

UNIVERSITÉ DE STRASBOURG
ÉCOLE DE SAGES-FEMMES DE STRASBOURG

ANNÉE UNIVERSITAIRE 2015-2016

**VIOLENCES SEXUELLES DURANT L'ENFANCE :
Quelles conséquences sur la sexualité ?**

DIPLÔME D'ÉTAT DE SAGE-FEMME

MÉMOIRE PRÉSENTÉ ET SOUTENU
PAR

DOLLINGER Margot

Née le 25 août 1992 à Haguenau

Directeur de mémoire : Docteur Jean-Georges ROHMER

Codirecteur de mémoire : Mme Henriette WALTHER

Date de soutenance : 12 mai 2016

Discipline : Sciences humaines et sociales

Attestation d'authenticité

Ce document rempli et signé par l'étudiant concerne tous documents soumis à évaluation de l'année universitaire en cours.

Je, soussigné : (nom et prénom).....DOZZINGER Margot.....

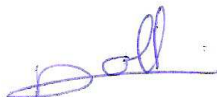
Etudiant(e) de : (année de formation).....2015-2016.....

Etablissement : Ecole de Sages-Femmes de
Strasbourg.....

Certifie que le document soumis ne comporte aucun texte ou son, aucune image ou vidéo copié sans qu'il soit fait explicitement référence aux sources selon les normes de citation universitaires.

Fait à HERTZWILLER le...17 mars...2016

Signature de l'étudiant(e).



Tout plagiat réalisé par un étudiant constitue une fraude au sens du décret du 13 juillet 1992 relatif à la procédure disciplinaire dans les Établissements publics à caractère scientifique, culturel et professionnel. La fraude par plagiat relève de la compétence du Conseil de discipline de l'Ecole de Sages-Femmes. En général la sanction infligée aux étudiants qui fraudent par plagiat s'élève à un an d'exclusion de tout établissement d'enseignement supérieur.

Tout passage ou schéma copié sans qu'il soit fait explicitement référence aux sources, selon les normes de citation universitaires, sera considéré par le jury ou le correcteur comme plagié

REMERCEMENTS

Je souhaiterais adresser mes remerciements à toutes les personnes qui ont contribué de près comme de loin à la réalisation de ce mémoire.

Ce travail a été réalisé sous la direction de **Monsieur le Docteur Jean-Georges Rohmer**. Qu'il reçoive ici l'expression de ma profonde reconnaissance pour avoir accepté de diriger ce mémoire, pour avoir m'avoir guidé et accordé de son temps dans l'élaboration de ce travail, et pour ces riches discussions que nous avons eues.

Je souhaite exprimer toute ma gratitude envers **Madame Henriette Walther**, la co-directrice ce mémoire. Merci pour sa disponibilité, ses conseils et ses encouragements.

Merci à **Monsieur François Biringer** pour le temps qu'il m'a accordé au début de ce travail et les orientations qu'il lui a données.

Mes remerciements vont également à **Camille, Noémie, Stéphanie, Thierry et Caroline** pour leur aide précieuse et leur disponibilité pour relire ce travail avec attention.

Merci à **Coralie, Léa, Justine, Marie, Loïs** et mes camarades de promotion pour leur soutien et tous ces moments partagés au cours des quatre années d'école.

Un grand merci à tous **mes amis d'enfance** pour leur amitié, leur joie de vivre et leur présence à mes côtés !

Je souhaite enfin remercier **mes parents, ma sœur et Luc**, pour leur aide inconditionnelle, pour leur amour, leurs encouragements et leur soutien tout au long de mes études.

SOMMAIRE

GLOSSAIRE.....	3
INTRODUCTION.....	4
MATERIEL ET MÉTHODES.....	8
I-La démarche méthodologique.....	9
II-La recherche bibliographique.....	9
1.Choix et justifications des termes utilisés.....	9
2.Sélection du matériel.....	11
III-Les cas cliniques.....	13
RÉSULTATS.....	14
I-L'expérience traumatisante et les stratégies de défenses : point de vue neurobiologique.	15
1.Le traumatisme de l'agression sexuelle et les mécanismes neurobiologiques.....	15
1.1.L'événement traumatique.....	15
1.2.La réponse émotionnelle physiologique.....	15
1.3.La réponse émotionnelle traumatique.....	16
2.Le syndrome post-traumatique et les stratégies de survie.....	17
3.Les conséquences somatiques, psychiatriques et psychoaffectives du traumatisme sexuel.....	18
II-Le traumatisme sexuel précoce et la théorie de la séduction : point de vue psychopathologique.....	19
III-Les troubles sexuels.....	22
1.L'hyposexualité.....	22
1.1.Troubles du désir sexuel et aversion sexuelle.....	22
1.2.Troubles de l'excitation et de la satisfaction sexuelle.....	25
1.3.Troubles de l'orgasme.....	28
2.L'hypersexualité.....	29
IV-Les comportements à risque liés à la santé sexuelle.....	31
1.Le nombre de partenaires sexuels	32
2.L'âge du premier rapport sexuel.....	33
3.L'activité sexuelle en échange d'argent ou de biens.....	34
4.L'activité sexuelle et consommation d'alcool et de drogues.....	34
5.Les infections sexuellement transmissibles et l'utilisation de préservatifs.....	36
6.Les grossesses, les interruptions volontaires de grossesse et les comportements contraceptifs	39
7.La revictimisation.....	43
8.Synthèse des comportements sexuels à risques	44

V-Cas clinique n°1	46
VI-Cas clinique n°2.....	51
DISCUSSION.....	55
I-Limites et biais de notre travail de recherche.....	56
II-Confrontation des résultats des études avec les données des observations cliniques.....	60
1.Troubles hyposexuels et cas clinique n°1 de Mme B.....	60
2.Troubles hypersexuels, comportements sexuels à risque et cas clinique n°2 de Mme V.	65
3.L'ambivalence sexuelle.....	74
4.Les modèles conceptuels et théoriques.....	76
4.1.Le modèle des dynamiques traumatogéniques de Finkelhor et Browne (1985).....	76
4.2.Le modèle de l'auto-trauma de Briere (1996).....	78
5.Les modèles neurobiologiques.....	79
III-Les apports et recommandations à la pratique du professionnel de santé.....	81
1.L'existence des violences sexuelles chez les filles et jeunes femmes : pourquoi ?.....	81
2.Le rejet des victimes et les difficultés rencontrées par les professionnels de la santé..	82
3.Le repérage et le diagnostic d'antécédents de violences sexuelles durant l'enfance.....	85
4.Les recommandations dans la prise en charge des victimes de violences sexuelles....	88
CONCLUSION.....	92
BIBLIOGRAPHIE.....	95
ANNEXES.....	103

GLOSSAIRE

- **AIVI** : Association Internationale des Victimes de l'Inceste
- **ASA** : Adolescence Sexual Abuse (abus sexuels durant l'adolescence)
- **CSA** : Childhood Sexual Abuse (abus sexuels durant l'enfance)
- **CRIAVS** : Centre de Ressources pour les Intervenants auprès des Auteurs de Violences sexuelles
- **DSH** : Désir Sexuel Hypo-actif
- **IST** : Infection Sexuellement Transmissible
- **IVG** : Interruption volontaire de grossesse
- **NSA** : Non-Sexually Abused (pas d'abus sexuels)
- **OMS** : Organisation Mondiale de la Santé
- **VIH** : Virus de l'Immunodéficience Humaine

INTRODUCTION

C'est depuis une vingtaine d'années que nous observons un intérêt particulier à la problématique des violences sexuelles durant l'enfance. Des recherches et des études internationales ont permis de révéler la réalité de ce phénomène et ont mis en évidence les conséquences dans la vie de la victime du court au long terme. Un récent rapport de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) (1) en 2014 décrit que 20% des femmes dans le monde ont subi des violences sexuelles durant leur enfance. Au niveau national, le Docteur Muriel Salmona tire la sonnette d'alarme en mars 2015 (2), en publiant une large enquête effectuée de mars à septembre 2014 où la parole a été donnée aux victimes. Elle y dresse un rapport édifiant de l'impact des violences sexuelles perpétrées durant l'enfance à l'âge adulte et décrit une réelle situation d'urgence sanitaire et sociale, incitant les pouvoirs publics à mettre en œuvre des moyens afin « d'enrayer le cycle infernal des violences sexuelles ». En effet, une femme sur cinq déclare avoir subi des violences sexuelles et les mineurs sont les principales victimes avec 81% de violences sexuelles avant l'âge de 18 ans dont 51% avant 11 ans et 21% avant 6 ans. La famille et la sphère amicale sont considérées dans cette étude comme des environnements à hauts risques.

Des études internationales publiées dans des revues prestigieuses démontrent que sans prise en charge adaptée et spécialisée, les violences subies pendant l'enfance sont un déterminant majeur de la détérioration de la santé et du bien-être de la population adulte, même 50 ans après. En effet, les victimes perdent jusqu'à vingt ans d'espérance de vie (3,4). En 2010, l'OMS déclare que les violences constituent un des principaux problèmes de santé publique, au vu des chiffres d'ampleur épidémique et de l'impact sur la santé à long terme. Il faut savoir qu'en dehors de la torture, les violences sexuelles ont le plus grand potentiel traumatisant et les conséquences sont notables sur les plans physiques, psychologiques, psychiatriques, neurologiques, sociaux et affectifs pour l'enfant et pour l'adulte en devenir. Ces violences sont vécues comme un traumatisme qui s'ancre directement dans le corps de la victime en donnant naissance à des symptômes qui peuvent notamment s'exprimer à travers la sexualité une fois l'âge adulte atteint (5). L'impact de ces conséquences est également visible au niveau social et économique, avec une estimation du coût des violences sexuelles pour la sécurité sociale française de plus de 8 milliards euros par an. (6)

Depuis quelques années, la profession de sage-femme en France a vu ses missions s'élargir et le nombre de compétences s'accroître, et ce, pour une meilleure réponse aux

besoins actuels en santé de la mère et de l'enfant. En effet, la loi de 2009 portant sur la réforme Hôpital, Patients, Santé et Territoires (7), prévoit désormais que « l'exercice de la profession de sage-femme peut comporter la réalisation de consultations de contraception et de suivi gynécologique de prévention, sous réserve que la sage-femme adresse la femme à un médecin en cas de situation pathologique ». Ainsi, compte tenu du référentiel métier et compétences des sages-femmes de 2010, elle doit être en mesure d'instaurer le dialogue autour de la sexualité avec la femme et/ou le couple dans le cas d'une grossesse et dans le suivi gynécologique, tout en veillant à prévenir et dépister les situations de vulnérabilité. Les sages-femmes, au même titre que les gynécologues-obstétriciens, sont donc en première ligne pour repérer les éventuels signes d'appel lors de consultations et dépister des antécédents de maltraitements sexuels.

Sensible à aborder et parfois considéré comme tabou, ce sujet suscite en moi beaucoup d'intérêt au vu de l'ampleur du phénomène et des lourdes conséquences sur la sexualité, dominée par la mémoire traumatique et l'état de santé des victimes. En tant que future professionnelle, ce travail de recherche apportera des connaissances supplémentaires à ma formation initiale et me permettra d'appréhender de manière plus sereine la prise en charge de ces femmes et ainsi, d'être plus sensible et plus à l'écoute lors de troubles évoqués par une femme sur le terrain de la sexualité, sans pour autant affirmer un lien automatique avec de possibles antécédents de violences sexuelles durant l'enfance. De plus, en tant que citoyenne et sur le plan personnel, à travers l'élaboration de ce mémoire et sa diffusion auprès de mes consœurs et confrères, je cherche à m'engager dans cette lutte contre les violences sexuelles qui va à l'encontre des droits fondamentaux, de la dignité et de l'intégrité de l'individu. Une société comme la nôtre qui reconnaît la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme, se doit de ne tolérer aucune forme de violence et de porter secours aux victimes en les soignant et les protégeant.

La problématique de ce mémoire est la suivante : **quelles sont les conséquences des violences sexuelles durant l'enfance sur la sexualité ?**

Pour tenter d'y répondre, notre travail de recherche comporte deux objectifs. Le principal est de révéler la nature de ces conséquences d'antécédents de violences sexuelles durant l'enfance sur la sexualité de l'adolescente et de la femme à l'âge adulte. L'objectif second est de

sensibiliser les professionnels de santé et notamment les sages-femmes à la problématique des violences sexuelles vécues durant l'enfance et des répercussions sur la sexualité féminine, en apportant les connaissances essentielles et les recommandations nécessaires à un dépistage et une prise en charge en réseau de soins.

Pour cela, nous avons émis deux hypothèses :

- Les femmes ayant subi des violences sexuelles durant leur enfance souffrent d'une hyposexualité.
- Des comportements sexuels à risque sont observés chez les adolescentes et les femmes ayant comme antécédents des violences sexuelles durant leur enfance.

