct des phénomènes de transe culturelle largement admise.

Le « trouble dissociatif non spécifié » consiste en des phénomènes dissociatifs dont des critères manquent pour correspondre à une autre catégorie.

En ce qui concerne la CIM10, celle ci diffère. En effet elle inclut des symptômes dits « conversifs » faisant partis des troubles somatoformes dans le DSM, tels que les paralysies ou encore les troubles sensitifs/sensoriels au sein des troubles dissociatifs. (178) (179)

Pour faciliter le concept de dissociation, nous allons séparer les descriptions de dissociation aiguë et de dissociation chronique ou structurelle, tout en étant bien conscient qu'il s'agit bien d'un continuum, qu'il n'existe pas de « cut off clair » entre ces 2 concepts malgré les états de stress aigu et les états de stress post traumatique définis respectivement à moins et plus d'un mois selon les classifications actuelles.

3.2.1/ Dissociation aiguë

La dissociation aiguë se définit par des mécanismes qui se mettent en route au moment de l'événement traumatique et qui définissent les troubles immédiats brefs et état de stress aigu du DSM4. (176)

Les manifestations cliniques de la dissociation aiguë consistent en :

- La dépersonnalisation ou " altération de la perception ou du vécu de soi-même avec un sentiment de détachement et l'impression d'être un observateur extérieur de son corps ou de son fonctionnement mental" (DSM4).
- Une impression de déréalisation ou "altération de la perception ou du vécu du monde extérieur qui paraît étrange ou irréel (DSM4) (180)
- Un sentiment subjectif de torpeur, de détachement ou une absence de réactivité émotionnelle
- La réduction de la conscience de son environnement, mécanisme non spécifique correspondant à un état hypnotique ou second,
- Une amnésie dissociative correspondant à une amnésie totale ou partielle des faits.

«Cette dissociation péri-traumatique est à rapprocher de la dissociation telle que l'a définie Janet et qui consiste en une désagrégation psychique. Celle-ci consiste en une réduction du champ de la conscience et une difficulté de synthèse due à un bouleversement émotionnel. »(181)

Nous avons choisi de reprendre les symptômes dissociatifs correspondant aux critères B de l'état de stress aigu du DSM4, en effet dans le DSM5, Les symptômes dissociatifs ne correspondent plus qu'à des sous critères, et seule l'amnésie dissociative et un « sens altéré de la réalité » sont décrits. (177)

La dissociation structurelle peut faire suite aux symptômes dissociatifs aigus. La sévérité de la symptomatologie dissociative aiguë est d'ailleurs considérée comme un facteur prédictif important du syndrome de stress post traumatique, de troubles somatoformes et de troubles dissociatifs chroniques.(182) (183) En effet, la dissociation péritraumatique, bloquerait l'encodage des événements par la mémoire verbale. Les événements vécus dans un état de dissociation ne seraient donc encodés qu'au niveau sensoriel(68).

3.2.2/ La dissociation structurelle

La dissociation structurelle est définie par Myers dans son livre portant sur les combattants de la première guerre mondiale. Elle se définit par l'organisation d'une personnalité autour d'une (ou plusieurs) parties émotionnelle(s) et d'une ou des parties apparemment normales. (185)

Ceci rejoint la définition originale de Janet. La partie émotionnelle renferme l'expérience traumatique. Contrairement aux souvenirs normaux qui se racontent et se modifient avec le temps, qui correspondent à la mémoire verbale, les souvenirs traumatiques ne correspondent pas à la mémoire narrative, ils ne se racontent pas, « ils se revivent parfois quand la partie émotionnelle est réactivée, dans l'ici-et-maintenant avec la même intensité émotionnelle et sensorielle qu'à l'époque du traumatisme. »

La partie apparemment normale correspond à la partie fonctionnelle, qui n'a pas intégré le traumatisme et continue à fonctionner malgré tout, il s'agit de la partie adaptative de l'individu traumatisé qui lui permet de vivre de manière relativement normale au quotidien. Cette partie n'ayant pas intégrée le traumatisme, est

caractérisé par des signes négatifs de dissociation, amnésie dissociative, émoiement affectif. (174) (180) (184)

Il est courant de diviser la structure dissociative en 3 catégories :

- la dissociation structurelle primaire où l'on trouve une seule PAN et une seule PE. La PAN est associée à une amnésie partielle ou totale du traumatisme et la PE est associée à des reviviscences traumatiques. Il s'agit des états de stress post traumatiques simples, des amnésies dissociatives simples et des troubles somatoformes dissociatifs simples.
- la dissociation structurelle secondaire correspond à une seule PAN et plusieurs PE. Il s'agit des états de stress post traumatique complexes, les troubles de personnalité liés au traumatismes (personnalité borderline, ou DESNOS) les amnésies dissociatives complexes et les troubles somatoformes associatifs complexes.
- la dissociation structurelle tertiaire : il s'agit d'une personnalité composée de plusieurs PAN et plusieurs PE, il s'agit du trouble de personnalité multiple ou trouble dissociatif de l'identité du DSM. Ce dernier est lié à des traumatismes précoces et répétés, dans le cadre de perturbation de l'attachement. (186)

3.3/ Neurobiologie des troubles dissociatifs

Les premiers travaux autour de la mémoire émotionnelle remontent aux années 90, avec les travaux de Ledoux notamment. Ce dernier met en avant le rôle prépondérant de l'amygdale dans le circuit de la mémoire émotionnelle. (187)

En effet, l'amygdale est le centre de régulation de la mémoire émotionnelle et de l'expression émotionnelle. En tant que régulateur, il prépare l'organisme en cas de danger, en commandant notamment la sécrétion des hormones de stress (adrénaline

et cortisol) ces dernières vont pouvoir alors augmenter le rythme cardiaque, augmenter le débit d'oxygène et de glucose dans le sang.

Lors d'un traumatisme psychique, la réponse émotionnelle est telle qu'elle met en jeu le pronostic vital, avec un risque cardiovasculaire (risque ischémique) et neurologique (la sécrétion trop importante de cortisol peut être néfaste et à l'origine de crises convulsives, de perte de connaissance). Le cortex est alors sidéré, un court circuit se met alors en place isolant l'amygdale et permettant alors d'éteindre la réponse émotionnelle, via la libération de neuromédiateurs morphine like et kétamine like. Cette disjonction est à l'origine **d'une** anesthésie affective et des troubles dissociatifs péri traumatiques abordés au chapitre précédent. Ce mécanisme explique également le fait que la mémoire traumatique reste bloquée dans l'amygdale, et ne peut être intégrée comme un souvenir normal puisque l'amygdale est déconnectée du reste du cortex et de l'hippocampe notamment, autrement dit, le souvenir reste "en l'état, immuable, chargée de l'émotion initiale". Par ailleurs, cette mémoire traumatique fait intrusion suite à tout stimulus rappelant le traumatisme, ce qui constitue les reviviscences, flashbacks et cauchemars de l'état de stress post traumatique. D'où la nécessité pour l'individu traumatisé d'être vigilant à chaque instant et de mettre en place de multiples conduites d'évitement à l'origine d'un isolement social, familial et professionnel. Les conduites d'évitement ne suffisent en général pas et à chaque fois que la mémoire traumatique est réactivée les mêmes mécanismes se mettent en place avec la cascade émotionnelle, la disjonction au niveau du cortex à l'origine d'une anesthésie affective, ce processus rechargeant indéfiniment le souvenir traumatique. Parfois même, puisque les conduites d'évitement ne suffisent pas, paradoxalement cette disjonction est recherchée par les personnes traumatisées, justement afin d'obtenir cette anesthésie émotionnelle d'où

des conduites à risque : avec des gestes auto et/ou hétéro-agressifs, des conduites addictives importantes, des faits de délinquance et des comportements sexuels à risque que ce soit dans le cadre de revictimisation(s) ou en tant qu'agresseurs sexuels. Ces conduites sont qualifiées de "dissociantes". De plus, il existe un phénomène d'accoutumance aux "drogues" sécrétées par le cerveau, d'où un phénomène "addictif" à ces comportements, avec pour ces victimes la nécessité d'aller "toujours plus loin" dans leurs conduites dissociantes pour avoir le même effet, ils se retrouvent alors coincés . (188)

III/ PRÉSENTATION D'UN PROTOCOLE DE RECHERCHE EXPLORANT LES TROUBLES DISSOCIATIFS EN TANT QUE MÉDIATEUR DANS LA TRANSMISSION DE LA VIOLENCE SEXUELLE SUR DES ENFANTS

A/ Rappels du contexte et des objectifs de l'étude

Nous allons maintenant passer à la Deuxième partie de notre travail qui consiste en la présentation d'un protocole de recherche explorant les troubles dissociatifs dans le cycle de la violence sexuelle sur enfants.

Reprenons le contexte dans lequel se déroule cette étude. Les violences sexuelles sont un problème de santé publique tant du fait de leur conséquences sur les victimes que du fait de leur fréquence.

Selon les données de la littérature les auteurs de violences sexuelles en général présentent une prévalence élevée d'antécédents de victimisation sexuelle dans l'enfance, prévalence qui s'élève à 30%. Chez les auteurs de violences sexuelles sur des enfants, cette prévalence est encore plus élevée de l'ordre de 50% voir plus selon les études.

A l'inverse de nombreuses victimes ne deviennent pas auteurs, quels sont les facteurs impactant liant la victimisation sexuelle dans l'enfance au passage à l'acte sexuel sur des enfants ?

Nous avons trouvé peu d'études quantitatives sur le sujet, il existe par contre pas mal d'articles reprenant des hypothèses de facteurs impactant que nous avons d'ailleurs repris dans notre revue de littérature, ces facteurs hypothétiques sortent principalement de la pratique clinique des psychiatres notamment.

Un article de 2003, avance trois facteurs hypothétiques dans la transmission de la violence sexuelle : les troubles dissociatifs, les troubles de l'attachement et les caractéristiques des faits subis. (13)

Nous choisissons de travailler sur les troubles dissociatifs, avec un protocole de recherche explorant ces troubles dissociatifs en lien avec le cycle de la violence sexuelle sur enfants.

Il s'agit pour nous d'apporter des éléments de réponses quand aux facteurs possiblement médiateurs dans le cycle de la violence sexuelle sur des enfants, d'une part afin de réfléchir à des pistes thérapeutiques à la fois en prévention primaire (avant tout acte de violence sexuelle), mais également secondaire (afin de prévenir la récurrence).

1/ La problématique

De nombreuses études ont repéré chez les auteurs de violence sexuelle sur mineur une prévalence élevée d'antécédents de victimisation sexuelle dans l'enfance, mais qu'est ce qui fait que certaines victimes deviennent auteurs et d'autres pas?

2/ Objectifs de l'étude

Confirmer ou infirmer l'hypothèse selon laquelle les troubles dissociatifs liés à la victimisation sexuelle subie dans l'enfance sont présents de manière significativement plus importante chez les victimes/auteurs par rapport aux cas

B/ Méthodes

1/ Plan Expérimental

1.1/ Type d'étude

Il s'agit d'une étude d'épidémiologie analytique, type cas témoin.

1.2/ Définition de la population étudiée

1.2.1/ Définition des cas

Le groupe cas est constitué d'auteurs de violences sexuelles sur des enfants qui présentent des antécédents de victimisation sexuelle dans l'enfance

1.2.2/ Définition des témoins

Le groupe témoin est constitué de personnes présentant des antécédents de victimisation sexuelle dans l'enfance mais qui ne sont jamais devenus auteurs (pas à notre connaissance ni pour le moment)

1.2.3/ Critères d'inclusion

Critères d'inclusion des cas

- Tous les sujets sont âgés de plus de 18 ans et de moins de 70 ans
- Les antécédents d'abus ont eu lieu avant l'âge de 13 ans. En effet, nous partons du principe que les traumatismes sexuels vécus dans la période pré pubertaire, chez un enfant en développement, non sexuellement actif, sont les traumatismes potentiellement pourvoyeurs de passages à l'acte.
- Seuls les antécédents de victimisation sexuelle incluant un contact physique (viol et/ou attouchement) sont pris en compte.
- Seuls les passage à l'acte incluant un contact physique sont pris en compte (viol et/ou attouchement) sur des mineurs prépubères de moins de 13 ans.

Critères d'inclusion des témoins

- Tous les sujets sont âgés de plus de 18 ans et de moins de 70 ans
- Les antécédents d'abus ont eu lieu avant l'âge de 13 ans. En effet, nous partons du principe que les traumatismes sexuels vécus dans la période pré pubertaire, chez un enfant en développement, non sexuellement actif, sont les traumatismes potentiellement pourvoyeurs de passages à l'acte.
- Seuls les antécédents de victimisation sexuelle incluant un contact physique (viol et/ou attouchement) sont pris en compte.

1.2.4/ Critères de non-inclusion

Critères d'exclusion des cas

- Les patients présentant une comorbidité psychiatrique lourde, c'est à dire, la décompensation thymique d'un trouble bipolaire : épisode maniaque, hypomaniaque, dépressif ou mixte, une psychose décompensée, un épisode dépressif caractérisé.
- Une déficience mentale modérée ou sévère (QI inférieur à 55)
- Les personnes faisant l'objet d'une mesure de protection (tutelle ou curatelle)

Critères d'exclusion des témoins

- Les patients présentant une comorbidité psychiatrique lourde, c'est-à-dire, la décompensation thymique d'un trouble bipolaire : épisode maniaque, hypomaniaque, dépressif ou mixte, une psychose décompensée, un épisode dépressif caractérisé.
- Une déficience mentale modérée ou sévère.
- Les personnes faisant l'objet d'une mesure de protection (tutelle et/ou curatelle).

1.3/ Calcul du nombres de sujets nécessaires

Afin de déterminer le nombres de sujets à inclure, nous nous sommes appuyés sur des données de la littérature : en l'occurrence sur 3 études quantitatives utilisant la DES comme outil d'évaluation explorant la présence/sévérité des troubles dissociatifs chez des victimes de violences sexuelles dans l'enfance. (155) (189) (151)

En considérant un test bilatéral à 5% et une puissance statistique de 80%, le nombre de sujets à inclure est de minimum 26 dans chaque groupe.

1.4/ Lieux de réalisation de la recherche

En ce qui concerne le groupe cas : ils sont recrutés :

- en CMP, sur les secteurs de Lille Nord, d'Armentières, ou de Béthune
- à l'URSAVS, au CHRU de Lille
- en centre de détention, soit de Sequedin, d'Annoeullin ou de Bapaume

En ce qui concerne le groupe témoin : ils sont recrutés :

- en CMP soit de Lille Nord, d'Armentières ou de Béthune

Il existe donc 7 centres de recherche

1.5/ Déroulement pratique de la recherche

Chaque sujet est inclus lors d'une consultation avec son psychiatre. S'il répond aux critères d'inclusion, le psychiatre lui présente l'étude et lui propose de participer. Si le sujet est d'accord, le psychiatre lui remet la note d'information et le formulaire de consentement que le sujet date et signe pour confirmer sa participation.

Le psychiatre lui remet alors l'auto-questionnaire : la DES. Une fois le questionnaire rempli, le sujet le remet au psychiatre.

Le psychiatre se réfère au dossier médical du patient en ce qui concerne les données sociodémographiques et les caractérisations de la violence sexuelle subie (viol ou attouchement, événement unique ou multiple, intra ou extra-familial, âge au moment des faits) pour des questions d'appariement.

Toutes les données sont reportées dans un cahier d'observation prévu à cet effet.

1.6/ Outil d'évaluation

La DES pour évaluer la présence ou non de symptômes dissociatifs suite au traumatisme subi et leur sévérité s'ils sont présents.

Il s'agit d'une échelle d'expériences dissociatives est un auto-questionnaire, développé par Eve Bernstein Carlson et Frank W. Putnam (190). Il s'agit d'une échelle utilisée dans de nombreuses études depuis sa création pour dépister les troubles dissociatifs et s'ils sont présents leur sévérité. Une version française a été validé en 1999, et a montré des résultats similaires à ceux trouvés dans les études anglo-saxonnes chez des sujets ayant été victimes de viol. Il s'agit de la version utilisée ici.(191)

Le DES est constitué de 28 items permettant d'évaluer la fréquence de différents symptômes dissociatifs dans la vie quotidienne du patient.

Le score total est obtenu en additionnant les scores des 28 items et ensuite en divisant par 28.

On obtient alors un score entre 0 et 100.

Le score seuil le plus souvent retrouvé dans les études est de 30, c'est à dire qu'à un score de 30 ou plus, il est très probable que le sujet présente un trouble dissociatif sévère. (190) (192) (193)

Cependant de multiples études ont trouvé des scores plus faibles (194)avec notamment 2 recherches ayant explorer le score DES sur des populations ayant subies des agressions sexuelles dans l'enfance. La première étude retrouve un score DES de 19,4 (155)et la 2ème de 28, chez des sujets ayant subis viols et/ou tentatives de viol dans l'enfance(151)

En résumé un article américain répartit les scores DES ainsi : « les scores normaux à la DES établis sur la population générale varient de 5 à 15 (avec une augmentation chez les adolescents). Au-delà d'un score seuil de 30 on peut suspecter des troubles dissociatifs sévères (trouble dissociatif de l'identité et troubles dissociatifs non spécifiés) alors que pour la fugue dissociative,

l'amnésie dissociative et le trouble de dépersonnalisation les scores moyens se situent autour de 25. »(195)

1.7/ Durée

Nous prévoyons une période d'inclusion d'1 an, la durée de participation à l'étude pour chaque sujet est de 15 minutes, la durée d'analyse des données : 6 mois. Nous prévoyons une durée totale D'1 an et demi pour cette recherche.

1.8/ Aspects éthiques

Le protocole a été soumis à un statisticien et au chef de service de la fédération de recherche clinique au CHRU de Lille, en vue de le soumettre au comité de protection des personnes.

Il s'agit de recueillir l'accord de la CNIL par la suite, en vue d'utiliser des données informatisées.

Si nous obtenons l'accord du CPP, le promoteur de l'étude serait le CHRU de Lille.

Les investigateurs principaux seraient les chefs de services des différents centres de recrutement ou l'un de leur collègue psychiatre.

Lors du recrutement, l'investigateur remet une lettre d'information reprenant les caractéristiques de la recherche. puis un formulaire de recueil du consentement à chaque participant. Sur ce formulaire est précisé que le consentement est révoquant à n'importe quel moment. Chaque sujet est amené à signer ces 2 documents s'il accepte de faire partie de l'étude.

C/ Discussion

Nous avons choisi de travailler sur une étude ciblée sur un seul déterminant : les troubles dissociatifs, avec un outil d'évaluation validé et utilisé dans de multiples études quantitatives. Parmi ces études, quelques unes se sont d'ailleurs penchées sur la présence/sévérité des troubles dissociatifs via l'utilisation de la DES, chez des adultes présentant des antécédents de victimisation sexuelle dans l'enfance. Ces études retrouvent des scores DES significativement plus élevés que ceux retrouvés dans la population générale. (155) (151) (189) (196)

Nous avons trouvé une étude qui se rapproche de la notre. Il s'agit d'une recherche explorant la dissociation en tant que médiateur entre des antécédents de victimisation sexuelle dans l'enfance et des comportements sexuellement agressifs chez des adolescents, mais ces comportements ne sont pas du tout définis dans l'article. (197)

Nous n'avons pour le moment pas commencé le recrutement, étant donné les difficultés rencontrées pour soumettre le protocole et obtenir l'accord du comité de protection des personnes (du fait de notre inexpérience dans le domaine de la recherche d'une part, de mon statut d'interne d'autre part qui m'empêche de recruter notamment) nous ne pouvons donc pas encore exposer de résultats.