Après une description et une justification de la démarche méthodologique de notre travail de recherche, nous définirons dans la partie « Résultats » la violence sexuelle, ses mécanismes psychotraumatiques et ses conséquences : prérequis essentiels à la compréhension de la problématique. Nous détaillerons ensuite les données des études de notre revue de la littérature concernant les troubles sexuels avec l'hyposexualité, l'hypersexualité et les comportements sexuels à risque. Dans la dernière partie, nous discuterons des limites et biais de notre recherche bibliographique, avant d'analyser et d'expliquer les résultats de nos études en regard des données des cas cliniques. Enfin nous réaliserons une synthèse des difficultés rencontrées tant par les victimes que par les professionnels de santé, pour ensuite tenter de proposer des recommandations aux sages-femmes dans le repérage, le diagnostic et la prise en charge des patientes ayant comme antécédents des violences sexuelles durant l'enfance.

MATERIEL ET MÉTHODES

I- La démarche méthodologique

Nous tenterons de répondre à notre problématique au moyen d'une revue de la littérature. Les études scientifiques quantitatives à grande échelle ont mis en lumière d'importants résultats et des avancées pertinentes, permettant une plus grande connaissance à l'heure actuelle sur ce problème de santé publique. La recherche quantitative est une approche systématique de collecte, de quantification et d'analyse de données à l'aide de modèles statistiques d'étude, généralisant ainsi les résultats à l'ensemble d'une population. La recherche qualitative s'intéresse quant à elle au vécu et à l'expérience personnelle de l'individu, et au sens donné par celui-ci à son histoire personnelle, ce qui est également essentiel pour comprendre ce phénomène social. Ainsi il semble pertinent de conjuguer à la fois les aspects quantitatifs et qualitatifs de notre problématique.

Au vu de la difficulté à entreprendre des entretiens individuels sur un sujet très sensible et non abordable à notre niveau de formation, nous avons fait le choix d'exploiter le versant qualitatif au moyen de cas cliniques afin d'étayer notre revue de la littérature.

II- La recherche bibliographique

1. Choix et justifications des termes utilisés

L'existence de difficultés sémantiques s'est révélée au cours d'élaboration de notre mémoire. En effet, plusieurs termes se confondent et il semble important d'éclaircir certains points et d'argumenter notre choix définitif.

Dans son livre intitulé *Les enfants victimes d'abus sexuels* (1992), Marceline Gabel annonce que l'expression « abus sexuels » a été retenue en France, en préférence à sévices, violences (qui excluent, selon elle, les abus sans violences) ou exploitation sexuelle. L'OMS, quant à elle, utilise le terme de « maltraitances sexuelles » en donnant la définition suivante : « L'exploitation sexuelle d'un enfant implique que celui-ci est victime d'un adulte ou d'une personne sensiblement plus âgée que lui aux fins de satisfaction sexuelle de celle-ci. Le délit peut prendre différentes formes : appels téléphoniques obscènes, outrage à la pudeur et voyeurisme, images pornographiques, rapports ou tentatives de rapports sexuels, viol, inceste ou prostitution des mineurs ».

Le terme « abus sexuel » est issu de la littérature anglo-saxonne. Pour Kurgman et

Jones (1998), c'est « la participation d'un enfant ou d'un adolescent mineur à des activités sexuelles qu'il n'est pas en mesure de comprendre, qui sont inappropriées à son développement psycho-sexuel, qu'elles soient subies sous la contrainte, par violence ou séduction, ou qui transgressent les tabous sociaux » (8). Dans la littérature internationale, le terme « abus sexuels sur mineurs » prend en compte tous les actes allant de l'exhibitionnisme au viol et à la pénétration de tout type sur les enfants. Néanmoins il est important de souligner que le terme d'abus n'a pas la même signification en anglais et en français. De nombreux auteurs francophones réfutent l'utilisation du terme d'« abus » car il met en jeu une notion d'un niveau de tolérance. D'après Dr Muriel Salmona (psychiatre, psychotraumatologue et médecin-coordonateur en victimologie), l'utilisation de la dénomination « violences sexuelles » serait davantage appropriée car « le terme d'abus sexuel peut sous-entendre qu'un acte serait possible s'il n'était pas abusif ». Dans ce cas, ce serait donc l'abus qui constituerait le crime ou le délit et non pas l'acte en lui-même. De plus, le terme « violences sexuelles » est celui consacré dans les dénominations des associations et centres de ressources francophones qui traitent de la problématique. Comme par exemple le Centre de Ressources pour les Intervenants auprès des Auteurs de Violences sexuelles (CRIA VS) et l'association « Stop aux violences sexuelles » dirigée par le Pr Louis Jehl (chef de service psychiatrie et psychologie médicale, psychotraumatologie et addictologie du Centre Hospitalier Universitaire de la Martinique). Nous avons donc fait le choix d'utiliser la dénomination « violences sexuelles », qui est actuellement la plus utilisée par les professionnels dans ce domaine. Néanmoins le terme anglo-saxon « sexual abuse » fait référence au niveau international.

Nous tenons également à préciser que les études scientifiques sélectionnées font usage du terme « Childhood Sexual Abuse » (CSA), terme anglo-saxon traduit en français par « abus sexuels durant l'enfance ». Actuellement, aucun consensus au niveau national et international, n'ont permis d'émettre une définition commune aux violences sexuelles commises durant l'enfance. L'adolescence est une notion psychologique et sociale, différente de la période de la puberté qui est limitée par des âges précis. En médecine, la spécialité de la pédiatrie s'étend du nourrisson à la majorité établie à 18 ans. Rajoutons que l'enfant est défini en Droit, comme tout sujet âgé de moins de 18 ans.

Concernant la population étudiée, elle s'étend de la jeune adolescente à la femme adulte puisque nous étudions les répercussions des violences sexuelles de l'enfance sur la sexualité féminine dans sa globalité.

2. Sélection du matériel

Notre recherche documentaire a débuté en novembre 2014 et s'est achevée en juin 2015. La base de données utilisée pour notre recherche bibliographique était MEDLINE (National Library of Medicine, États-Unis), via son interface en ligne Pubmed.

Critères d'inclusion des articles :

- publiés de 2000 à 2015
- écrits en anglais ou en français
- avec une population féminine
- publication dans une revue avec un comité de lecture
- consentement éclairé des participants et validation au comité d'éthique

Critères d'exclusion des articles :

- avec une population exclusivement masculine
- traitant des mutilations sexuelles

Les ressources suivantes ont également été consultées afin de recueillir le maximum de données pertinentes:

- Cairn.info ;
- Cochrane Library ;
- Organismes internationaux/nationaux et sociétés savantes compétentes dans le domaine (Organisation Mondiale de la Santé, la Haute Autorité de Santé, etc) ;
- Internet et moteurs de recherches notamment pour les associations ;
- Références de la littérature grise.

Dans un premier temps et afin d'identifier les études scientifiques correspondant aux critères d'inclusion, une lecture des titres et des résumés a été effectuée afin de déterminer le degré de pertinence de l'article, ainsi qu'une vérification de l'*impact factor* des revues de publications de chaque article (allant de 1,8 à 10,3). La bibliographie de chaque article nous a également aidé à étoffer notre sélection. Ainsi, nous avons pu sélectionner 29 articles dont 12 concernant les troubles sexuels et 17 concernant les comportements sexuels à risque. Nous les

avons présentés dans un tableau récapitulatif avec les critères suivants : titre – année – auteurs – objectifs – population / échantillon – matériels / méthodes – principaux résultats en regard des hypothèses. Ce tableau a été soumis au directeur de mémoire mi-juillet. S'en est suivi une seconde sélection, après élimination des articles non conformes et non pertinents à notre recherche. Notre revue de littérature est actuellement constituée de 18 articles.

Dans son côté pratique, ce tableau offre également une vue d'ensemble de la recherche bibliographique et des éléments clés concernant chaque article. Il est facilement consultable car classé par auteurs et par ordre alphabétique (Annexe I).

Ci-dessous, les termes utilisés dans PubMed avec leur opérateur logique et le nombre de résultats en regard de chaque combinaison effectuée, le nombre d'articles retenus lors de la première sélection ainsi que le nombre définitif des articles qui constituent notre revue de littérature.

Combinaison de termes	Nombre total de résultats (juin 2015)	Première sélection Nombre d'articles retenus	Sélection définitive Nombre d'articles retenus
"Child Abuse, Sexual"[Mesh Terms] AND "Sexual Dysfunction, Physiological"[Mesh]	29	12	7
"Child Abuse, Sexual" [Mesh Terms] AND "Sexual Dysfuctions, Psychological" [Mesh Terms]	422		
"Child abuse, sexual"[MeSH Terms] AND "sexual risk-taking"[All fields]	16	19	11
"Child abuse, sexual"[MeSH Terms] AND "sexual risk behaviors"[All fields]	24		
"Child abuse sexual "[MeSH Terms]) AND "risky sexual behaviors" [All fields]	66		

III- Les cas cliniques

Deux cas cliniques nous ont été fournis par Dr Jean-Georges Rohmer, le directeur de ce mémoire, en lien avec notre problématique et nos hypothèses.

Le premier cas clinique constitue un rapport d'expertise d'un psychiatre à la demande d'un juge d'instruction dans le cadre d'une affaire judiciaire. Ce cas clinique présente : les antécédents du sujet - l'environnement familial - les relations familiales et amoureuses - le parcours scolaire et professionnel - les circonstances des faits - la vie affective et sexuelle - l'interprétation du cas sur un plan psychiatrique.

Le deuxième cas clinique est tiré d'un dossier d'une patiente hospitalisée en unité psychiatrique : les antécédents du sujet – l'histoire familiale – les hospitalisations et les conduites à risque.

Nous avons choisi de faire apparaître dans nos résultats, certaines données psychiatriques et psychologiques de nos observations cliniques qui, de prime abord ne concernent pas directement le domaine de la sexualité en tant que tel. Néanmoins, comme le définit l'OMS, la santé sexuelle « est un état de bien-être physique, émotionnel, mental et social » et « est influencée par des facteurs biologiques, psychologiques, sociaux, économiques, politiques, culturels, éthiques, juridiques, historiques, religieux et spirituels ». Le versant psychologique est donc essentiel dans le domaine de la sexualité. Ces observations cliniques nous apportent des éléments précis et complets avec un historique des faits, l'apport du vécu et des perceptions de la victime sur son passé, son état général au moment de l'expertise ainsi que des éléments de l'évaluation psychiatrique. Toutes ces données ne sont pas accessibles dans les articles scientifiques. Ils sont pourtant nécessaires à la compréhension de notre problématique, d'où l'utilité du versant qualitatif.

Nous tenons à rappeler que notre sujet traite du domaine de la sexualité. Les résultats concernant d'autres conséquences possibles sont cités dans l'observation clinique mais ne seront pas exploités dans la partie discussion. Ce choix est en lien direct avec l'objectif secondaire de notre travail de recherche qui est de sensibiliser au maximum les professionnels de santé sur les multiples effets dévastateurs des violences sexuelles vécues durant l'enfance sur les plans physique, psychologique, psychiatrique, social et affectif.

RÉSULTATS

I- L'expérience traumatisante et les stratégies de défenses : point de vue neurobiologique

1. Le traumatisme de l'agression sexuelle et les mécanismes neurobiologiques

1.1. L'événement traumatique

L'événement traumatique se définit par le fait qu'un individu « a vécu, a été témoin ou a été confronté à un ou plusieurs événements ayant menacé son intégrité physique et psychique ou celles d'autres personnes présentes, ayant provoqué une peur intense, un sentiment d'impuissance ou d'horreur et ayant développé des troubles psychiques liés à ce(s) traumatismes ». C'est un état psychique ressenti comme traumatisant pour un sujet à un moment de son histoire personnelle. Cette définition a été tirée du DSM-IV, un ouvrage de références publié par la Société Américaine de Psychiatrie, qui décrit et classe les différents troubles mentaux. De ce fait, tous actes de violences sexuelles sont susceptibles de provoquer un traumatisme chez la victime (9). Il est à noter que d'après une étude, seules 39,3% des victimes ont rapporté la crainte ou l'horreur au moment de l'agression, et que la peur n'est pas directement associée à la détresse chez l'adulte. Ainsi, tous les critères du traumatisme peuvent ne pas être présents au moment des faits et durant l'enfance alors que des symptômes seront visibles plus tard à l'âge adulte (10).

Nous reprenons ici le travail du Docteur Muriel Salmona afin d'expliquer les mécanismes de survies psychologiques et neurobiologiques que développent une victime suite à un traumatisme.