Les limites de l'étude tiennent tout d'abord au fait qu'il s'agit d'une étude cas/témoin, le niveau de preuve est donc de 3. Cependant, une étude de cohorte aurait été très difficile à mettre en place en pratique, tant en terme de temps, que de nombres de sujets à inclure.

Les limites tiennent également à des biais qu'il sera difficile de minimiser en pratique. Il s'agit tout d'abord de biais de confusion, que nous comptons minimiser via un appariement des groupes. Cet appariement s'avère compliqué dans les faits (même s'il est difficile d'affirmer les caractéristiques des groupes cas et témoins en avance)

Tout d'abord il s'agirait d'apparier les groupes en fonction du sexe. Ce d'autant plus qu'il semble s'agir d'un facteur de confusion identifié dans la littérature. Suite à une agression sexuelle subie dans l'enfance, il existe une tendance pour les filles à réagir émotionnellement, d'internaliser leur souffrance (retrait, dépression). Les garçons ont tendance à externaliser leur souffrance, via des passages à l'acte (198) . «la socialisation des femmes dans notre société entraînerait une tendance chez celles-ci à s'identifier au rôle de la victime et non à celui de l'agresseur, ce qui expliquerait leur forte représentation chez les mères d'enfants agressés sexuellement et leur faible proportion chez les agresseurs. De même, Lisak (199) soutient que la socialisation des hommes est en partie responsable de leur forte représentation chez les agresseurs sexuels, notamment lorsqu'ils ont été eux-mêmes victimes d'abus sexuel. Ainsi, les émotions induites par le trauma sexuel, telles la peur, la honte, l'humiliation et la perte de pouvoir et de contrôle, seraient difficiles à intégrer pour un garçon puisqu'ils s'opposent aux archétypes masculins véhiculés. » (13)

Selon ces données, il n'est pas étonnant de constater qu'il existe beaucoup plus d'auteurs de violence sexuelle sur des enfants, de sexe masculin. De plus les victimes de violences sexuelles dans l'enfance sont plus souvent des filles que des garçons d'une part et surtout, les filles ont tendance à en parler plus facilement que les garçons. Ceci est toujours vrai une fois que les victimes deviennent adultes.

Pour ces raisons nous nous attendons à trouver plus de femmes correspondant aux critères du groupe témoin et plus d'hommes correspondant aux critères du groupe cas. En pratique d'ailleurs, sur la quinzaine de patients « présélectionnés » à l'URSAVS comme pouvant être inclus dans le groupe cas, il n'y a que 2 patientes.

Les autres biais de confusions possibles concernent les caractéristiques de la victimisation sexuelle subie dans l'enfance dans les 2 groupes. En effet il s'agit là d'un des facteurs possibles liant la victimisation sexuelle dans l'enfance au passage à l'acte sexuel sur des enfants. Il s'agit donc d'un facteur de confusion important. En pratique, la difficulté vient du fait qu'il y ait en réalité au moins 5 voir plus de critères rentrant en compte pour qualifier la sévérité de violence(s) sexuelle(s) (l'âge plus ou moins précoce de la victime, la relation à l'agresseur, le caractère unique ou chronique des agressions, s'il y a eu usage de violence/menace par l'agresseur, le fait qu'il y ait eu pénétration ou pas entre autre).

Nous ne connaissons pas d'avance les caractéristiques des sujets pouvant être inclus mais il est probable que nous ne pourrions pas appairer les 2 groupes selon toutes les caractéristiques des violences sexuelles subies. L'idée de pouvoir faire un appariement sur les caractéristiques les plus impactantes serait adaptée, mais nous n'avons pas trouvé de facteur plus important qu'un autre dans la littérature actuelle. Nous essaierons dans la mesure du possible d'appairer sur une ou 2 variables caractérisant la victimisation sexuelle subie pour limiter ce biais.

Pour ces 2 biais de confusion, il s'agira de voir les possibilités de prise en compte en analyse statistique, via des calculs en analyse multivariée.

Pour limiter un autre biais de confusion, nous comptons appairer les 2 groupes selon l'âge. En effet si les sujets du groupe témoin s'avéraient être plus

jeune que ceux du groupe cas par exemple il pourrait nous être reproché qu'ils n'ont peut être pas « encore eu le temps » de commettre une/des agression(s) à caractère sexuelle sur des enfants. De toute façon, les données de la littérature montrent que de nombreux agresseurs sexuels d'enfants ont commencé leurs infractions très jeune, voir en étant encore mineurs eux même. (101)

L'étude présente un biais de sélection non négligeable. En effet, les critères d'exclusion du groupe cas ne permettent pas à ce groupe d'être pleinement représentatif de la population source, c'est à dire des auteurs de violences sexuelles sur des enfants présentant des antécédent de victimisation de ces mêmes violences dans l'enfance. En effet, de nombreux auteurs de violence sexuelle présente des comorbidités psychiatriques non négligeables (cf chap violence sexuelle et psychiatrie). De plus une partie d'entre eux sont déficients intellectuels et le fait d'être sous mesure de protection est souvent en lien avec le fait de présenter des troubles psychiatrique et/ou une déficience intellectuelle. (200) (201)

Nous ne pouvons pourtant pas nous passer de ces critères d'exclusion, qui sont indispensables au bon déroulement de l'étude. Une personne présentant une déficience intellectuelle modérée à sévère n'est pas en capacité de comprendre la notion de pourcentage, hors la fréquence de symptômes dissociatifs est mesurée en pourcentage dans le cadre de la DES. Faire passer une DES à une personne clairement décompensé sur un plan psychiatrique, risque de « fausser » les résultats.

Il existe un biais de déclaration évident. En effet, les sujets inclus dans le groupe cas peuvent affirmer avoir été victimes de violences sexuelles dans l'enfance peut être pour soulever une certaine « indulgence » chez leur interlocuteur.

Les sujets inclus dans le groupe témoin peuvent avoir commis des 'infractions à caractère sexuelle sur des enfants et affirmer le contraire. Nous ne pourrions pas minimiser ce biais.

En ce qui concerne les résultats de l'étude, la présence et la sévérité des troubles dissociatifs peuvent être corrélées à d'autres formes de traumatismes non sexuels.

Il est toutefois difficile de désintriquer les divers antécédents de traumatismes (physique et/ou émotionnels), devant leur présence souvent concomitantes dans l'enfance des auteurs de violence sexuelles notamment. Ce qui signifie que si nous trouvons des troubles dissociatifs chez les sujets inclus nous ne pouvons affirmer qu'ils sont dus uniquement aux traumatismes sexuels subis dans l'enfance.

Là aussi, les autres formes de maltraitance dans l'enfance peuvent constituer des facteurs de confusion. Un appariement des groupes selon ces variables : maltraitance physique et émotionnelle, pourrait minimiser ce biais de confusion mais nous ne savons pas s'il est réalisable en pratique.

De plus, selon certaines études (cf chap épidémiologie des victimes aux auteurs) les antécédents de violences sexuelles sont bien plus marquées chez les auteurs de violences sexuelles sur enfants par rapport à la violence physique alors que les antécédents de violence physique sont bien plus marquées chez les auteurs de violence sexuelle sur adultes que la violence sexuelle. (52) (6) Il semble que les traumatismes sexuels dans l'enfance, particulièrement les plus sévères sont corrélés à des troubles dissociatifs de façon prédominante comparé aux traumatismes physiques dans l'enfance.(196)

CONCLUSION

Le but de cette recherche est de donner une piste de travail pour les professionnels de santé, en particulier les psychiatres de secteur. Nombre d'entre eux travaillent dans des centres médico-psychologiques et sont confrontés à cette problématique : accompagner et soigner les auteurs de violences sexuelles, dont les agresseurs sexuels d'enfants. Ces derniers viennent très souvent à la demande de la justice, dans le cadre d'une obligation/injonction de soins. Il s'agit non seulement de travailler avec quelqu'un sous contrainte mais la société compte également sur ses professionnels de santé qui représentent pour elle les "garants" de ces patients, il s'agit de les soigner pour éviter toute réitération d'infractions sexuelles. Pourtant dans la pratique, nombreux sont les psychiatres démunis face à ce type de patient.

Notre travail a pour vocation d'amener quelques éléments de réponses quand aux facteurs déterminants dans le cycle de la violence sexuelle afin de réfléchir à la prise en charge de ces patients. Cela consiste à rechercher systématiquement des antécédents de violences sexuelles devant leur fréquence et s'ils sont présents, de prendre en charge la personne dans sa globalité non seulement dans une approche psycho-criminologique mais également en tant que victime si l'on veut espérer casser le cycle victime/auteur.

Si selon notre hypothèse la sévérité des troubles dissociatifs s'avère être un facteur médiateur dans le cycle de la violence sexuelle sur des enfants, cela a des implications thérapeutiques pour tout professionnel de santé confronté aux victimes et/ou aux auteurs de violences sexuelles. Il s'agit de favoriser une stabilité, une prévisibilité en vue de sécuriser le patient dans le cadre des soins d'une part et

d'autre part de l'accompagner dans la reprise de contrôle/gestion émotionnel en vue de mettre fin aux conduites dissociantes (dont les agressions sexuelles peuvent faire partie) via des thérapies reconnues dans le traitement des troubles dissociatifs (EMDR, hypnose et TCC). Dans une étude datant de 2006, Ricci et son équipe (202) ont exploré le risque de récurrence chez des auteurs de violences sexuelles sur enfants traités en EMDR, en plus de leur traitement habituel orienté TCC. Les résultats se sont révélés encourageant, mais la population étudiée n'était composée que de 10 sujets, d'autres recherches sont donc nécessaires.

Nous nous sommes penchés sur les antécédents de violences sexuelles chez les agresseurs sexuels d'enfants, mais il s'agit bien entendu d'une problématique multi factorielle.

En effet il semble qu'une partie non négligeable des agresseurs sexuels d'enfants n'aient jamais été victime d'agression sexuelle dans leur enfance, ceci est encore plus vrai pour les auteurs de violences sexuelles dont les victimes sont des adultes. Quelles sont alors les autres facteurs impactants? Les hypothèses étant que les violences physiques et/ou les traumatismes dits en "creux" soient des facteurs également non suffisants et non nécessaires aux passages à l'acte sexuel mais pouvant jouer un rôle important, d'autres études s'avèrent nécessaires pour valider ou invalider ces hypothèses. De plus dans l'introduction, nous avons soulevé les troubles de l'attachement en tant que facteur déterminant pouvant jouer un rôle dans le cycle victime/auteur des violences sexuelles. Il semble que l'attachement et les troubles dissociatifs soient en fait liés (203), de même d'autres recherches sont nécessaires dans ce domaine

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. NEMEROFF, C.B., & DOUGLAS, J., BREMNER, FOA, E. B et col (2009). Posttraumatic Stress Disorder: A State-of-the-Science Review Influential Publications, American Psychiatric Association, 7:254-273.
2. Prieto N., Rouillon F. Importance de l'enjeu en termes d'épidémiologie Psychotraumatismes prise en charge et traitement Paris: Masson (2005). 9-23.
3. Jonas S, Bebbington P, McManus S, Meltzer H, Jenkins R, Kuipers E, et al. Sexual abuse and psychiatric disorder in England: results from the 2007 Adult Psychiatric Morbidity Survey. *Psychol Med.* 2011;41(04):709–19.
4. Noll JG, Trickett PK, Putnam FW. A prospective investigation of the impact of childhood sexual abuse on the development of sexuality. *J Consult Clin Psychol.* 2003;71(3):575–86.
5. Paolucci EO, Genuis ML, Violato C. A Meta-Analysis of the Published Research on the Effects of Child Sexual Abuse. *J Psychol.* 2001;135(1):17–36.
6. Jespersen AF, Lalumière ML, Seto MC. Sexual abuse history among adult sex offenders and non-sex offenders: A meta-analysis. *Child Abuse Negl.* 2009 Mar;33(3):179–92.
7. Pham TH, Ducro C. Les antécédents d'adversité chez les agresseurs sexuels. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr.* 2008 Aug;166(7):580–4.
8. Katherine B. Starzyk, William L. Marshall. Childhood family and personological risk factors for sexual offending. 2003;8:93–105.
9. Freund K, Kuban M. The basis of the abused abuser theory of pedophilia: A further elaboration on an earlier study. *Arch Sex Behav.* 1994 Oct 1;23(5):553–63.
10. 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.* 2009 Jun;29(4):328–38.
11. Lagueux, F., & Tourigny, M. (1999). État des connaissances au sujet des adolescents agresseurs sexuels. Montréal, Canada: Ministère de la Santé et des Services Sociaux du Québec.
12. Stoltenborgh M, IJzendoorn MH van, Euser EM, Bakermans-Kranenburg MJ. A Global Perspective on Child Sexual Abuse: Meta-Analysis of Prevalence Around the World. *Child Maltreat.* 2011 May 1;16(2):79–101.
13. Collin-Vézina D, Cyr M. La transmission de la violence sexuelle: description du phénomène et pistes de compréhension. *Child Abuse Negl.* 2003 May;27(5):489–507.
14. Zuravin, S., McMillen, C., DePanfilis, D., & Risley-Curtiss, C. (1996). The

- intergenerational cycle of child maltreatment: Continuity versus discontinuity. *Journal of Interpersonal Violence*, 11, 315–334.
15. Singh Narang D, Contreras JM. Dissociation as a mediator between child abuse history and adult abuse potential. *Child Abuse Negl.* 2000 May;24(5):653–65.
 16. Egeland B, Susman-Stillman A. Dissociation as a mediator of child abuse across generations. *Child Abuse Negl.* 1996 Nov;20(11):1123–32.
 17. Infraction sexuelle sur majeur : viol, agression [Internet]. [cited 2014 Dec 11]. Available from: <http://vosdroits.service-public.fr/particuliers/F1526.xhtml>
 18. Jean-Pierre Chartier. Psychopathes ou pervers: Le faux débat? *Le journal des psychologues.* 2003;
 19. Postel J, Quételet C. *Nouvelle histoire de la psychiatrie.* Dunod; 2012. 666 p.
 20. Kamieniak J-P. La construction d'un objet psychopathologique : la perversion sexuelle au XIXe siècle. *Rev Fr Psychanal.* 2003 Feb 1;Vol. 67(1):249–62.
 21. Freud. *trois essais sur la théorie sexuelle.* 1905.
 22. *La morale sexuelle civilisée et la maladie nerveuse des temps modernes (1908)* In: *La vie sexuelle.* Paris: PUF; 1969.
 23. Balier C, Bouchet-Kervella D. Étude psychanalytique des auteurs de délits sexuels. *EMC - Psychiatr.* 2008 Jan;5(2):1–10.
 24. Mazaleigue J. Sexualité et perversion : une analyse critique de l'œuvre d'Arnold Davidson. *Rev Hist Sci Hum.* 2007 Sep 1;n° 17(2):61–90.
 25. Aulagnier, P., 1967, *La perversion comme structure, L'inconscient, vol I, n° 2.*
 26. Rosolato G. *Étude des perversions sexuelles à partir du fétichisme. Le désir et la perversion* Paris: Seuil (1967).
 27. DOR, J. (1987). *Structure et perversions.* Paris : Denoël.
 28. Bouchet-Kervella (Denise). – Existe-t-il des caractéristiques cliniques et psychopathologiques des pédophiles extra-familiaux adultes ? dans Collectif, *Psychopathologie et traitements des auteurs d'agression sexuelle (Conférence de consensus, 22 et 23 novembre 2001),* Paris, John Libbey Eurotext et Fédération française de psychiatrie, 2001, p. 101-112.
 29. Racamier P-C. Entre agonie psychique, déni psychotique et perversion narcissique. *Rev Fr Psychanal.* 1986;50(5):1299–309.
 30. Racamier P.-C. (1987), *De la perversion narcissique,* Gruppo, no 3, p. 11-28.
 31. Balier (Claude). – *Psychanalyse des comportements sexuels violents,* Paris, Presses universitaires de France, 1996.

32. Denise BOUCHET-KERVELLA. Existe-t-il des caractéristiques cliniques et psychopathologiques des pédophiles extra familiaux adultes ?
33. Chagnon J-Y. Aux marges de la psychose : la perversité sexuelle. *Bull Psychol.* 2005 Jun 1;480(6):663–70.
34. Chagnon J-Y. À propos des aménagements narcissico-pervers chez certains auteurs d'agressions sexuelles. *Psychol Clin Proj.* 2004 Mar 1;n° 10(1):147–86.
35. Marshall WL. Diagnostic issues, multiple paraphilias, and comorbid disorders in sexual offenders: Their incidence and treatment. *Aggress Violent Behav.* 2007 Jan;12(1):16–35.
36. Eher R, Gruenhut C, Fruehwald S, Frottier P, Hobl B, Aigner M. A Comparison Between Exclusively Male Target and Female/Both Sexes Target Child Molesters on Psychometric Variables, DSM-IV Diagnoses and MTC:CM3 Typology. *J Psychol Hum Sex.* 2002 Sep 25;13(3-4):89–102.
37. Kafka MP, Hennen J. A DSM-IV Axis I Comorbidity Study of Males (n = 120) with Paraphilias and Paraphilia-Related Disorders. *Sex Abuse J Res Treat.* 2002 Oct 1;14(4):349–66.
38. Långström N, Sjöstedt G, Grann M. Psychiatric Disorders and Recidivism in Sexual Offenders. *Sex Abuse J Res Treat.* 2004 Apr 1;16(2):139–50.
39. Daniel J. Whitakera,*, Brenda Lea, R. Karl Hansonb, Charlene K. Bakerg,, Pam M. McMahonc, Gail Ryand, Alisa Kleine, Deborah Donovan Rice. Risk factors for the perpetration of child sexual abuse: A review and meta-analysis. 2008;32:529–48.
40. Maniglio R. The role of childhood trauma, psychological problems, and coping in the development of deviant sexual fantasies in sexual offenders. *Clin Psychol Rev.* 2011 Jul;31(5):748–56.
41. Smith DW, Letourneau EJ, Saunders BE, Kilpatrick DG, Resnick HS, Best CL. Delay in disclosure of childhood rape: results from a national survey. *Child Abuse Negl.* 2000 Feb;24(2):273–87.
42. Jaspard M. et col. (2001) : «Nommer et compter les violences envers les femmes une première enquête nationale en France», *Population et sociétés*, Jan., n° 364, 4 p.
43. Finkelhor D. The international epidemiology of child sexual abuse. *Child Abuse Negl.* 1994 May;18(5):409–17.
44. Pérez-Fuentes G, Olfson M, Villegas L, Morcillo C, Wang S, Blanco C. Prevalence and correlates of child sexual abuse: a national study. *Compr Psychiatry.* 2013 Jan;54(1):16–27.
45. Barth J, Bermetz L, Heim E, Trelle S, Tonia T. The current prevalence of child sexual abuse worldwide: a systematic review and meta-analysis. *Int J Public Health.* 2013 Jun 1;58(3):469–83.