1.2. La réponse émotionnelle physiologique

Le système limbique est activé lors d'une situation dangereuse. C'est l'amygdale qui donne au souvenir une connotation négative. L'hippocampe, elle, est responsable des souvenirs d'apprentissage, de l'intégration de la mémoire émotionnelle amygdalienne non consciente en mémoire consciente autobiographique et des repères spatio-temporels. Elle

reçoit un stimulus suite à un danger et le transmet au cortex associatif dont le but est d'analyser les informations sensorielles et émotionnelles pour mobiliser les connaissances et représentations afin de prendre une décision. Le cortex associatif module et éteint l'amygdale par rétrocontrôle.

1.3. La réponse émotionnelle traumatique

Le caractère terrorisant et transgressif d'une agression sexuelle génère un état de sidération et de paralysie psychique pouvant entraîner une pétrification physique (la victime ne peut ni bouger, ni analyser la situation qu'elle est en train de vivre). Le cortex et l'hippocampe sont dans l'incapacité de se représenter l'événement. Ainsi, la réponse émotionnelle, normalement modulée et éteinte par l'activité corticale, continue d'augmenter et un stress extrême s'installe avec une sécrétion de neuro-hormones (adrénaline et cortisol) à des doses toxiques entraînant un risque fonctionnel cardiovasculaire et neurologique. Ceci impose au cerveau la mise en place de mécanismes de sauvegarde neurobiologiques. Ce risque fonctionnel va faire « disjoncter » le circuit émotionnel grâce à la production de neuromédiateurs (des endorphines et des antagonistes des récepteurs NMDA effet kétamine-like) entraînant une extinction de la réponse émotionnelle, une chute des taux de cortisol et d'adrénaline et donc une suppression du risque. Il y a aussi une déconnexion entre l'amygdale et le cortex associatif (les informations traitées par le cortex sont sans connotation émotionnelle, sans souffrances physiques et psychiques) et une déconnexion entre l'amygdale et l'hippocampe (non intégration de la mémoire émotionnelle amygdalienne non consciente en mémoire consciente autobiographique), ayant pour conséquences :

- une **anesthésie émotionnelle** et **physique** parallèlement à un état dissociatif, caractérisée par une conscience altérée et des troubles mnésiques partiels ou totaux: la victime ressent un sentiment d'irréalité, de dépersonnalisation, une altération spatio-temporelle, un sentiment de déformation de l'image de son corps et d'irréalité. Ces symptômes dissociatifs marquant la rupture de l'unité psychique sont présents au moment de la phase immédiate et post-immédiate de l'agression lors de l'état de stress aigu. Ils ne peuvent qu'être transitoires mais peuvent également s'installer de façon durable.
- une **mémoire traumatique** qui reste piégée de façon immuable avec des affects

intacts et qui peuvent envahir la conscience lors de stimuli sensoriels, cénesthésiques, algiques ou contextuels rappelant partiellement ou en totalité l'événement traumatique. La victime revit ainsi la scène violente de façon hallucinatoire, avec la même angoisse initiale et les mêmes sensations, engendrant un nouveau cycle de survoltage et de risque fonctionnel (5,9).

2. Le syndrome post-traumatique et les stratégies de survie

Le syndrome psychotraumatique est un trouble psychique complexe qui associe des symptômes anxieux à des perturbations mnésiques, et qui est organisé autour des symptômes de reviviscence du souvenir traumatique : il s'agit cette mémoire traumatique citée ci-dessus. Les violences sexuelles sont celles, avec les actes de torture et de barbarie, qui génèrent le plus de conséquences psychotraumatiques et dans plus de 80% des cas, la victime développe un état de stress post-traumatique chronique associé à des troubles dissociatifs qui sont présents de façon significative pendant plus d'un mois après l'agression. Si les violences sexuelles ont débuté durant l'enfance, ce chiffre s'élève à 87%.

La vie de la victime devient « un terrain miné » avec des réminiscences telles des flash-backs souvent incompréhensibles, une souffrance psychique intolérable et une sensation d'insécurité permanente et de danger imminent. Elle est aussi à l'origine d'une confusion entre ce qui vient d'elle et ce qui émane des violences subies. Ainsi, la victime peut penser à tort avoir des fantasmes ou des jouissances perverses alors que ces derniers émanent en réalité de l'agresseur, provoquant mépris et haine.

Plus ces violences se sont déroulées tôt dans la vie, plus la vie du sujet se construira autour de ces sensations de terreur, sans comprendre les pensées et les actes pervers, ni pouvoir se situer entre leur vraie sexualité et personnalité et l'envahissement de la mémoire traumatique. La victime se confond dans des personnalités différentes : une personne normale, une personne traumatisée, une personne absente et vide, une moins-que-rien, une personne violente et perverse qui doit être contrôlée et censurée. La difficulté majeure est de maintenir une certaine « unité » créant une impression d'être une personne instable, oscillant entre des personnalités d'emprunt. La perception de soi-même est mise à mal, tout comme la sensation d'évidence et de cohérence provoquant des peurs inexplicables et même une hypervulnérabilité dans des situations sans risques et banales (9).

Des stratégies de survie se mettent en place pour éviter la reviviscence de la mémoire traumatique :

- des **conduites d'évitement**, de **contrôle** et **d'hyper-vigilance** vis à vis de l'environnement : évitement des situations et des sensations de stress ou rappelant les violences sexuelles, évitement des émotions, de la pensée et de tout stress, engendrant notamment des comportements phobiques et de retrait social et affectif ;
- des **conduites à risque dissociatives**, lorsque les conduites d'évitement ne sont plus possibles ou efficaces. Le but est de s'anesthésier et de provoquer cet état de dissociation par une « disjonction provoquée ». Elle peut se faire soit en provoquant un stress élevé par des mises en danger, des conduites addictives, des conduites délinquantes afin de sécréter une dose suffisante de drogues endogènes, soit par la consommation de drogues exogènes pour leurs effets dissociatifs et anesthésiants.

Ces conduites à risques sont souvent répétées et compulsives. Elles calment momentanément la souffrance de la victime tout en aggravant sa mémoire traumatique, créant une véritable addiction à ces mises en danger. Elles sont incompréhensibles et stigmatisantes pour l'entourage et les professionnels, et à l'origine d'une importante culpabilité et d'une mauvaise estime de soi chez les victimes. Dans le cas où les violences sexuelles sont répétées et continues, et que la victime reste en présence de son agresseur, comme c'est le cas dans l'inceste et les violences intrafamiliales, l'état dissociatif s'installe de façon durable pour permettre la survie de l'enfant. Ce dernier est perçu comme aréactif, perdu et désorienté et peut être considéré à tort comme déficient (5).

3. Les conséquences somatiques, psychiatriques et psychoaffectives du traumatisme sexuel

En plus des conséquences sur la sexualité, les mécanismes de survie et de défense décrits ci-dessus vont être responsables de l'apparition d'un large panel de troubles chez l'enfant et l'adolescent qui se poursuivront à l'âge adulte. Des troubles somatiques causés par un état de stress permanent et d'hypervigilance comme l'asthénie récurrente, douleurs chroniques, les troubles du sommeil, de l'alimentation, gastro-intestinaux, sphinctériens, cardiovasculaires, pulmonaires, neurologiques, dentaires, ORL, endocriniens,

dermatologiques et allergiques, ont été décrits par la littérature. Elles sont sources de motif de consultation à répétition et d'inventions chirurgicales (3).

Le lien avec des troubles psychiatriques et psychoaffectifs a pu être établi et il s'exprime notamment par des troubles anxieux (crise d'angoisse et phobique), troubles dépressifs (modérés à des idéations suicidaires), troubles cognitifs et échec scolaire, troubles du comportement avec violences contre soi-même et autrui, troubles de la personnalité de type border-line et difficultés d'insertion sociale et professionnelle (11).

II- Le traumatisme sexuel précoce et la théorie de la séduction : point de vue psychopathologique

De par son degré d'immaturité biologique et sexuelle, d'un manque de capacité d'appréhension, d'un développement psychique insuffisant, l'enfant est prédisposé au traumatisme sexuel.

Fin du XIXème siècle, Freud et Breuer rédigent les premiers écrits sur les traumatismes psychiques d'ordre sexuel et notamment sur les chocs psychiques liés à la sexualité : la notion de traumatisme sexuel précoce fait son apparition (12). Le « trauma » est défini par une effraction produite avec violence, le « sexuel » est le fait pour un adulte d'assouvir ses désirs auprès d'un enfant immature et dépourvu de ces mêmes désirs. La « précocité » quant à elle signifie la période antérieure à la puberté. Une scène sexuelle est imposée à l'enfant qui est dans l'incapacité d'en comprendre le sens, le plaçant ainsi dans une situation passive et impuissante. Pour Freud, l'événement sexuel en lui-même n'est pas traumatique, c'est son souvenir : « l'effet de l'après-coup ». Le traumatisme prend sa source à l'intérieur du sujet et l'appareil psychique de l'enfant a subi une effraction. Le refoulement et la répression des affects ne sont pas efficaces et le souvenir traumatique peut à tout moment faire surface au niveau de la conscience et se manifester de façon symptomatique à travers « une idée fixe » ou des « conversions somatiques ». Néanmoins, Freud finit par abandonner cette théorie et s'attache à développer sa théorie du complexe œdipien. D'après lui, les scènes de violences sexuelles rapportées par ses patients ne sont en fait que des « productions fantasmatiques » (13).

C'est Sándor Ferenczi (1873-1933) (14), disciple de Freud qui reprendra cette idée de traumatisme sexuel précoce qui, pour lui, est un facteur pathogène dans la structuration de la personnalité. Il compare la sexualité infantile à la « préhistoire » : notion qui précède l'entrée dans l'histoire mais dont l'impact est primordial pour l'humanité. La sexualité de l'enfant d'abord considérée comme traumatisée dans la première théorie de Freud, devient une sexualité traumatisante dans la nouvelle théorie des pulsions de Ferenczi, de par les conflits qui en résultent dans les instances psychiques (le Moi et le Surmoi) (5). Il distingue bien la sexualité de l'enfant de celle de l'adulte comme deux langages différents : langage de tendresse pour l'enfant et langage de passion pour l'adulte. L'enfant est un pervers polymorphe, innocent, ignorant et impuissant. Sa sexualité est composée de fantasmes sexuels ludiques et d'un érotisme tendre, qui sera perverti par une excitation sexuelle prématurée d'un adulte éveillé par ses désirs sexuels, provoquant un viol psychique chez l'enfant (13).

Sans moyen de défense, ni moral, ni physique, les violences sexuelles sont imposées à l'enfant alors qu'il est un être en devenir et en construction, qui nécessite des besoins fondamentaux pour survivre (affectifs, nutritifs, sécuritaires), et voue une dépendance aux adultes. Le développement psychique, physique et sexuel de l'enfant est mis en péril, d'autant plus que l'agresseur est un membre de la famille ou qui a autorité sur lui, ce qui génère un fort sentiment de trahison par l'abus de confiance et de pouvoir. L'absence de confiance et la peur dans les relations intimes futures en sont le reliquat (5). La sexualité infantile se construit autour des interdits, notamment celui de l'inceste qui fait naître frustration et agressivité qui se canalisent. Les interdits, fondements structurants de la société, comme celui de l'inceste ont pour but d'imposer des limites à l'enfant : la séparation par la métaphore paternelle et la notion de manque et de reconnaissance de la perte. Dans les violences sexuelles et de l'inceste, il y a un arrêt dans le développement de la vie sexuelle de l'enfant qui prend une tournure perverse. Les processus de symbolisation et de mentalisation s'avèrent impossibles et les interdits sociaux ne sont pas intégrés lors de l'émergence de la sexualité. L'enfant ne passe pas par le stade de « l'amour objectal passif » mais joue le rôle adultoïde. Il va finir par s'identifier à l'agresseur, seul moyen pour lui d'exister, d'échapper à une réalité faite de violences et de se défendre de la sidération traumatique: c'est l'introjection. Les sentiments de honte, de culpabilité et d'atteinte à l'humanité que devrait ressentir l'agresseur, seront assumés par l'enfant, tout comme les émotions, les sentiments et les fantasmes de ce premier. L'enfant anticipera les désirs de son agresseur et pourra finir par l'idéaliser en ne retenant que les gestes

de sympathie de ce dernier. Il se crée un monde imaginaire et d'illusions où les violences sexuelles et l'inceste n'existent pas et où l'agresseur œuvre pour sa survie. La culpabilité émane également du fait de la transgression du tabou de l'inceste. En effet, l'enfant est victime mais il pense avoir fait quelque chose de mal (13,15).

Il a été noté que 21 à 49% des victimes ne présentaient aucun symptôme à la suite de la révélation de l'agression (16). De plus, nous retrouvons des variations interindividuelles, alors qu'une victime n'aura pas de symptôme observable et qu'une autre sera multisymptomatique. Il y a un temps entre les actes de violences sexuelles, le traumatisme et l'émergence des symptômes : il s'agit d'« un processus lent qui se grave en profondeur dans l'appareil psychique ». Ainsi les symptômes peuvent perdurer lors des diverses étapes du développement de l'enfant et resurgir lors d'événements déclencheurs tels qu'une première relation sexuelle, un mariage, une séparation, une grossesse ou un accouchement (17,18).