46. Bouhet B., Pérard D., Zorman M. (1992) : «De l'importance des abus sexuels en France», in Les enfants victimes d'abus sexuels, ss dir. M. Gabel, Paris, Éd. PUF, 285 p., pp. 37-53.
47. Graham KR. The Childhood Victimization of Sex Offenders: An Underestimated Issue. *Int J Offender Ther Comp Criminol.* 1996 Sep 1;40(3):192–203.
48. 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 Negl.* 1996 Mar;20(3):221–33.
49. Overholser JC, Beck SJ. The Classification of Rapists and Child Molesters. *J Offender Couns Serv Rehabil.* 1989 Jan 18;13(1):15–25.
50. Hanson RK, Slater S. Reactions to Motivational Accounts of Child Molesters. *J Child Sex Abuse.* 1994 Jan 10;2(4):43–60.
51. Worling JR. Sexual abuse histories of adolescent male sex offenders: Differences on the basis of the age and gender of their victims. *J Abnorm Psychol.* 1995;104(4):610–3.
52. Simons DA, Wurtele SK, Durham RL. Developmental experiences of child sexual abusers and rapists. *Child Abuse Negl.* 2008 May;32(5):549–60.
53. Freud S. (1920) *Au-delà du principe de plaisir Essais de psychanalyse* Paris: Payot (1981). 41-115.
54. A. Freud (1936), *Le Moi et les mécanismes de défense*, Paris, PUF, 1949.
55. Bourdellon G. Violence du déni et identification à l'agresseur chez l'enfant. *Rev Fr Psychanal.* 2009 Mar 24;73(1):21–35.
56. R. Spitz (1957), *Le non et le oui*, Paris, PUF.
57. Ferenczi S. Confusion de langue entre les adultes et l'enfant *Psychanalyse IV, Oeuvres complètes 1927-1933* Paris: Payot (1982). 125-135.
58. Freud, S. 1905. *Trois essais sur la théorie sexuelle*, trad. fr. P. Koeppel, Paris, Gallimard, «Folio essais», 2008, p184.
59. Sabourin P. L'identification à l'agresseur chez l'enfant victime. *Enfances Psy.* 2010 Feb 15;45(4):50–9.
60. DW. WINNICOTT, *Distorsion du moi en fonction du vrai et du faux self*, in *Processus de maturation chez l'enfant*, Paris, Payot, 1960, p. 115-132.
61. Sabourin P. Un concept crucial : l'identification à l'agresseur. *Coq-Héron.* 2005 May 1;n° 181(2):150–6.
62. Viaux J-L, Combaluzier S. Compulsion au viol et répétition. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr.* 2011 Sep;169(8):471–6.
63. Cherifi Z. Du traumatisme au lien psychique. *Prat Psychol.* 2008 Dec;14(4):471–80.

64. Marcelli D. La « trace anti-mnésique ». Hypothèses sur le traumatisme psychique chez l'enfant. *Inf Psychiatr.* 2014 Jul 22;90(6):439–46.
65. Giami A., 1999, « Cent ans d'hétérosexualité », *Actes de la Recherche en sciences sociales*, 128 : 38-45.
66. Masters.W, Johnson.V. *Human Sexual Response*, Boston Little Brown and C. 1966.
67. Giami A. Santé sexuelle : la médicalisation de la sexualité et du bien-être. *J Psychol.* 2007 Jul 1;250(7):56–60.
68. Ryan G. Childhood sexuality: a decade of study. Part I—research and curriculum development1. *Child Abuse Negl.* 2000 Jan;24(1):33–48.
69. Calderone, M. (1983). *Fetal erection and its message to us (report)*. New York: Sex Education and Information Council of the United States.
70. Ryan G, Leversee TF, Lane S. *Juvenile Sexual Offending: Causes, Consequences, and Correction*. John Wiley & Sons; 2011. 506 p.
71. Fleisher D.R., Morrison A. (1990) : Masturbation mimicking abdominal pain or seizures in young girls. *J. Pediatr.*, 116 : 810-814.
72. Chatton D, Desjardins J-Y, Desjardins L, Tremblay M. La sexologie clinique basée sur un modèle de santé sexuelle. *Psychothérapies.* 2005 Mar 1;25(1):3–19.
73. Ryan, G., et al. “Understanding and responding to the sexual behavior of children: Trainer’s manual.” Denver: Kempe Children’s Center, University of Colorado Health Sciences Center (1993).
74. Volbert R. Sexual Knowledge of Preschool Children. *J Psychol Hum Sex.* 2000 Oct 12;12(1-2):5–26.
75. Friedrich, W. N. Studies of sexuality of nonabused children In Bancroft.J, *Sexual development in childhood* Bloomington : Indiana University Press p107-120.
76. Reynolds,M.A, Herbenick, D.L., and Bancroft, J. (2003). The nature of childhood sexual experiences : Two studies 50 years apart. In J.Bancroft, *Sexual developpement in childhood*. Blommington : Indiana University Press. p134-155.
77. Kellogg ND. Clinical Report—The Evaluation of Sexual Behaviors in Children. *Pediatrics.* 2009 Sep 1;124(3):992–8.
78. W N Friedrich JLF. Child Sexual Behavior Inventory: normative, psychiatric, and sexual abuse comparisons. *Child Maltreat.* 2001;6(1):37–49.
79. Barbaree HE, Marshall WL. *The Juvenile Sex Offender*. Guilford Press; 2008. 417 p.
80. Bozon M, Kontula O. Initiation sexuelle et genre: Comparaison des évolutions de douze pays européens. *Popul Fr Ed.* 1997 Nov 1;52(6):1367–400.

81. Bozon M. L'entrée dans la sexualité adulte: le premier rapport et ses suites. Du calendrier aux attitudes. *Popul Fr Ed.* 1993 Sep 1;48(5):1317–52.
82. Gratton H, Lévy JJ. *Sexologie Contemporaine*. PUQ; 1981. 424 p.
83. Larsson I, Svedin CG. Sexual experiences in childhood: young adults' recollections. *Arch Sex Behav.* 2002;31 (3):263– 273.
84. Udry JR, Billy JO, Morris NM, Raj MH. Serum androgenic hormones motivate sexual behavior in adolescent boys. *Fertil Steril.* 1985 Jan;43(1):90–4.
85. Bancroft J. *Sexual Development in Childhood*. Indiana University Press; 2003. 520 p.
86. Goldman R, Goldman J. *Children's Sexual Thinking: A Comparative Study of Children Aged 5 to 15 Years in Australia, North America, Britain and Sweden*. [Internet]. Routledge & Kegan Paul, c/o Technical Impex Corporation, 190 Merrimack Street, Lawrence, MA 01843 (Cloth, \$24.95).; 1982 [cited 2015 Mar 8]. Available from: <http://eric.ed.gov/?id=ED224562>
87. Gebhard PH. The acquisition of basic sex information. *J Sex Res.* 1977 Aug 1;13(3):148–69.
88. *Sexual Behaviour in the Human Male.* : *Journal of Neuropathology & Experimental Neurology* [Internet]. LWW. [cited 2015 Mar 8]. Available from: http://journals.lww.com/jneuropath/Fulltext/1949/01000/Sexual_Behaviour_in_the_Human_Male_.11.aspx
89. Finkelhor D. Psychological, Cultural and Family Factors in Incest and Family Sexual Abuse*. *J Marital Fam Ther.* 1978 Oct 1;4(4):41–9.
90. Friedrich WN, Fisher J, Broughton D, Houston M, Shafran CR. Normative Sexual Behavior in Children: A Contemporary Sample. *Pediatrics.* 1998 Apr 1;101(4):e9–e9.
91. O'Callaghan D., Print B. *Adolescent sexual abuser – Research, assessment and treatment Sexual offending against children – assessment and treatment of male abusers* New York: Routledge (1994). 146-177.
92. Gamet M-L. Violences sexuelles des mineurs en France : comment les médecins peuvent devenir des interlocuteurs privilégiés des victimes ? *Sexologies.* 2013 Jul;22(3):112–23.
93. Berliner L, Conte JR. Sexual abuse evaluations: Conceptual and empirical obstacles. *Child Abuse Negl.* 1993 Jan;17(1):111–25.
94. Gale J, Thompson RJ, Moran T, Sack WH. Sexual abuse in young children: Its clinical presentation and characteristic patterns. *Child Abuse Negl.* 1988;12(2):163–70.
95. Gagnon MM, Levesque M, Tourigny M. ENFANTS PRÉSENTANT DES COMPORTEMENTS SEXUELS PROBLÉMATIQUES : LIGNES DIRECTRICES EN MATIÈRE D'ÉVALUATION ET DE TRAITEMENT. *Rev Québécoise Psychol.* 2008;29(3):45–57.