Les symptômes tenteront de masquer le traumatisme resté enkysté dans l'inconscient, et d'assister le sujet dans ses tentatives de défense. L'enfant passe par le déni qui consiste en une incapacité de représentations mentales, le refoulement, la banalisation et la minimisation des faits comme si les violences sexuelles étaient des agissements normaux. La souffrance quant à elle est présente, et par ses tentatives de défense et des perceptions complètement faussées par le traumatisme, il est difficile pour l'enfant de lui trouver un sens. La peur de l'éclatement familiale et le devoir de loyauté envers l'agresseur lorsqu'il est un membre de la famille, pour qui l'enfant a voué des sentiments de tendresse et d'affection, sont un frein à la révélation des violences sexuelles (13,14).

Nous avons vu que les violences sexuelles sont à l'origine d'un grave traumatisme chez l'enfant tant sur le versant physique que psychique. La sexualité n'est pas épargnée et le développement sexuel s'en retrouve perturbé. Nous allons nous intéresser aux différents troubles de la fonction sexuelle qui peuvent prendre deux trajectoires diamétralement opposées, allant de l'hyposexualité aux troubles hypersexuels, mais également aux conduites à risque liées à la santé sexuelle chez les adolescentes et les femmes adultes victimes de violences sexuelles durant leur enfance.

III- Les troubles sexuels

1. L'hyposexualité

L'hyposexualité est caractérisée par des comportements indiquant un manque de satisfaction sexuelle qui s'exprime sous les formes suivantes : frigidité, dyspareunie, vaginisme, flash-backs. S'y ajoutent les difficultés émotionnelles et psychologiques relatives à la sexualité comme l'anxiété sexuelle, la culpabilité et une baisse d'estime sexuelle (peur de salir son partenaire, de ne pas être à la hauteur, de ne pas le satisfaire ...), et la confusion dans l'orientation sexuelle. L'hyposexualité se définit également par des conduites d'évitement de l'activité sexuelle, une baisse de désir et des troubles d'excitation sexuelle et d'anorgasmie (19).

1.1. Troubles du désir sexuel et aversion sexuelle

Le désir sexuel est « l'énergie psychobiologique qui précède et accompagne l'excitation sexuelle et incite à avoir un comportement sexuel. Il résulte de l'interaction du système neuroendocrinien qui donne naissance aux pulsions, du processus cognitif qui génère le désir et du processus de motivation qui induit l'empressement à se conduire sexuellement » (20). En résumé, il s'agit de « l'ensemble de manifestations biologiques et psychologiques, cognitives et comportementales, objectives et subjectives qui précèdent la relation sexuelle ». Le désir sexuel se conceptualise par l'interaction de trois composantes interdépendantes (21):

- la composante biologique : fondée sur la notion de pulsion et des mécanismes neuroendocriniens, s'exprimant par l'intérêt sexuel spontané et les manifestations endogènes d'excitation sexuelle. Ses manifestations sont les fantasmes, les pensées, les rêves d'ordre sexuel, l'attraction physique envers l'autre et la recherche d'activité sexuelle.
- la composante cognitive et comportementale : c'est ce qui reflète les attentes et les valeurs de l'individu par rapport à sa sexualité. Plus elles sont positives, plus la pulsion envers l'activité sexuelle est élevée.
- la composante motivationnelle : c'est la volonté et la disponibilité de l'individu à s'adonner à des activités sexuelles. C'est la composante la plus complexe et celle qui a le plus de répercussions sur la notion de désir dans sa globalité. Elle est influencée par

les facteurs individuels.

Quand l'une de ces composantes est mise en cause (manquante ou insuffisante), on peut alors parler de troubles du désir sexuel, trouble le plus prévalent des dysfonctionnements sexuels féminins. La baisse de désir sexuel a été qualifiée par le terme anglo-saxon « Hypoactive Sexual Desire Disorder » (HSDD), traduit en français par « Désir Sexuel Hypo-actif (DSH). Ce terme défini d'après le DSM-IV comme une « déficience (ou absence) persistante ou répétée de fantasmes imaginatives d'ordre sexuel et de désir d'activité sexuelle (tenir compte de l'âge et du contexte). La perturbation est à l'origine d'une souffrance marquée ou de difficultés interpersonnelles. » (22). Au niveau clinique, cette baisse de désir peut être caractérisée comme un simple désintérêt sexuel allant de l'aversion totale à l'égard de la sexualité qui est défini par une « aversion extrême, persistante ou répétée, et évitement de tout (ou presque tout) contact génital avec un partenaire sexuel ». Le DSH peut donc se caractériser par une diminution de l'appétence pour des relations sexuelles et est soit isolée ou associée à d'autres troubles de la fonction sexuelle. (23)

Nous allons vous présenter les articles qui traitent les troubles du désir et l'aversion sexuelle. L'étude transversale de Stephenson *et al.* (24) évalue le degré auquel une histoire de violences sexuelles dans l'enfance influe sur l'association entre le fonctionnement et la détresse sexuelle des femmes. L'échantillon comporte des femmes âgées de plus de 18 ans, sexuellement actives, qui rapportent des difficultés sexuelles. Le groupe des victimes de violences sexuelles se compose de 71 femmes et 105 femmes au total constituent le groupe témoin. La fonction sexuelle est évaluée selon un questionnaire rassemblant 6 items : désir, excitation, lubrification, orgasme, satisfaction et douleur. Suite à une analyse multivariée, le désir est significativement diminué dans le groupe des femmes victimes de violences sexuelles durant l'enfance par rapport au groupe témoin. À noter qu'aucune différence significative n'a été démontrée en fonction du type de violences (pénétration ou non) et l'auteur des violences (membre de la famille ou non) concernant les 6 items de la fonction sexuelle.

Dans son étude de cohorte, prospective et comparative d'une durée de 10 ans, Noll et son équipe (25) ont cherché à évaluer les effets à long terme des CSA sur le développement sexuel de la femme. Cette évaluation a été réalisée à 5 moments de la vie du sujet : au milieu

ou à la fin de l'enfance, pendant l'adolescence et au commencement de la vie adulte). Ils ont comparé 77 femmes victimes de violences sexuelles durant l'enfance à 89 femmes n'ayant aucun antécédent de violences sexuelles. Ils ont étudié les attitudes sexuelles et notamment celle de l'aversion sexuelle qu'ils caractérisent comme étant :

- des attitudes négatives envers l'activité sexuelle (avec l'idée que c'est une chose malsaine et gênante) ;
- la possibilité d'être effrayé par la sexualité et tout ce qui s'en rapporte ;
- le fait d'estimer que les pratiques sexuelles résultent d'une perte d'estime de soi et du respect de ses amis ;
- la présence d'une certaine pression interne à s'engager dans une activité sexuelle ;
- l'idée que la maturité, le respect, le sentiment d'être aimé et désiré ne peuvent être acquis qu'à travers des relations sexuelles.

Il a été démontré que les femmes du groupe des victimes de violences sexuelles développaient davantage de problèmes de comportements sexuels et de dissociation pathologique durant leur enfance. Ceux-ci sont des facteurs prédictifs d'aversion sexuelle à l'adolescence et l'âge adulte. Des comportements sexualisés affichés publiquement, des jeux sexuels inopportuns et la masturbation excessive sont des exemples donnés par les auteurs comme des dysfonctions dans les comportements sexuels durant l'enfance. Concernant l'histoire des violences sexuelles, les femmes du groupe dont le père biologique était l'auteur des agressions sexuelles, ont développé un niveau plus élevé d'aversion sexuelle que les groupes dont l'auteur n'était pas le père et le groupe sans antécédents de violences sexuelles.

L'étude longitudinale rétrospective de Lutfey *et al.* (26) en 2008 a pour objectif principal d'examiner l'association entre différents types de violences pendant l'enfance et l'adolescence (physiques, sexuelles et psychologiques) avec l'activité sexuelle et les dysfonctionnements sexuels des femmes. L'échantillon se compose de 568 femmes issues d'une enquête épidémiologique préalable « *The Boston Area Community Health* » fondée sur une population de femmes âgées de 30 à 79 ans et présentant un large éventail de symptômes urologiques et de troubles sexuels. Le questionnaire portant sur la fonction sexuelle (« *The Female Sexual Function Index* ») est le même utilisé par les études de Stephenson (24,27). Il ressort de cette étude que la fréquence d'activité sexuelle est moindre chez les sujets ayant un antécédent de CSA. En effet, 48,9% des femmes abusées sont sexuellement actives contre

52,9 % dans le groupe témoin, et rapportent un nombre moins élevé de rapports sexuels au cours des quatre dernières semaines. Néanmoins, ces résultats n'atteignent pas le seuil de significativité. Les auteurs ont conclu que les violences sexuelles n'affectent pas directement l'activité sexuelle dans cet échantillon. Concernant les raisons de l'inactivité sexuelle comme le peu d'intérêt vis à vis de l'activité sexuelle, les douleurs vaginales et pelviennes, les problèmes urinaires qui peuvent se heurter à l'activité sexuelle, aucune différence significative n'a été retrouvée entre le groupe des femmes abusées et celui des femmes non abusées. Dans cette étude, d'autres types de violences ont été étudiés : les violences psychologiques durant l'enfance et à l'âge adulte et les violences physiques à l'âge adulte augmentent le risque de problème de santé. Et ceci interfère avec l'activité sexuelle. En ce qui concerne les femmes avec des antécédents de violences sexuelles durant l'enfance, elles auraient plus de partenaires avec des problèmes de santé, ce qui peut avoir un impact sur la sexualité du couple. Dans l'ensemble, bien que les femmes abusées aient des raisons différentes d'inactivité sexuelle que le groupe témoin, leur engagement et le degré de désir sont comparables aux femmes n'ayant pas subi de violences. De plus, contrairement à l'étude de Stephenson (24), il n'y pas de relation significative ($p=0,26$) pour l'item du désir de la fonction sexuelle et ce, quel que soit le type de violences y compris les violences sexuelles durant l'enfance.

1.2. Troubles de l'excitation et de la satisfaction sexuelle

Dans les années 60 à 70, les célèbres William Masters et Virginia E. Johnson inaugurent une étude de la connaissance de la physiologie sexuelle en mesurant de façon objective les réactions sexuelles du corps humain. Ils décrivent l'excitation sexuelle comme la capacité persistante ou répétée d'un sujet à entrer dans un état d'activation sexuelle adéquate allant jusqu'à l'accomplissement de l'acte sexuel. Ce phénomène est accompagné par des changements physiologiques spécifiques qui sont chez la femme : l'érection des mamelons, la sécrétion et lubrification vaginale dans l'anticipation de la relation sexuelle, la vasocongestion des parois vaginales, le rougissement des lèvres vaginales avec un changement de forme et de taille ainsi que la dilatation des pupilles (28). Un trouble de l'excitation est d'après le DSM-IV, une « incapacité à atteindre ou à maintenir tout au long de l'activité sexuelle, une lubrification adéquate en réponse à une stimulation sexuelle ». Ce trouble est à l'origine d'une souffrance ou de difficultés interpersonnelles (22). Le plaisir et la sensation d'excitation

normalement présents lors de la phase des préliminaires peuvent être inexistants.