96. Pithers WD, Gray A. The other half of the story: Children with sexual behavior problems. *Psychol Public Policy Law*. 1998;4(1-2):200–17.
97. Friedrich WN, Grambsch P, Damon L, Hewitt SK, Koverola C, Lang RA, et al. Child Sexual Behavior Inventory: Normative and clinical comparisons. *Psychol Assess*. 1992;4(3):303–11.
98. Gray A, Busconi A, Houchens P, Pithers WD. Children with sexual behavior problems and their caregivers: Demographics, functioning, and clinical patterns. *Sex Abuse J Res Treat*. 1997 Oct 1;9(4):267–90.
99. St-Amand A, Saint-Jacques M-C, Silovsky JF. COMPRENDRE LES ENFANTS AUX COMPORTEMENTS SEXUELS PROBLÉMATIQUES ET INTERVENIR AUPRÈS D’EUX: Bilan des connaissances. *Can Soc Work Rev Rev Can Serv Soc*. 2011 Jan 1;28(2):225–53.
100. Schwartz MF. Developmental Psychopathological Perspectives on Sexually Compulsive Behavior. *Psychiatr Clin North Am*. 2008 Dec;31(4):567–86.
101. Lepage J, Tourigny M, Pauzé R, McDuff P, Cyr M. Comportements sexuels problématiques d’enfants pris en charge par les services québécois de protection de l’enfance : facteurs associés. *Sexologies*. 2010 Apr;19(2):119–26.
102. Barbaree HE, L W. Erectile responses among heterosexual child molesters, father-daughter incest offenders, and matched non-offenders: Five distinct age preference profiles. *Can J Behav Sci Can Sci Comport*. 1989;21(1):70–82.
103. Proulx J, Côté G, Achille PA. Prevention of voluntary control of penile response in homosexual pedophiles during phallometric testing. *J Sex Res*. 1993 May 1;30(2):140–7.
104. Barbaree HE, Marshall WL, Yates E, Lightfoot LO. Alcohol intoxication and deviant sexual arousal in male social drinkers. *Behav Res Ther*. 1983;21(4):365–73.
105. Finkelhor D, Araji S. Explanations of pedophilia: A four factor model. *J Sex Res*. 1986 May 1;22(2):145–61.
106. Proulx J, McKibben A, Lusignan R. Relationships Between Affective Components and Sexual Behaviors in Sexual Aggressors. *Sex Abuse J Res Treat*. 1996 Oct 1;8(4):279–89.
107. Hall GCN, Hirschman R. Sexual Aggression against Children A Conceptual Perspective of Etiology. *Crim Justice Behav*. 1992 Mar 1;19(1):8–23.
108. Millon T, Davis RO. *Disorders of personality: DSM-IV and beyond* (2nd ed.). Oxford, England: John Wiley & Sons; 1996. 818 p.
109. Pithers WD, Beal LS, Armstrong J, Petty J. Identification of risk factors through clinical interviews and analysis of records. *Relapse prevention with sex offenders*. New York, NY, US: Guilford Press; 1989. p. 77–87.

110. McKibben A, Proulx J, Lusignan R. Relationships between conflict, affect and deviant sexual behaviors in rapists and pedophiles. *Behav Res Ther.* 1994 Jun;32(5):571–5.
111. Ward T, Hudson SM, Marshall WL, Siegert R. Attachment Style and Intimacy Deficits in Sexual Offenders: A Theoretical Framework. *Sex Abuse J Res Treat.* 1995 Oct 1;7(4):317–35.
112. Proulx J, Perreault C, Ouimet M. Pathways in the offending process of extrafamilial sexual child molesters. *Sex Abuse J Res Treat.* 1999 Apr 1;11(2):117–29.
113. Jean Proulx, Christine Perreault Marc OUIMET et Jean-Pierre Guay ÉCOLE DE CRIMINOLOGIE, UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL (1999) “Les agresseurs sexuels d’enfants. Scénarios délictuels et troubles de la personnalité.”
114. AARON T. BECK, MD. Thinking and Depression I. Idiosyncratic Content and Cognitive Distortions. *Arch Gen Psychiatry;* 1963.
115. Vanhouche W, Vertommen H. Assessing cognitive distortions in sex offenders: A review of commonly used versus recently developed instruments [Internet]. 1999 [cited 2015 Mar 11]. Available from: <https://lirias.kuleuven.be/handle/123456789/127782>
116. Olivier Vanderstukken¹ , Georgia Schiza² , Evry Archer³ , Thierry Pha, Évaluation des distorsions cognitives chez des agresseurs sexuels auprès d’une population carcérale française in *L’agression sexuelle : coopérer au-delà des frontières*, Cifas 2005
117. Ward T, Hudson SM, Johnston L, Marshall WL. Cognitive distortions in sex offenders: An integrative review. *Clin Psychol Rev.* 1997;17(5):479–507.
118. Hanson RK, Gizzarelli R, Scott H. The Attitudes of Incest Offenders Sexual Entitlement and Acceptance of Sex with Children. *Crim Justice Behav.* 1994 Jun 1;21(2):187–202.
119. Murphy WD. Assessment and Modification of Cognitive Distortions in Sex Offenders. In: Marshall WL, Laws DR, Barbaree HE, editors. *Handbook of Sexual Assault* [Internet]. Springer US; 1990 [cited 2015 Mar 11]. p. 331–42. Available from: http://link.springer.com/chapter/10.1007/978-1-4899-0915-2_19
120. Serran G. *Sexual Offender Treatment: Controversial Issues.* John Wiley & Sons; 2005. 306 p.
121. Gannon TA, Ward T, Beech AR, Fisher D. *Aggressive Offenders’ Cognition: Theory, Research and Practice.* John Wiley & Sons; 2009. 297 p.
122. Helmus L, Hanson RK, Babchishin KM, Mann RE. Attitudes Supportive of Sexual Offending Predict Recidivism A Meta-Analysis. *Trauma Violence Abuse.* 2013 Jan 1;14(1):34–53.
123. Maruna S, Mann RE. A fundamental attribution error? Rethinking cognitive distortions†. *Leg Criminol Psychol.* 2006 Sep 1;11(2):155–77.

124. Ward T, Hudson SM, Marshall WL, Siegert R. Attachment Style and Intimacy Deficits in Sexual Offenders: A Theoretical Framework. *Sex Abuse J Res Treat.* 1995 Oct 1;7(4):317–35.
125. McKibben A, Proulx J, Lusignan R. Relationships between conflict, affect and deviant sexual behaviors in rapists and pedophiles. *Behav Res Ther.* 1994 Jun;32(5):571–5.
126. Pithers WD. Relapse Prevention with Sexual Aggressors. In: Marshall WL, Laws DR, Barbaree HE, editors. *Handbook of Sexual Assault* [Internet]. Springer US; 1990 [cited 2015 Mar 11]. p. 343–61. Available from: http://link.springer.com/chapter/10.1007/978-1-4899-0915-2_20
127. Ward T. Sexual offenders' cognitive distortions as implicit theories. *Aggress Violent Behav.* 2000 Sep;5(5):491–507.
128. Marziano V, Ward T, Beech AR, Pattison P. Identification of five fundamental implicit theories underlying cognitive distortions in child abusers: A preliminary study. *Psychol Crime Law.* 2006 Jan 1;12(1):97–105.
129. Segal ZV. Appraisal of the self-schema construct in cognitive models of depression. *Psychol Bull.* 1988;103(2):147–62.
130. Gannon TA, Ward T, Beech AR, Fisher D. *Aggressive Offenders' Cognition: Theory, Research and Practice.* John Wiley & Sons; 2009. 297 p.
131. théories cognitives des troubles de la personnalité. masson; 2001.
132. Vaile Wright C, Collinsworth LL, Fitzgerald LF. Why did this happen to me? Cognitive schema disruption and posttraumatic stress disorder in victims of sexual trauma. *J Interpers Violence.* 2010 Oct;25(10):1801–14.
133. Lobbestael J, Arntz A, Sieswerda S. Schema modes and childhood abuse in borderline and antisocial personality disorders. *J Behav Ther Exp Psychiatry.* 2005 Sep;36(3):240–53.
134. Cloitre M, Cohen LR, Scarvalone P. Understanding Revictimization Among Childhood Sexual Abuse Survivors: An Interpersonal Schema Approach. *J Cogn Psychother.* 2002 Mar 1;16(1):91–111.
135. J.Cottraux. Des théories de l'apprentissage aux théories cognitives. Les psychothérapies comportementales et cognitives. 5ème ed. Elsevier Masson; 2011. p. p44.
136. Bandura, Albert. "Social learning theory." (1977): 305-316.
137. Veneziano C, Veneziano L, LeGRAND S. The Relationship Between Adolescent Sex Offender Behaviors and Victim Characteristics With Prior Victimization. *J Interpers Violence.* 2000 Apr 1;15(4):363–74.
138. Lambie I, Seymour F, Lee A, Adams P. Resiliency in the Victim–Offender Cycle in

- Male Sexual Abuse. *Sex Abuse J Res Treat*. 2002 Jan 1;14(1):31–48.
139. Prentky RA, Knight RA. Identifying critical dimensions for discriminating among rapists. *J Consult Clin Psychol*. 1991;59(5):643–61.
 140. MacCulloch M, Gray N, Watt A. Brittain's Sadistic Murderer Syndrome reconsidered: an associative account of the aetiology of sadistic sexual fantasy. *J Forensic Psychiatry*. 2000 Jan 1;11(2):401–18.
 141. Daversa MT, Knight RA. A Structural Examination of the Predictors of Sexual Coercion Against Children in Adolescent Sexual Offenders. *Crim Justice Behav*. 2007 Oct 1;34(10):1313–33.
 142. Knight RA, Sims-Knight JE. The Developmental Antecedents of Sexual Coercion against Women: Testing Alternative Hypotheses with Structural Equation Modeling. *Ann N Y Acad Sci*. 2003 Jun 1;989(1):72–85.
 143. Briere J, Smiljanich K, Henschel D. Sexual fantasies, gender, and molestation history. *Child Abuse Negl*. 1994 Feb;18(2):131–7.
 144. Gold SR. History of child sexual abuse and adult sexual fantasies. *Violence Vict*. 1991;6(1):75–82.
 145. Bramblett JR, Darling CA. Sexual contacts: experiences, thoughts, and fantasies of adult male survivors of child sexual abuse. *J Sex Marital Ther*. 1997;23(4):305–16.
 146. Ward T, Hudson SM, Marshall WL, Siegert R. Attachment Style and Intimacy Deficits in Sexual Offenders: A Theoretical Framework. *Sex Abuse J Res Treat*. 1995 Oct 1;7(4):317–35.
 147. McCoy K, Fremouw W. The relation between negative affect and sexual offending: A critical review. *Clin Psychol Rev*. 2010 Apr;30(3):317–25.
 148. G. Serran, L. Marshall Coping and mood in sexual offending W. Marshall, Y. Fernandez, L. Marshall, G. Serran (Eds.), *Sexual offender treatment: Controversial issues*, John Wiley & Sons, West Sussex, England (2006), pp. 109–124.
 149. Segal ZV, Marshall WL. Heterosexual social skills in a population of rapists and child molesters. *J Consult Clin Psychol*. 1985;53(1):55–63.
 150. Drapeau M, Perry JC. Childhood trauma and adult interpersonal functioning: a study using the Core Conflictual Relationship Theme Method (CCRT). *Child Abuse Negl*. 2004 Oct;28(10):1049–66.
 151. Kirby JS, Chu JA, Dill DL. Correlates of dissociative symptomatology in patients with physical and sexual abuse histories. *Compr Psychiatry*. 1993 Jul;34(4):258–63.
 152. Johnson DM, Pike JL, Chard KM. Factors predicting PTSD, depression, and dissociative severity in female treatment-seeking childhood sexual abuse survivors☆, ☆☆, ★22. *Child Abuse Negl*. 2001 Jan;25(1):179–98.

153. Briere J, Conte J. Self-reported amnesia for abuse in adults molested as children. *J Trauma Stress*. 1993;6(1):21–31.
154. Zlotnick C, Begin A, Shea MT, Pearlstein T, Simpson E, Costello E. The relationship between characteristics of sexual abuse and dissociative experiences. *Compr Psychiatry*. 1994 Nov;35(6):465–70.
155. Anderson G, Yasenik L, Ross CA. Dissociative experiences and disorders among women who identify themselves as sexual abuse survivors. *Child Abuse Negl*. 1993 Sep;17(5):677–86.
156. Freyd JJ, Deprince AP, Zurbriggen EL. Self-Reported Memory for Abuse Depends Upon Victim-Perpetrator Relationship. *J Trauma Dissociation*. 2001 Oct 29;2(3):5–15.
157. Schultz T, Passmore JL, Yoder CY. Emotional closeness with perpetrators and amnesia for child sexual abuse. *J Child Sex Abuse*. 2003;12(1):67–88.
158. Christopher K, Lutz-Zois CJ, Reinhardt AR. Female sexual-offenders: Personality pathology as a mediator of the relationship between childhood sexual abuse history and sexual abuse perpetration against others. *Child Abuse Negl*. 2007 Aug;31(8):871–83.
159. 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*. 2002 Sep;26(9):893–907.
160. Bowlby J. The making and breaking of affectional bonds. I. Aetiology and psychopathology in the light of attachment theory. An expanded version of the Fiftieth Maudsley Lecture, delivered before the Royal College of Psychiatrists, 19 November 1976. *Br J Psychiatry*. 1977 Mar 1;130(3):201–10.
161. Greenberg MT, Cicchetti D, Cummings EM. *Attachment in the Preschool Years: Theory, Research, and Intervention*. University of Chicago Press; 1993. 528 p.
162. 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*. 2014 Nov 7;
163. Stirpe T, Abracen J, Stermac L, Wilson R. Sexual offenders' state-of-mind regarding childhood attachment: a controlled investigation. *Sex Abuse J Res Treat*. 2006 Jul;18(3):289–302.
164. W. L. Marshall, *Criminologie*, vol. 27, n° 2, 1994, p. 55-69. « Pauvreté des liens d'attachement et déficiences dans les rapports intimes chez les agresseurs sexuels.
165. 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. *J Interpers Violence*. 2004 Feb;19(2):228–51.
166. Smallbone SW, McCabe B-A. Childhood attachment, childhood sexual abuse, and onset of masturbation among adult sexual offenders. *Sex Abuse J Res Treat*. 2003

Jan;15(1):1-9.

167. 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 J Res Treat.* 2010 Mar;22(1):58-77.
168. Marshall, W.L., « Intimacy, loneliness and sexual offenders », *Behaviour Research and Therapy*, no 27, 1989, pp. 491-503.
169. Roland coutenceau, joanna smith. *Trauma et résilience* - Dunod [Internet]. 2012
170. Oppenheim H. *Die traumatischen Neurosen*. Berlin : Hirschwald, 1888 (Traduction des extraits de l'ouvrage d'Oppenheim : A. Hirschelmann et P. Pignol).
171. G Lopez, M Kedia, J Vanderlinden, I Saillot *Dissociation et mémoire traumatique* - 2012 – Dunod
172. Janet P. *L'automatisme psychologique* (1889) Paris: L'Harmattan (2005).
173. Freud S., Breuer J. *Études sur l'hystérie* Paris: PUF (1895). p9.
174. Kédia M. La dissociation : un concept central dans la compréhension du traumatisme. *L'Évolution Psychiatr.* 2009 Oct;74(4):487-96.
175. Hilgard ER. *Divided Consciousness: Multiple Controls in Human Thought and Action*. Wiley; 1977.
176. American Psychiatric Association (1994), *DSM-IV, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, third Edition, American Psychiatric Press, Washington D.C.
177. American Psychiatric Association (2013), *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 5th Edition: *DSM-5*, American Psychiatric Press, Washington D.C.
178. *Classification internationale des troubles mentaux-CIM-10*. Traduction par CB Pull et al. Paris : Masson ; 1994.
179. Lazignac C, Cicotti A, Bortoli A-L, Kelley-Puskas M, Damsa C. Des états dissociatifs vers une clinique des troubles dissociatifs. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr.* 2005 Dec;163(10):889-95.
180. Roland coutenceau joanna smith. *trauma et résilience*. Dunod; 2012. p. 208.
181. Landa H, Gimenez G. Le trauma et l'émotion : apports de la théorie janetienne et perspectives nouvelles. *L'Évolution Psychiatr.* 2009 Oct;74(4):497-510.
182. Marshall GN, Schell TL. Reappraising the link between peritraumatic dissociation and PTSD symptom severity: evidence from a longitudinal study of community violence survivors. *J Abnorm Psychol.* 2002 Nov;111(4):626-36.
183. Birmes P, Brunet A, Carreras D, Ducassé J-L, Charlet J-P, Lauque D, et al. The

- predictive power of peritraumatic dissociation and acute stress symptoms for posttraumatic stress symptoms: a three-month prospective study. *Am J Psychiatry*. 2003 Jul;160(7):1337–9.
184. ellert nijenhuis. dissociation structurelle de la personnalité et trauma. 2006 Jun 14;
 185. Myers CS. *Shell Shock in France, 1914-1918: Based on a War Diary*. Cambridge University Press; 2012. 161 p.
 186. Van Der Hart O, Nijenhuis E. t Steele K. (2006) *The haunted self*, New York, W.W.Norton.
 187. LeDoux JE. Emotional memory systems in the brain. *Behav Brain Res*. 1993 Dec 20;58(1–2):69–79.
 188. Salmona M. “Mémoire traumatique et conduites dissociantes” *Trauma résilience*, Dunod, p113-120.
 189. Draijer N, Langeland W. Childhood Trauma and Perceived Parental Dysfunction in the Etiology of Dissociative Symptoms in Psychiatric Inpatients. *Am J Psychiatry*. 1999 Mar 1;156(3):379–85.
 190. Bernstein EM, Putnam FW. Development, reliability, and validity of a dissociation scale. *J Nerv Ment Dis*. 1986 Dec;174(12):727–35.
 191. Darves-Bornoz JM, Degiovanni A, Gaillard P. Validation of a French version of the Dissociative Experiences Scale in a rape-victim population. *Can J Psychiatry Rev Can Psychiatr*. 1999 Apr;44(3):271–5.
 192. Carlson EB, Putnam FW. An update on the Dissociative Experiences Scale. *Dissociation Prog Dissociative Disord*. 1993;6(1):16–27.
 193. Moyano O, Claudon P. Expériences dissociatives sévères relevées dans un groupe d’étudiants français : à propos de la dépersonnalisation. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr*. 2003 Apr;161(3):183–9.
 194. The Detection and Measurement of Depersonalization Disorder : The Journal of Nervous and Mental Disease [Internet]. LWW. [cited 2015 Jan 28]. Available from: http://journals.lww.com/jonmd/Fulltext/1998/09000/The_Detection_and_Measurement_of_Depersonalization.4.aspx
 195. Coons PM. THE DISSOCIATIVE DISORDERS: Rarely Considered and Underdiagnosed. *Psychiatr Clin North Am*. 1998 Sep 1;21(3):637–48.
 196. Levels of Dissociation and Histories of Reported Abuse Among... : The Journal of Nervous and Mental Disease [Internet]. LWW. [cited 2015 Mar 7]. Available from: http://journals.lww.com/jonmd/Fulltext/1994/11000/Levels_of_Dissociation_and_Histories_of_Reported.5.aspx
 197. Kisiel CL, Lyons JS. Dissociation as a Mediator of Psychopathology Among Sexually

- Abused Children and Adolescents. *Am J Psychiatry*. 2001 Jul;158(7):1034–9.
198. ROLAND C. SUMMIT, M.D. THE CHILD SEXUAL ABUSE ACCOMMODATION SYNDROME. 1983;7:177–93.
 199. Handel G. male gender socialization and the perpetration of sexual abuse in Childhood Socialization. Transaction Publishers; 2006. p311- 327 p.
 200. Lindsay WR, Smith AHW. Responses to treatment for sex offenders with intellectual disability: a comparison of men with 1- and 2-year probation sentences. *J Intellect Disabil Res*. 2002 Jan 5;42(5):346–53.
 201. Day K. Male mentally handicapped sex offenders. *Br J Psychiatry*. 1994 Nov 1;165(5):630–9.
 202. Ricci RJ, Clayton CA, Shapiro F. Some effects of EMDR on previously abused child molesters: Theoretical reviews and preliminary findings. *J Forensic Psychiatry Amp Psychol*. 2006;17(4):538–62.
 203. Raffaella Torrisi, Céline Dessarzin, Olivier Halfon et Blaise Pierrehumbert. Abus sexuel survenu dans l'enfance et troubles dissociatifs : le rôle médiateur de l'attachement in *Enfance / Volume 2010 / Issue 04 / December 2010*, pp 433 - 442.