Dans les études abordant les troubles de l'excitation et de la satisfaction sexuelle, nous avons par exemple celle de Stephenson *et al.* (24) avec une population qui se compose de femmes ayant des difficultés sexuelles, et des différences subsistent entre celles qui ont subies des violences sexuelles durant l'enfance et celle qui n'ont pas été abusées. La détresse sexuelle est définie par les sentiments de colère, frustration et anxiété à l'égard de l'activité sexuelle. La fonction sexuelle et la détresse sexuelle sont faiblement liées chez les femmes avec antécédent de CSA, d'autant plus si l'auteur des violences sexuelles est un membre de la famille. Or cette association est forte chez les femmes sans antécédents de CSA. Ainsi, le fait d'être victime de CSA est un modérateur entre la fonction sexuelle et la détresse sexuelle. Les femmes avec antécédent de CSA montrent des niveaux plus élevés de détresse et de souffrance autour de la sexualité même dans un contexte de bon fonctionnement sexuel, en comparaison avec des femmes sans antécédents de CSA. Autrement dit, des hauts niveaux de fonction sexuelle ne traduisent pas nécessairement une détresse sexuelle diminuée pour les femmes avec une histoire de violences sexuelles durant l'enfance. Une femme n'ayant pas de problèmes sexuels physiques comme une anorgasmie ou une insuffisance de désir ne se sentira pas forcément épanouie et sans souffrance. Cette déconnexion entre fonction sexuelle et détresse sexuelle est davantage marquée lorsque l'agresseur est un membre de la famille, la relation est ici quasi inexistante. *Le bon fonctionnement sexuel n'est pas synonyme dans son sens de bien-être sexuel.*

Ces résultats sont appuyés par la seconde étude de Stephenson réalisée en 2014 (27) qui a pour objectif de fournir une évaluation plus précise de la force de l'association entre un antécédent de violences sexuelles durant l'enfance et la sexualité adulte. Tout comme son étude de 2012 (24), celle-ci se porte sur un échantillon de femmes âgées de plus de 18 ans et sexuellement actives. Le nombre de femmes dans le groupe avec antécédents de violences sexuelles est de 134 contre 104 femmes dans le groupe témoin. Cette étude confirme que l'expérience de CSA jouerait certainement un rôle primordial dans le développement d'affects négatifs durant les expériences sexuelles plutôt que de détériorer directement la fonction sexuelle physiologique en soi. De plus, dans cette étude, les auteurs ont évalué à part la satisfaction sexuelle réduisant ainsi le questionnaire sur la fonction sexuelle à cinq items (désir, excitation, lubrification, orgasme et douleur). Ce qui leur a permis de conclure que

l'association entre la fonction sexuelle et les femmes victimes de CSA est de force moyenne alors qu'elle est élevée en ce qui concerne la satisfaction sexuelle qui comprend elle-même cinq items :

- la communication en matière de sexualité, c'est à dire le confort dans la discussion en matière de questions sexuelles et émotionnelles ;
- la compatibilité entre partenaires sexuels ;
- le contentement dans les aspects émotionnels et sexuels de la relation ;
- les préoccupations personnelles des problèmes sexuels : la détresse personnelle concernant les problèmes sexuels ;
- les préoccupations relationnelles des problèmes sexuels : détresse personnelle quant à l'impact des problèmes sexuels sur le partenaire et la relation.

L'idée est donc que la satisfaction sexuelle est davantage affectée lors d'antécédents de violences sexuelles durant l'enfance. De plus, les auteurs émettent plusieurs explications quant au manque de lien entre détresse sexuelle et la fonction sexuelle des femmes victimes de violences sexuelles. Ces femmes victimes de violences sexuelles durant leur enfance pourraient être exposées à des processus cognitifs et affectifs uniques autour de la sexualité : comme une manque de sentiment de propriété de leur corps particulièrement dans leurs réponses sexuelles. Une probabilité plus important existe pour ces femmes de filtrer les expériences des schémas sexuels négatifs et éprouver des affects négatifs comme le regret, la culpabilité et le dégoût durant l'excitation sexuelle.

Néanmoins deux études ne corroborent pas ces mêmes résultats dans le domaine de la satisfaction sexuelle.

Tout d'abord, l'étude de Najman *et al.* de 2005 (29), visant à examiner le niveau de dysfonctionnement sexuel chez les adultes rapportant une histoire de violences sexuelles durant l'enfance, s'est portée sur un échantillon représentatif de la population australienne soit 908 femmes âgées de 18 à 59 ans. Une échelle a été utilisée pour évaluer la satisfaction physique et subjective des sujets en regard de leur sexualité et leurs comportements sexuels au cours de l'année : « Extrêmement satisfait », « Très satisfait », « Moyennement satisfait », « Moins que moyennement satisfait ». Bien que l'étude ait démontré une fonction sexuelle détériorée, aucune relation significative n'a été obtenue entre une baisse de la satisfaction sexuelle physique et subjective et le fait d'être victimes de violences sexuelles durant

l'enfance, et ce, qu'il y ait eu pénétration ou non lors de l'agression durant l'enfance.

Dans l'étude de Lutfey *et al.* (26), citée plus haut, alors que l'association est significative avec des dysfonctionnements sexuels pour l'item de la satisfaction en ce qui concerne les victimes de violences psychologiques pendant l'enfance et victime de violences sexuelles et psychologiques à l'âge adulte, ces résultats sont non significatifs chez les victimes avec des antécédents de violences sexuelles pendant l'enfance. De plus, concernant le dysfonctionnement sexuel : l'absence de plaisir ($p=0,14$) ou de lubrification ($p=0,072$) n'a pas été significativement associée au fait d'être victime de violences sexuelles durant l'enfance.

1.3. Troubles de l'orgasme

L'orgasme est l'acmé de la tension sexuelle, c'est la sensation de plaisir intense qui marque le paroxysme de la réponse sexuelle. C'est un phénomène neuro-psychophysiologique complexe et il n'y pas encore de définition universellement acceptée de l'orgasme féminin. Néanmoins, l'orgasme a été associé à des contractions rythmiques de la musculature striée périnéale et vaginale avec une rétraction du clitoris, accompagnée d'une libération de deux protéines neurologiques, l'ocytocine et la prolactine à l'origine d'une profonde sensation de bien-être (30). À contrario, le trouble de l'orgasme se définit par « une difficulté, une absence ou un retard persistant ou répété de l'orgasme après une phase de stimulation et d'excitation sexuelle normale, qui cause une souffrance personnelle et ce, quel que soit le type de stimulation » (DSM-IV) (22).

Nous allons exposer les résultats des articles qui abordent le thème de l'orgasme. L'étude de Luo *et al.* en 2008 (31), réalisée sur un échantillon représentatif de la population nationale chinoise de 1 519 femmes âgées de 20 à 64 ans, a pour objectif d'estimer la prévalence de contacts sexuels pendant l'enfance et son association avec le bien-être sexuel et la détresse psychologique chez les adultes en Chine. De cette étude résulte une association significative chez les femmes entre contacts sexuels pendant l'enfance et une fréquence plus élevée d'anorgasmie et de manque de plaisir et une lubrification vaginale insuffisante avec une sécheresse vaginale associée à des douleurs génitales.

Dans le questionnaire de l'étude de Najman *et al.* (29), citée ci-dessus, l'histoire et le type de violences sexuelles ont été pris en compte en fonction qu'il n'y a pas eu de pénétration (témoin de masturbation, incitation sexuelle, attouchements sexuels) ou pénétration (pénétration orale, tentative ou pénétration vaginale, tentative ou pénétration anale). Il a été démontré que quel que soit le type de violences, la relation est positivement significative entre antécédents de violences sexuelles durant l'enfance et la fréquence augmentée de symptômes de dysfonctionnement sexuel : l'incapacité à avoir un orgasme, difficulté à atteindre l'orgasme survenant de manière trop rapide, relations sexuelles douloureuses, des difficultés à la lubrification vaginale. Et s'il y a eu pénétration lors de l'agression sexuelle, la probabilité qu'une femme rapporte plus de trois types de dysfonctionnements sexuels est significativement plus élevée.

Dans l'étude de Stephenson *et al.* (24), citée plus haut, évaluant la fonction sexuelle entre un groupe de femmes abusées sexuellement durant l'enfance et des femmes sans antécédents. Pour les items concernant la lubrification et les orgasmes, il a été montré qu'ils sont significativement diminués chez les femmes victimes de violences sexuelles durant l'enfance. Résultats à contrario de ceux de l'étude de Lutfey (26), qui ne retrouve là aussi aucune relation significative pour entre ces deux items.

2. L'hypersexualité

Dans la littérature et selon les auteurs, plusieurs termes ont été utilisés pour décrire un comportement sexuel addictif. L'addiction sexuelle et le trouble hypersexuel sont les deux termes majoritairement utilisés et souvent confondus. Tant sur les plans diagnostic, clinique et thérapeutique, le concept de l'addiction sexuelle est sujet à de nombreuses discussions et polémiques d'où l'absence de définition consensuelle, expliquant une certaine ambiguïté quant à l'utilisation des termes. En effet, il est difficile de définir une limite précise à partir de laquelle l'on parle d'hypersexualité et d'exagération des besoins sexuels, tout comme il est difficile d'instaurer une norme dans le niveau de désir et de pulsions sexuelles (32). Néanmoins, l'on peut caractériser le comportement addictif sexuel « par l'impossibilité répétée de contrôler un comportement sexuel visant à procurer du plaisir ou à lutter contre une sensation de malaise intérieur, et par la poursuite de ce comportement en dépit de la

connaissance de ses conséquences négatives sur le plan physique, psychologique et social ». La vie quotidienne du sujet se retrouve bouleversée par des fantasmes, des comportements sexuels fréquents et récurrents et des pulsions excessives. Il a été décrit les différentes formes d'un trouble hypersexuel : drague compulsive et comportements de séduction permanents, recherche permanente de nouveaux partenaires, masturbation compulsive, utilisation compulsive de supports érotiques et d'Internet à des fins pornographiques, recherche de rapports sexuels compulsifs et de multiples relations amoureuses (33).

Dans son étude prospective comparative, Noll *et al.* (25) ont étudié l'aversion sexuelle conjointement aux troubles hypersexuels sous le terme de « préoccupation sexuelle » qui est caractérisé par une fréquence élevée de masturbation, comme le fait d'être intéressé de manière compulsive par des images pornographiques et les thèmes sexuels, et de penser fréquemment au sexe. Les résultats ont indiqué que le fait d'être victime de violences sexuelles durant l'enfance restait un prédicteur important aux préoccupations sexuelles ($\beta = 0,30$, $p < 0,05$), même après ajustement des variables du fonctionnement psychologique (dépression, anxiété et dissociation). De plus, le trait d'anxiété mesuré durant l'enfance prédit l'apparition de l'anxiété durant l'adolescence et ce dernier s'avère être facteur prédictif important dans l'apparition des préoccupations sexuelles. Les auteurs suggèrent que la présence élevée de ces attitudes indicatives de préoccupation sexuelle pourraient être une indication de compulsions sexuelles intériorisées ou non exprimées. Cette contrainte sexuelle peut s'exprimer sous forme de consommation permanente et addictive d'images pornographiques, de masturbation excessive et de multiples fantasmes. Ces compulsions sexuelles peuvent également être déplacées et s'exprimer par d'autres comportements compulsifs obsédants et des troubles anxieux. Dans le groupe des victimes de CSA, un sous-groupe se distingue dans le domaine de la préoccupation sexuelle. À savoir celui dans lequel l'agresseur est unique et n'est pas le père biologique, et dont la durée de l'agression est courte et avec peu de violences psychologiques. En effet, le niveau de préoccupation sexuelle y est plus élevé. L'explication probable donnée par des études antérieures et reprise par les auteurs de cet article, serait que les victimes de ce genre de violences sexuelles développeraient des traits asymptotiques après ou peu de temps après la révélation. L'abus serait « moins traumatique et plus doux » en apparence et le traitement initial reçu pourrait être insuffisant pour combattre l'altération postérieure. Cette préoccupation sexuelle peut prendre la forme

d'un « effet dormant » qui refait surface lors de l'apparition des questions d'identité sexuelle chez l'adolescente.

Dans l'étude de Luo *et al.* (31) basée sur la population chinoise, l'association est significative entre contacts sexuels pendant l'enfance et hypersexualité avec une plus grande fréquence de masturbation durant les 12 derniers mois, un nombre plus élevé de pensées sexuelles et de pratiques sexuelles variées. Il a bien été précisé dans le questionnaire donné aux participants que la masturbation est un comportement commun et normal, avec une définition précise de cette pratique. Pour l'item correspondant aux pensées sexuelles, la question posée est la suivante : « *Au quotidien, les gens pensent souvent aux choses sexuelles. Combien de fois pensez-vous au sexe ?* ». Pour définir un haut niveau de pratiques sexuelles, le sujet doit avoir pratiqué les situations suivantes au cours de l'année passée : embrasser, caresser la poitrine d'une femme, le contact génital, le sexe oral, le sexe anal, le sexe génital, position de « la levrette » (« Doggy » en anglais), et du missionnaire. Les réponses proposées pour chaque situation sont « Jamais », « Parfois » et « Souvent ». Un score de résumé est calculé et si le sujet atteint un score supérieur ou égal à 25%, le sujet est considéré comme ayant une grande variété de pratiques sexuelles à son compte.

IV- Les comportements à risque liés à la santé sexuelle

Le fait d'être victime de violences sexuelles durant l'enfance expose l'individu à diverses conduites à risque qui peuvent se développer dès l'adolescence et se poursuivre à l'âge adulte. Pour les victimes, c'est une recherche quasi compulsive de situations et de comportements dangereux. Ce sont des mises en danger délibérées et répétées. Elles sont très souvent associées entre-elles et peuvent se décliner de diverses façons : la prise de substances psycho-actives, des troubles alimentaires (anorexie et boulimie), conduites routières dangereuses, sports extrêmes, jeux dangereux (jeu du foulard), jeux addictifs, conduites violentes et délinquantes, conduites auto-agressives (mutilations, tentatives de suicides ...), fugues et vagabondages. Les comportements sexuels à risque, que nous étudions ici, ont une place prépondérante dans cette liste non exhaustive (34).

1. Le nombre de partenaires sexuels

Plusieurs études se sont intéressées au lien entre violences sexuelles durant l'enfance et le nombre de partenaires sexuels. Alors qu'ils évaluent la notion d'hypersexualité à travers un auto-questionnaire, Luo et son équipe (31) ont également étudié le nombre de partenaires au cours de la vie (supérieur à 2), au cours de l'année passée et le fait d'avoir plusieurs partenaires à la fois dans un échantillon mixte tiré de la population chinoise. Ils ont révélé que les femmes témoignant d'une agression sexuelle durant leur enfance étaient plus enclins à rapporter deux partenaires ou plus dans leur vie, par rapport au groupe de témoin ($OR = 2,07$, $p < 0,1$). Les résultats ne sont pas significatifs concernant les variables de multiplicité des partenaires et du nombre de partenaires au cours de l'année passée. Ces résultats vont dans le même sens que ceux retrouvés par Najman *et al.* (29) dans un échantillon de la population australienne. En effet, les femmes ont rapporté un nombre plus élevé de partenaires sexuels au cours de la vie sans pour autant rapporter un nombre plus élevé de partenaires au cours de l'année précédente. Les femmes victimes de pénétration lors des violences sexuelles étaient beaucoup moins susceptibles de n'avoir eu qu'un seul partenaire au cours de la vie et rapportaient davantage de partenaires, à savoir 6 ou plus.

Parillo *et al.* et son équipe (35) ont comme objectif pour leur étude de déterminer si les violences sexuelles impliquant la pénétration auraient un impact sur l'existence de comportements sexuels à risques d'infection au VIH (Virus de l'Immunodéficience Humaine). Trois comportements sexuels à risque ont été étudiés dont le nombre de partenaires sexuels récents (au cours des 30 derniers jours). Après une régression linéaire standard, les résultats ont démontré que seules les femmes du groupe victimes de violences sexuelles durant l'enfance présentent un nombre significativement plus élevé de partenaires sexuels récents ($p = 0,01$). Ce modèle reste significatif même après l'ajout de 3 facteurs médiateurs étudiés qui sont : le viol à l'âge adulte, l'utilisation récente de drogues « dures » (dans les 30 jours) et l'injection d'une drogue lors d'un rapport sexuel récent (dans les 30 jours). Dans un même ordre d'idées, Senn et Carey (36) ont conclu que les femmes victimes de violences sexuelles durant leur enfance rapportent un nombre plus élevée de partenaires au cours de leur vie, même après contrôle de l'existence d'autres types de violence.

L'étude de cohorte prospective d'une population de la Nouvelle Zélande publiée par Van Roode *et al.* (37), a pour objectif de déterminer l'impact de violences sexuelles durant l'enfance sur des comportements sexuels à risques à l'âge adulte et les résultats négatifs en termes de sexualité après ajustement des mesures en fonction de l'environnement familial considéré comme probable facteur de confusion (un faible statut socio-économique familial, un climat familial pauvre et une mauvaise interaction parent-enfant). L'échantillon compte 465 femmes qui ont été interrogées à trois périodes de leur vie : après l'adolescence (18 à 21 ans), à un jeune âge adulte (de 21 à 26 ans) et l'âge adulte (de 26 à 32 ans). L'évaluation du nombre de partenaires a été réalisée aux âges de 21, 26 et 32 ans. Les résultats révèlent également un taux significativement élevé du nombre de partenaires sexuels, dans le groupe de femmes victimes de CSA âgées de 18 à 21 ans. (IRR=1,3 ; 95% CI 1,1 – 1,5). La significativité est limitée pour la tranche d'âge de 26-32 ans avec un IC à 95% de 1,0 à 1,5.

2. L'âge du premier rapport sexuel

Dans notre revue de la littérature, trois études ont exploré le lien entre des antécédents de violences sexuelles durant l'enfance et l'âge du premier rapport sexuel :

- Après des comparaisons post-hoc avec le groupe témoin sans antécédents de CSA, Noll et ses co-auteurs (25), dans leur étude prospective comparative, ont conclu que les participantes victimes de CSA étaient significativement plus jeunes lors du premier rapport sexuel volontaire ($F(1,134) = 15,18, p=0,0002$). Elles avaient approximativement 14 ans contre 15 ans dans le groupe témoin.
- L'étude contrôlée et randomisée de Richter *et al.* en 2014 (38), s'est basée sur un large échantillon aléatoire d'hommes et de femmes âgées de 18 à 32 ans venant de quatre sites des 3 pays suivants : Zimbabwe, la Tanzanie et l'Afrique du Sud. Dans cette population africaine l'âge du premier rapport variait en général entre 16 et 19 ans. Pour les femmes victimes de CSA, cet âge a été significativement avancé d'une demi année par rapport au groupe de comparaisons sans antécédents de CSA : différence de 0,7 années (CI : - 0,9, - 0,5, $p<0,001$).

- L'objectif de l'étude expérimentale de Schacht *et al.* (39), est d'examiner les influences d'une histoire de CSA et d'intoxication d'alcool sur la prise de risque sexuelle et l'excitation sexuelle en plaçant des femmes dans un contexte analogue à une rencontre sexuelle réelle et risquée. L'échantillon s'est composé de 64 femmes, classées en différents groupes : groupe avec antécédents de violences sexuelles durant l'enfance, antécédents de violences sexuelles après 15 ans (groupe ASA) et le groupe témoin sans antécédents de violences sexuelles. Bien que l'âge de la première relation sexuelle soit plus précoce dans le groupe CSA, 16,5 ans contre 17 ans pour le groupe ASA et 18,3 ans pour le groupe sans antécédents, les résultats ne sont pas significatifs. À savoir également que dans cette étude, les victimes d'antécédents de violences sexuelles CSA et ASA n'ont pas signalé plus de partenaires sexuels. En effet, ce sont femmes du groupe témoin qui ont rapporté un nombre plus élevé de partenaires.

3. L'activité sexuelle en échange d'argent ou de biens

Le deuxième comportement sexuel à risque d'infection au VIH étudié par Parillo et son équipe (35) est la négociation d'une activité sexuelle contre de la drogue et/ou de l'argent. Les résultats obtenus sont les suivants : les femmes victimes de violences sexuelles durant leur enfance (groupe n°1 : < 12 ans) étaient 2,4 fois plus susceptibles d'avoir des relations en échange d'argent ou de drogues. Si les violences ont eu lieu uniquement pendant l'adolescence (groupe n°2 : entre 12 et 18 ans), ce chiffre était de 1,7 et il s'élevait à 3,4 quand les violences se sont déroulées concomitamment durant la période de l'enfance et celle de l'adolescence (groupe n°3 de 0 à 18 ans). Après ajustement aux trois facteurs médiateurs, seul les groupes 1 et 3 présentent des résultats significatifs. Le viol à l'âge adulte était le seul facteur médiateur qui a été retrouvé et qui discrimine de façon significative celles qui se sont engagées dans un commerce sexuel contre celles qui ne l'ont pas fait. En effet, les femmes violées à l'âge adulte était 2,9 fois plus susceptibles d'échanger des faveurs sexuelles contre de l'argent et/ou de la drogue.

4. L'activité sexuelle et consommation d'alcool et de drogues

Cette donnée est étudiée dans l'étude randomisée et contrôle de Richter *et al.* (38), basée sur un échantillon de population sud-africaine. En effet, ils questionnent les participants

sur leur consommation d'alcool et de drogues pendant ou après avoir eu une relation sexuelle. Chez les femmes victimes de violences sexuelles durant l'enfance, cette consommation est jusqu'à 3,14 fois plus élevée pour les drogues (CI 1,95 – 5,05; $p < 0,001$) et 1,83 plus élevée pour l'alcool (CI 1,50 – 2,24 ; $p < 0,001$).

Dans l'étude expérimentale, avec procédure d'alcoolisation et mise en situation sexuelle risquée et réelle, Schacht *et al.* (39) cherchent à étudier l'influence de cette consommation d'alcool et de drogues sur les comportements sexuels à risque chez ces victimes, tout comme sur leur excitation sexuelle. Cette étude part du principe que l'intoxication à l'alcool augmenterait la probabilité de rapports sexuels à haut risque tout en diminuant la perception du risque, ce qui peut empêcher les femmes de se protéger et d'utiliser des préservatifs. Plusieurs études, comme celle de Parillo *et al.* (35), ont démontré un taux plus élevé de consommation d'alcool chez ces femmes victimes de CSA et notamment avant les relations sexuelles. Ainsi, l'ivresse et les antécédents de violences sexuelles durant l'enfance fonctionnerait en synergie pour augmenter la prise des risques sexuels chez ces femmes. Les résultats démontrent une probabilité significativement inférieure dans le groupe CSA (= violences sexuelles avant 12 ans dans cette présente étude) en terme d'utilisation de préservatifs concomitamment à un moindre nombre de relations sexuelles non protégées par rapport aux groupes avec antécédents de violences durant l'adolescence (ASA = violences sexuelles de 12 à 18 ans) et le groupe témoin sans antécédents (NSA). En d'autres termes, les femmes du groupe CSA ont moins de relations sexuelles que les autres femmes, ce qui explique le faible nombre de relations non protégées. Les participantes alcoolisées ont rapporté une probabilité moindre d'utilisation de préservatif, un nombre plus élevée de relations sexuelles orales et un rapport significativement plus élevé en termes d'excitation sexuelle subjective et d'humeur positive. Les auteurs n'ont retrouvé aucune différence entre les différents groupes pour l'excitation sexuelle physiologique via les mesures de photoplethysmographie vaginale. Les femmes alcoolisées du groupe CSA ont un rapport significativement plus élevé de relations sexuelles bucco-génitales non protégées et moins de probabilité d'utilisation de préservatif par rapport aux groupes NSA et ASA ainsi que les femmes sobres du groupe CSA. L'hypothèse que l'alcool augmenterait le risque de comportements sexuels à risque est validée. Néanmoins, les auteurs n'ont pas pu valider de façon certaine leur hypothèse affirmant que l'histoire de CSA et l'intoxication vont de pair dans l'augmentation des comportements sexuels à risque. Nous pouvons expliquer cela par le

manque de puissance de l'étude d'une part mais aussi de l'effet opposé de l'intoxication à l'alcool et le fait d'être victime de violences sexuelles : le premier désinhibe alors que le second inhibe, annulant de ce fait l'effet de l'un sur l'autre (quoi que l'effet désinhibiteur de l'alcool puisse être utilisé de manière thérapeutique chez les sujets particulièrement inhibés). Ils concluent que leurs travaux est une réponse initiale méritant d'autres investigations plus poussées dans ce domaine. Ainsi, le fait d'être victime de CSA augmente le risque d'infections sexuellement transmissibles, ce qui peut être expliquer par la tendance à un manque d'utilisation de préservatifs et des comportements perturbés probablement dues à la prise d'alcool chez ce groupe de femmes.

5. Les infections sexuellement transmissibles et l'utilisation de préservatifs

Tout individu qui adopte des comportements sexuels non sécuritaires s'expose aux risques d'infections sexuellement transmissibles. Le lien potentiel entre antécédent de violences sexuelles durant l'enfance et risque d'infections sexuellement transmissibles (IST) a été exploré par plusieurs de nos études sélectionnées dans notre revue de la littérature. Les résultats se révèlent être contradictoires entre les études.

La variable concernant le pourcentage de relations sexuelles (anales et vaginales) non protégées a également été étudiée par Senn et Carey en 2010 (36) sur 414 femmes âgées de 18 à 55 ans. L'objectif de cette étude est de déterminer si les violences sexuelles durant l'enfance sont associées aux comportements sexuels à risque à l'âge adulte après avoir contrôlé l'effet d'autres types de maltraitements durant l'enfance (violences physiques, psychologiques et négligences). Les auteurs explorent donc dans cette étude l'existence des effets additifs ou interactifs de ces autres types de maltraitance sur l'émergence de comportements sexuels à risque à l'âge adulte. Après ajustement des différents types de violences, seul le groupe des victimes de CSA reste significativement associé à un nombre plus élevé d'épisodes de rapports sexuels non protégés dans les trois derniers mois. En effet, après contrôle de l'effet des CSA, le nombre de type de maltraitance durant l'enfance n'a pas été associé avec un nombre ou un pourcentage plus élevé d'épisodes de rapports sexuels non protégés dans les trois derniers mois (tout comme le nombre de partenaires). De plus, il y a peu d'interactions significatives entre les différents types de maltraitements. Le CSA n'a pas interagit avec d'autres

types de maltraitements en entraînant un risque plus accru de conduites sexuelles non sécuritaires. L'association entre maltraitements et comportements sexuels à risque à l'âge adulte est causée par la seule présence d'antécédent de CSA. Au final, les résultats sont peu concluants sur l'effet additif et sur le modèle interactif de CSA avec d'autres types de maltraitance infantile sur le comportement sexuel à risque à l'âge adulte. De ce fait, les auteurs considèrent que l'antécédent de violences sexuelles durant l'enfance comme seul facteur prédictif de ces comportements, sans pour autant exclure de façon définitive le lien possible entre un autre type de violence et l'émergence de conduites sexuelles à risque à l'âge adulte.