ANNEXES

Dissociative Experiences Scale (DES)

Instructions

Ce questionnaire comprend deux parties. La première contient quelques questions personnelles d'ordre générales. La deuxième partie comprend des questions concernant des expériences que vous pouvez avoir dans votre vie quotidienne. Nous souhaitons déterminer avec quelle fréquence vous arrivent ces expériences. Il est important, cependant, que vos réponses montrent avec quelle fréquence ces expériences vous arrivent en dehors des moments où vous pouvez être sous l'influence d'alcool ou de drogues.

Veillez répondre à la question en indiquant dans quelle mesure l'expérience décrite s'applique à vous? Il s'agit d'indiquer la fréquence de l'expérience décrite. Vous faites cela en entourant le pourcentage correspondant.

Par exemple comme ceci:

Il arrive à certaines personnes d'être tellement dans leurs pensées, qu'elles n'entendent pas la sonnette.

Entourez le chiffre correspondant au pourcentage de temps durant lequel vous éprouvez cette expérience.

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%
Jamais Tout le temps

1. Certaines personnes font l'expérience alors qu'elles conduisent ou séjournent dans une voiture (ou dans le métro ou le bus) de soudainement réaliser qu'elles ne se souviennent pas de ce qui est arrivé pendant tout ou partie du trajet.

Entourez un nombre pour indiquer le pourcentage du temps où cela vous arrive.

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%
Jamais tout le temps

2. Parfois certaines personnes qui sont en train d'écouter quelqu'un parler, réalisent soudain qu'elles n'ont pas entendu tout ou partie de ce qui vient d'être dit.

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%
Jamais tout le temps

3. Certaines personnes font l'expérience de se trouver dans un lieu et de n'avoir aucune idée sur la façon dont elles sont arrivées là.

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%
jamais tout le temps

4. Certaines personnes font l'expérience de se trouver vêtues d'habits qu'elles ne se souviennent pas avoir mis.

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%
jamais tout le temps

5. Certaines personnes font l'expérience de trouver des objets nouveaux dans leurs affaires sans se rappeler les avoir achetés.

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%
jamais tout le temps

6. Il arrive à certaines personnes d'être abordées par des gens qu'elles-mêmes ne reconnaissent pas. Ces inconnus les appellent par un nom qu'elles ne pensent pas être le leur ou affirment les connaître.

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%
jamais tout le temps

7. Certaines personnes ont parfois la sensation de se trouver à côté d'elles-mêmes ou de se voir elles-mêmes faire quelque chose, et de fait, elles se voient comme si elles regardaient une autre personne.

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%
jamais tout le temps

8. On dit parfois à certaines personnes qu'elles ne reconnaissent pas des amis ou des membres de leur famille. Marquez la ligne pour montrer quel est le pourcentage de temps où cela vous arrive.

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%
jamais tout le temps

9. Certaines personnes s'aperçoivent qu'elles n'ont pas de souvenir sur des événements importants de leur vie (par exemple, cérémonies de mariage ou de remise d'un diplôme).

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%
jamais tout le temps

10. Certaines personnes font l'expérience d'être accusées de mentir alors qu'elles pensent ne pas avoir menti.

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%
jamais tout le temps

11. Certaines personnes font l'expérience de se regarder dans un miroir et de ne pas s'y reconnaître. Marquez la ligne pour montrer quel est le pourcentage de temps où cela vous arrive.

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%
jamais tout le temps

12. Certaines personnes font parfois l'expérience de ressentir comme irréels, d'autres gens, des objets, et le monde autour d'eux.

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%
jamais tout le temps

13. Certaines personnes ont parfois l'impression que leur corps ne leur appartient pas.

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%
jamais tout le temps

14. Certaines personnes font l'expérience de se souvenir parfois d'un événement passé de manière si vive qu'elles ressentent les choses comme si elles étaient en train de revivre cet événement.

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%
jamais tout le temps

15. Certaines personnes font l'expérience de ne pas être sûres si les choses dont elles se souviennent être arrivées, sont réellement arrivées ou si elles les ont juste rêvées.

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%
jamais tout le temps

16. Certaines personnes font l'expérience d'être dans un lieu familier mais de le trouver étrange et inhabituel.

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%
jamais tout le temps

17. Certaines personnes constatent que, lorsqu'elles sont en train de regarder la télévision ou un film, elles sont tellement absorbées par l'histoire qu'elles n'ont pas conscience des autres événements qui se produisent autour d'elles.

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%
jamais tout le temps

18. Certaines personnes constatent parfois qu'elles deviennent si impliquées dans une pensée imaginaire ou dans une rêverie qu'elles les ressentent comme si c'étaient réellement en train de leur arriver.

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%
jamais tout le temps

19. Certaines personnes constatent qu'elles sont parfois capables de ne pas prêter attention à la douleur.

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%
jamais tout le temps

20. Il arrive à certaines personnes de rester le regard perdu dans le vide, sans penser à rien et sans avoir conscience du temps qui passe.

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%
jamais tout le temps

21. Parfois certaines personnes se rendent compte que quand elles sont seules, elles se parlent à haute voix.

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%
jamais tout le temps

22. Il arrive à certaines personnes de réagir d'une manière tellement différente dans une situation comparée à une autre situation, qu'elles se ressentent presque comme si elles étaient deux personnes différentes.

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%
jamais tout le temps

23. Certaines personnes constatent parfois que dans certaines situations, elles sont capables de faire avec une spontanéité et une aisance étonnantes, des choses qui seraient habituellement difficiles pour elles (par exemple sports, travail, situations sociales...).

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%
jamais tout le temps

24. Certaines personnes constatent que parfois elles ne peuvent se souvenir si elles ont fait quelque chose ou si elles ont juste pensé qu'elles allaient faire cette chose (par exemple, ne pas savoir si elles ont posté une lettre ou si elles ont juste pensé la poster).

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%
jamais tout le temps

25. Il arrive à certaines personnes de ne pas se rappeler avoir fait quelque chose alors qu'elles trouvent la preuve qu'elles ont fait cette chose.

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%
jamais tout le temps

26. Certaines personnes trouvent parfois des écrits, des dessins ou des notes dans leurs affaires qu'elles ont dû faire mais qu'elles ne se souviennent pas avoir faits.

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%
jamais tout le temps

27. Certaines personnes constatent qu'elles entendent des voix dans leur tête qui leur disent de faire des choses ou qui commentent des choses qu'elles font. Marquez la ligne pour montrer le pourcentage de temps où cela vous arrive.

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%
jamais tout le temps

28. Certaines personnes ont parfois la sensation de regarder le monde à travers un brouillard de telle sorte que les gens et les objets apparaissent lointains ou indistincts. Entourez un nombre pour indiquer le pourcentage de temps où cela arrive.

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%
jamais tout le temps

AUTEUR : Nom : JAGER WILLIAMS

Prénom : Myrane

Date de Soutenance : 20 Avril 2015

Titre de la Thèse : Le cycle de la violence sexuelle sur mineur : pistes de réflexion, avec la présentation d'un protocole de recherche explorant les troubles dissociatifs en tant que médiateur dans la transmission de la violence sexuelle sur mineur

Thèse - Médecine - Lille 2015

Cadre de classement : Psychiatrie

DES + spécialité : *Psychiatrie*

Mots-clés : violence sexuelle – mineur- troubles dissociatifs

Résumé : La violence sexuelle est un problème de santé publique, tant du fait de ses conséquences sur les victimes notamment au niveau psychiatrique : dépression, PTSD, tentatives de suicides, conduites addictives... que devant une prévalence élevée puisque qu'environ une femme sur 5 et 7 à 15% des hommes disent avoir été victime au moins une fois dans leur vie.

Depuis longtemps les professionnels de la justice comme les professionnels de santé cherchent des prises en charges adaptées pour les victimes comme pour les auteurs. Pour essayer de comprendre comment les auteurs de violence sexuelle ont été amenés à commettre de tels actes, il s'agit de se pencher sur l'état des connaissances actuelles à ce sujet. La plupart des études s'accordent sur le fait qu'il existe une prévalence élevée d'antécédents de victimisation sexuelle dans l'enfance, chez les auteurs de violences sexuelles (de 27 à 93%). La prévalence retenue en général est de l'ordre de 30%. Ce chiffre augmente en fonction du type d'agresseur sexuel, elle est beaucoup plus élevée chez les auteurs de violence sexuelle sur enfants. 50% voir plus présenteraient des antécédents de victimisation sexuelle dans l'enfance.

Forcé de constater que de nombreux auteurs ont été victimes et que la plupart des victimes ne deviennent pas auteurs, qu'est ce qui permet à la plupart des victimes de casser le cycle de la violence sexuelle et d'autres non ?

Peu d'études à notre connaissance se sont penchées sur cette problématique. Nous proposons d'explorer les facteurs impliqués dans le cycle de la violence sexuelle sur des enfants, d'un point de vue psychanalytique, sexologique et cognitivo-comportemental. Puis nous abordons les hypothétiques facteurs médiateurs impliqués dans le cycle de la violence sexuelle sur des enfants, décrits dans un article de Collin Vézina et son équipe en 2003 : les caractéristiques de la violence sexuelle subie, les troubles de l'attachement et les troubles dissociatifs.

Nous choisissons d'exposer un protocole de recherche sur les troubles dissociatifs en tant que possible facteur impactant liant la victimisation sexuelle dans l'enfance au passage à l'acte sexuelle sur des enfants.

Composition du Jury :

Président : Pr Pierre THOMAS

**Assesseurs : Pr Olivier COTTENCIN
Pr Valéry HEDOUIN**

Directrice de thèse : Dr Tiphaine SEGURET