Dans l'étude de cohorte de type longitudinale et comparative, Van Roode et *al.* (37) ont étudié le nombre d'IST (verruques génitales, candida albicans, les poux du pubis et la gale) et le virus d'herpès HSV-2 chez des femmes qui ont été sexuellement violentées durant leur enfance et celles non victimes. Après ajustement aux covariables de l'environnement familial, nous observons dans le groupe des femmes victimes de CSA et dans la tranche d'âge de 18 à 21 ans un nombre deux fois plus élevé d'IST par rapport au groupe de comparaison. Cet effet n'est pas significatif dans les tranches d'âges 21-26 ans et 26-32 ans. Les résultats concernant le risque d'infection supérieure au HSV-2 chez les femmes victimes de CSA n'ont pas été retrouvés de façon significative.

Dans son étude de cohorte de type longitudinale et comparative, Noll et son équipe (25) ont inclus dans les variables de l'activité sexuelle des données concernant les comportements à risques d'infection au VIH comme le fait d'avoir des relations sexuelles sans l'usage de préservatif ; avec un partenaire consommateur de drogues intraveineuses ; avec des « partenaires / rencontres d'un soir » et le pourcentage d'IST par participants (chlamydia, gonorrhée, syphilis, herpès génital, verrues génitales et les hépatites B et C). Les auteurs n'ont pas retrouvés de différences significatives pour ces données entre le groupe des femmes ayant eu des antécédents de violences sexuelles durant l'enfance et le groupe de comparaison sans ces antécédents ($p=0,23$). Le troisième et dernier comportement sexuel à risque d'infection au VIH étudié par Parillo et ses collaborateurs (35) est le nombre de relations sexuelles vaginales ou anales non protégées (c'est-à-dire sans l'utilisation de préservatifs) durant les 30 derniers jours. Il est utile de rappeler que les deux autres comportements sexuels à risque d'infection au

VIH (le nombre de partenaires sexuels récents et la négociation d'une activité sexuelle contre de la drogue et/ou de l'argent) ont été significativement associés aux antécédents de violences sexuelles durant l'enfance. Or, pour cette dernière variable, les résultats n'ont montré aucune relation significative et ce, que les violences sexuelles aient eu lieu durant l'enfance et/ou dans l'adolescence. Après ajustement aux trois facteurs médiateurs, cette relation reste non significative. Néanmoins, les femmes violées à l'âge adulte seraient plus susceptibles à déclarer avoir eu des rapports sexuels récents non protégés que les femmes non violées ($p=0,05$).

L'étude de Richter *et al.* (38), basée sur une population sud-africaine, a également inclus dans son questionnaire composé de 130 items, les variables concernant l'utilisation de préservatifs, les infections sexuellement transmissibles et la réalisation d'un test de dépistage du VIH et son résultat. Les résultats n'ont pas trouvé de résultats significatifs pour ces variables hormis le fait que les femmes avec des antécédents de violences sexuelles durant l'enfance auraient plus tendance à réaliser volontairement des tests de dépistage du VIH.

L'étude transversale de Hahm *et al.* (40) a pour objectif d'examiner si la maltraitance durant l'enfance est associée à des comportements à risque d'infection au VIH et des résultats de mauvaise santé mentale dans un échantillon de 400 femmes célibataires américaines d'origine chinoise, coréenne et vietnamienne. Les comportements à risque d'infection au VIH étudiés sont les suivants : sodomie - plus d'un partenaire durant les 6 derniers mois - partenaires dit à « risque » tels que prostitués, séropositifs, drogués - première relation à l'âge de 16 ans ou avant. La majorité des victimes de CSA signalent d'autres mauvais traitements concomitants et correspond au groupe avec la proportion la plus élevée de relations sexuelles avant l'âge de 16 ans. Mais le groupe des victimes de CSA n'a pas montré de différence sur les trois autres comportements à risque d'infection au VIH. Il a été conclu que l'exposition à la maltraitance des enfants (y compris violences sexuelles ou physiques) n'a pas été associée aux comportements à risque d'infection au VIH parmi des femmes américaines d'origine asiatique. Cependant, l'expérience de CSA a été associée à une augmentation marquée de la dépression, d'idées suicidaires et des tentatives de suicide chez les femmes victimes de CSA.

6. Les grossesses, les interruptions volontaires de grossesse et les comportements contraceptifs

Des chercheurs se sont intéressés sur l'existence d'une relation positive entre grossesses précoces, interruptions volontaires de grossesse (IVG), contraception et antécédents de violences sexuelles durant l'enfance.

En 2014, Madigan et ses collaborateurs ont publié une méta-analyse (41) dont l'objectif était de décrire les associations entre les différents types de maltraitance durant l'enfance (physique, sexuelle et psychologique, négligence) et l'augmentation du risque de grossesses durant l'adolescence. Sur les 162 articles éligibles aux critères imposés par les auteurs, 38 ont été inclus dans la méta-analyse, dont 35 articles étudiant uniquement l'effet des CSA et 3 articles étudiant la cooccurrence CSA et violences physiques durant l'enfance. Ce qui équivaut en tout 67 878 adolescentes pour cette méta-analyse. Les résultats suggèrent que l'adolescente avec une histoire de CSA est environ deux fois plus susceptible de débiter une grossesse en comparaison à une adolescente sans cet antécédent. La taille de l'effet combiné de l'odd ratio de la méta-analyse est de 2,06 (IC 1,75 à 2,38). La majorité des tailles des effets était positive (98%), ce qui en fait un argument supplémentaire concernant le lien entre les violences sexuelles durant l'enfance et les grossesses chez ces adolescentes. Néanmoins, sept articles ont présenté des biais de publication importants, ce qui a conduit à un effet ajusté de l'odd ratio à 1,73 (IC 1,47 à 2,04). De plus, aucune hétérogénéité significative n'a été retrouvée entre les modèles d'études : les études prospectives ont des tailles d'effets similaires aux études rétrospectives. Si les violences sexuelles durant l'enfance ont été concomitantes à des violences physiques, la taille de l'effet est important puisque le risque de grossesses chez ces adolescentes est quasiment quadruplé avec un odd ratio de 3,83 (IC : 2,96 à 4,97).

Dans l'étude de Noll et son équipe (25), les comparaisons post-hoc ont également révélé que les femmes victimes de violences sexuelles durant leur enfance étaient plus jeunes à la naissance de leur premier enfant ($F(1,45) = 12,32, p = 0,0004$) et étaient significativement plus susceptibles de donner naissance à un enfant durant la période d'adolescence ($F(1,45) = 16,35, p = 0,0001$). Il n'y pas eu de différences significatives dans les données suivantes : pourcentage d'IVG (interruption volontaire de grossesse) par nombre

de grossesses, pourcentage de familles avec plus d'un père biologique, et nombre d'enfants. Néanmoins, les résultats nous montrent une efficacité plus faible du contrôle des naissances dans le groupe des femmes victimes de violences sexuelles ($F(1,113) = 11,66$; $p=0,0008$).

Dans l'étude de Young *et al.* (42), l'objectif est d'analyser la relation entre les violences sexuelles durant l'enfance et l'âge de la première grossesse, en examinant en parallèle le type et la période des violences sexuelles : durant l'enfance avant l'âge de 12 ans (CSA), durant l'adolescence (ASA) de 12 à 18 ans, ou durant les deux périodes de 0 à 18 ans (ASA + CSA). 1 790 femmes âgées de 18 à 22 ans ont été incluses dans cette étude provenant à la fois d'échantillons cliniques (services sociaux) et de la population générale féminine. Aucune différence significative de prévalence de violences sexuelles n'a été relevée entre ces deux types d'échantillons. Le risque de grossesse avant l'âge de 22 ans est plus élevé de 20% dans le groupe CSA. Ce chiffre s'élève à 30% dans le groupe ASA et il atteint les 80 % dans le groupe ASA + CSA. Concernant le type de violences, qu'elles ont eu lieu durant l'enfance ou adolescence, les tentatives de viol et les viols ont été associés à un risque accru de grossesses. Après exclusion des participantes ayant subi le viol et la grossesse au même âge, les principaux effets ont été légèrement réduits mais restent statistiquement significatifs. Le facteur médiateur qu'est l'âge du premier rapport sexuel a été étudié. Il en résulte que, lorsque ce facteur médiateur a été inclus dans les modèles d'analyse, les associations entre violences sexuelles durant l'enfance ou à l'adolescence et le risque de grossesse augmenté avant l'âge de 22 ans, ne sont plus significatives. Ceci indique donc une médiation complète de ce facteur. Néanmoins, cette médiation est partielle dans le cas des violences sexuelles perpétrées durant les deux périodes simultanément (groupe ASA + CSA). En d'autres termes, les violences sexuelles amènent les victimes à débiter une sexualité à des âges plus jeunes, ce qui va dans le sens d'une augmentation de la probabilité de grossesses précoces.

Les résultats de cette étude nous révèlent également que la covariable concernant le niveau d'éducation des victimes modère l'association entre les violences sexuelles et les grossesses précoces. Les modèles finaux (avec l'inclusion du médiateur) ont indiqué que :

- parmi les femmes qui n'ont pas achevé l'école secondaire : l'âge des premiers rapports sexuels faisait médiation dans l'association entre les violences sexuelles et la grossesse et ce, quelle que soit la période des violences sexuelles (groupe CSA, groupe ASA et groupe CSA + ASA)

- parmi les femmes ayant un diplôme d'études secondaires ou supérieures : l'âge des premiers rapports sexuels faisait uniquement médiation dans le groupe des femmes qui ayant subi des violences sexuelles à la fois dans l'enfance et l'adolescence (groupe ASA + CSA)

L'association entre violences sexuelles et risque de grossesses varie donc selon le niveau d'éducation. Ces résultats sont à considérer comme préliminaires étant donné les limites de l'utilisation de données transversales et rétrospectives. En effet, les auteurs sont dans l'incapacité de savoir si le fait de quitter l'école secondaire précède ou suit la période des violences sexuelles.

Rajoutons, que tout comme dans cette étude, Schacht et *al.* (39) ont choisi de classer l'histoire des violences sexuelles en fonction de l'âge de leurs survenues : durant l'enfance avant 14 ans et durant l'adolescence uniquement après 15 ans et jusqu'à 18 ans. Ils n'ont noté aucune différence significative sur les variables concernant l'utilisation des préservatifs et les moyens de contraception en fonction de l'âge de survenu des violences sexuelles.

En 2009, Boden et son équipe ont mené une étude de cohorte longitudinale d'une durée de 25 ans (43), ayant pour objectif d'examiner les associations entre l'expérience de CSA et le nombre d'IVG durant adolescence et au commencement de l'âge adulte, c'est à dire entre les âges de 15 à 25 ans. L'étude, basée sur les données de 492 femmes, est représentative d'une section de la population de la région urbaine de Christchurch en Nouvelle-Zélande.

La classification a été faite selon quatre groupes :

- pas d'abus sexuels (85,9% de l'échantillon) ;
- abus sexuels sans contact, comme l'exhibitionnisme (2,7% de l'échantillon) ;
- abus sexuel avec contact ne comportant pas de tentatives ou d'actes complets de pénétration sexuelle (5,1% de l'échantillon) ;
- tentatives ou actes complets de pénétration sexuelle y compris vaginale, orale et anale (6,3% de l'échantillon).

Les interviews sur la survenue de grossesses et d'IVG se sont déroulées successivement aux âges de 15, 16, 18 et 21 ans. Ces rapports ont démontré qu'à 25 ans, 191 femmes (39% de l'échantillon) ont été enceintes à au moins une occasion. Ces femmes ont rapporté un total de 395 grossesses dont 86 (22%) se sont achevées par une IVG. Le nombre d'IVG au cours des âges 15-25 ans a été utilisé comme variable pour la présente enquête, tandis que le nombre

total de grossesses de 15 à 25 ans a lui été utilisé comme un facteur médiateur. Les femmes exposées à des formes plus sévères de violences sexuelles durant l'enfance ont des taux significativement plus élevés d'IVG. En effet, le taux d'IVG est 2,20 fois plus élevé chez celles ayant eu une tentative ou un rapport sexuel avec pénétration comparé à celles qui n'ont pas été exposées à des violences sexuelles ou qui ont été exposées à des formes de violences sans contact physique. Après ajustement avec les covariables (les données socio-économiques familiales, la stabilité d'un cadre familial, les problèmes parentaux et la cooccurrence de violences physiques durant l'enfance), l'association entre l'expérience de CSA et les IVG entre 15 et 25 ans a été réduite en grandeur mais reste significative ($p < 0,10$). Néanmoins, après ajustement avec les facteurs de confusion et l'effet médiateur entre antécédent de CSA et le risque plus élevé de grossesse durant l'adolescence et le début de l'âge adulte, cette association est ramenée à un $p > 0,70$, rendant l'association entre l'antécédent de CSA et l'augmentation du nombre d'IVG non significative. Tout comme dans l'étude précédente de Young *et al.*, les résultats suggèrent la chaîne causale suivante : l'expérience de CSA mène à un taux plus élevé de grossesses, et c'est ce taux plus élevé de grossesses au sein de ce type de population qui mène à son tour à un taux plus élevé d'IVG.

Le nombre de grossesses et d'IVG a également été mesuré dans la seconde étude de cohorte de type longitudinale de notre revue de la littérature. Il s'agit de celle de Van Roode *et al.* et elle a également été réalisée en Nouvelle-Zélande (37). Dans le questionnaire présenté aux participantes il leur a été demandé de communiquer le nombre de grossesses, leurs sentiments au sujet de chaque grossesse (désirées ou non) et le nombre d'IVG. Dans le groupe de femmes victimes de CSA, on observe dans la tranche d'âge de 18 à 21 ans un taux significativement élevé pour les grossesses non désirées (taux 2,9 fois supérieur) et d'IVG (taux 2,4 fois supérieur) par rapport au groupe témoin des femmes sans antécédents de violences sexuelles durant l'enfance. Le résultat concernant les grossesses non désirées ne s'avère plus significatif après ajustement au facteur de confusion : statut socio-économique familial désavantageux. De plus, ces taux ne sont plus significatifs et se rapprochent de ceux des femmes non abusées au fil du temps après l'âge 21 ans. En effet, les résultats ne sont pas significatifs pour ces variables dans les groupes de 21 à 26 ans et de 26 à 32 ans.

7. La revictimisation

Dans l'étude de Dr Muriel Salmona de 2015 dont l'objectif est d'évaluer l'impact des violences sexuelles durant l'enfance sur la vie et le parcours de la prise en charge des victimes à l'âge adulte, plus de 70% des participantes à l'étude déclarent avoir subi plusieurs épisodes de violences sexuelles au cours de leur vie (2). Ainsi, le vécu de violences sexuelles est donc un facteur principal d'en subir à nouveau et d'autant plus, que ces violences commencent tôt dans la vie de la victime. Ce lien a été reconnu par l'OMS dès 2010. Le risque de revictimisation auquel les victimes sont exposées peut se décliner de deux façons différentes (44) :

- la « revictimisation spécifique », caractérisée par la revictimisation sexuelle donc par la répétition des violences sexuelles ;
- la « revictimisation non spécifique », le fait d'être victime de violences physiques et psychologiques ultérieures.

Nous ciblerons uniquement dans notre mémoire la revictimisation sexuelle.

Dans notre revue de la littérature, deux articles ont notamment révélé un risque accru de revictimisation sexuelle ultérieure chez les victimes de violences sexuelles durant l'enfance.

Tout d'abord, dans l'étude de Parillo et *al.* (35), des facteurs médiateurs ont été étudiés dans l'émergence de trois comportements sexuels risque d'infection au VIH chez des femmes victimes de violences sexuelles durant l'enfance et l'adolescence. 49,2 % des participantes déclarent avoir été violées à l'âge adulte par un étranger, un partenaire sexuel et/ou une autre personne qu'un partenaire sexuel. De plus, les résultats révèlent que les femmes ayant été violées à l'âge adulte étaient plus susceptibles à déclarer avoir des rapports sexuels non protégés ($p=0,05$). Les auteurs sont arrivés à la conclusion que le viol à l'âge adulte et donc la revictimisation sexuelle semble intensifier les effets d'un antécédent de violences sexuelles précoces en augmentant la participation de ces femmes abusées dans des comportements sexuels à risque.

Dans l'échantillon national et représentatif de la population chinoise de l'étude de Luo et son équipe (31), les résultats suggèrent une association significative entre contacts sexuels pendant l'enfance et revictimisation à l'âge adulte avec une probabilité plus élevée de

violences conjugales, d'actes non désirés dans une relation sexuelle et d'harcèlements sexuels physiques et verbaux. Les résultats ne sont pas significatifs pour deux autres indicateurs de revictimisation sexuelle à l'âge adulte, à savoir le fait d'entreprendre un rapport sexuel pour faire plaisir à son partenaire et d'avoir des relations sexuelles non désirées avec un partenaire. Ces résultats corroborent ceux de Richter et son équipe concernant l'étude de femmes sud-africaines (38). En effet, les femmes ayant des antécédents de maltraitances sexuelles durant l'enfance sont deux fois plus susceptibles d'avoir subi des rapports sexuels forcés au cours des 6 derniers mois (IC 2,09-3,64 ; $p < 0,001$) et trois fois plus susceptibles d'être victimes de violences conjugales (IC 2,48 – 3,76 ; $p < 0,001$).

À noter que pour Van Roode et *al.* (37), les comportements sexuels à risque n'ont pas été associés à des âges plus élevés (les groupes 21-26 ans et 26-32 ans), suggérant ainsi que la revictimisation est davantage susceptible de se produire à des âges plus jeunes (18-21 ans).

8. Synthèse des comportements sexuels à risques

Pour conclure ce point traitant des comportements sexuels à risque ultérieurs liés à la santé sexuelle chez les victimes de violences sexuelles durant l'enfance, nous nous intéressons à deux revues de la littérature qui reprennent les différents types de comportements cités ci-dessus et qui nous font part des principaux résultats existants dans la littérature scientifique concernant cette association.

La revue de la littérature de Senn *et al.* date de 2008 et inclut 79 articles (45). L'objectif de leur étude est de résumer la littérature en examinant la relation entre CSA et comportements sexuels à risque ultérieurs, et fournir aux chercheurs des directives pour de futures études dans ce domaine. Globalement, la majorité des études ont montré une association entre antécédents de violences sexuelles durant l'enfance des comportements sexuels à risque ultérieurs, particulièrement de commerce de sexe, d'une multiplicité des partenaires sexuels, un âge plus jeune pour les premières relations sexuelles volontaires. Cette association a été trouvée dans un large panel de populations : des échantillons tirés de la population générale de femmes, ainsi que des échantillons de femmes vulnérables, femmes consommatrices de drogues/alcool, femmes souffrant de troubles mentaux, femmes qui sont

ou ont été incarcérées, population de femmes avec un haut niveau d'étude. À savoir que beaucoup de ces études ont bénéficié d'échantillons composés de plus de 1 000 participants.

La seconde revue de littérature est celle de Draucker et Mazurcyk en 2013 (46). Ils se sont intéressés à la population adolescente et ont inclus une population âgée de 10 à 25 ans. Ce choix est argumenté par le fait que de nombreux experts considèrent que l'adolescence s'étend du début de la puberté à l'indépendance économique, souvent retardée dans les cultures occidentales contemporaines. Ainsi, 35 études qui explorent les relations entre CSA, comportements sexuels à risques, grossesse, risque d'IST durant l'adolescence ont été analysés par ces auteurs.

Concernant spécifiquement les conduites sexuelles à risque, 19 études ont montré qu'en comparaison au groupe témoin, le fait d'être victime de CSA a été associé à :

- un nombre plus élevé de comportements à risque d'infection au VIH, de rapports sexuels non protégés ou de rapports sexuels sans préservatif ;
- l'usage d'alcool et de drogues avant ou lors de l'activité sexuelle ;
- à l'activité sexuelle contre de l'argent, des biens ou des faveurs (autrement dit du commerce sexuel) ;
- un nombre plus élevé de partenaires sexuels ;
- un premier rapport sexuel volontaire à un âge plus jeune avec un partenaire masculin plus âgé ;
- un nombre plus élevé de relations bisexuelles, d'activités sexuelles avec plusieurs partenaires et des rapports sexuels avec un partenaire connu depuis moins d'un jour.

Concernant les données sur la grossesse, 9 études ont montré qu'en comparaison au groupe témoin, le fait d'être victime de CSA a été associé à :

- un plus grand nombre de grossesses ;
- un âge plus jeune lors de la première grossesse et/ou la naissance du premier enfant ;
- plus de naissances chez les adolescentes ;
- un plus grand nombre d'IVG mais cette relation émane du fait que le risque de grossesses à l'adolescence et à l'âge adulte est plus élevé chez ce type de population.

Enfin, concernant les risques d'IST, les études sont contradictoires. En effet, tandis qu'une étude a relevé une association entre antécédents de violences sexuelles durant l'enfance et un diagnostic récent d'IST, une autre étude démontre une relation significative entre CSA et le fait de n'avoir jamais eu d'IST.

V- Cas clinique n°1

1. Antécédents du sujet

Mme B. est née en 1983.

1.1 Les relations familiales

Sa mère est décédée à l'âge de 57 ans d'un cancer du sein. Son père est actuellement âgé de 63 ans et est retraité. Ses deux parents étaient mariés et ont vécu ensemble jusqu'au décès de sa mère. Mme B. rapporte des rapports conflictuels avec ses parents et décrit le couple parental d'une manière négative, qui ne manifestait aucune marque d'affection et « peu démonstratif ».

La mère

Les rapports relationnels avec sa mère sont décrits comme « froids et distants ». Elle dépeint le portrait d'une mère autoritaire, qui régissait le foyer familial d'une main de fer. Elle explique que sa mère éprouvait une certaine jalousie vis-à-vis d'elle en raison de sa relation privilégiée avec son père durant son enfance. Les contacts affectifs avec sa mère étaient quasi inexistants. En effet, elle n'a pas le souvenir d'un quelconque contact physique avec celle-ci. Concernant la période d'adolescence, Mme B. fait spontanément allusion à l'arrivée de ses menstruations à travers une anecdote et insiste sur le fait que sa mère ne lui « a jamais rien dit, rien dédramatisé » sur ce sujet et que pour « son premier soutien-gorge, elle était très gênée ». Elle rajoute que le sujet de la sexualité n'a jamais été abordé dans la famille. Elle explique avoir tenté de couper les liens durant cette période du fait de la maladie de sa mère qui était omniprésente dans leur relation : « elle n'a jamais réussi à ne me parler que de sa maladie », « ce n'était pas à moi de la frictionner et de la voir sans cheveux ». Mme B. estime avoir été traitée comme *une bonne à tout faire* au sein du foyer familial et rejette cette attitude sur le compte d'une possible prise de revanche de la part de sa mère en raison de leur absence de liens. C'est à la suite de son décès, que Mme B. a révélé les violences sexuelles subies dans le passé : « Quand elle est morte, ma mère n'a plus pu m'interdire de parler ! ».

Le père

Il y a peu de données sur la relation avec son père durant l'enfance de Mme B. Concernant les contacts affectifs, elle fait part d'une absence de contacts physiques depuis l'âge de 8-9 ans. Elle précise n'avoir actuellement plus aucun contact avec son père, qui est décrit comme un homme installé dans une plainte continuelle depuis le décès de son épouse : « toujours pas bien, toujours à pleurer, je ne veux plus entendre ses plaintes ». C'est à la suite d'une entrevue durant laquelle elle lui aurait dévoilé les passages à l'acte sexuel de son frère, qu'elle n'aurait plus eu de contacts directs avec celui-ci. Elle fait part de la réaction de son père à la suite de l'annonce : « mon père m'a fait du chantage, il a menacé de se suicider car il ne pourrait plus voir son petit-fils ». Selon elle, la rupture avec son père s'explique également par son manque d'implication, son manque de positionnement et son égocentrisme lors de ses révélations.

Le frère

Il est son aîné. Elle reproche un manque d'implication totale de celui-ci au sein du foyer familial et son manque d'investissement dans les démarches administratives et organisationnelles à la suite du décès de sa mère.

1.2. Parcours scolaire et professionnel / Relations amoureuses

Mme B quitte le domicile familial après son baccalauréat et tente une année en faculté dans une filière imposée par sa mère. Mais s'en suit un échec et sa mère décide à nouveau de sa réorientation, qu'elle n'a jamais osé refuser. Durant cette même période, elle entreprend une relation amoureuse par le biais d'Internet qu'elle caractérise de « malsaine », mais qu'elle place dans un contexte de fuite telle une raison pour quitter la famille. Elle décrit un homme jaloux et possessif. Elle interrompt à nouveau ses études par manque de motivation. Ses parents lui proposent un parcours en milieu professionnel, c'est ainsi qu'elle obtient un baccalauréat professionnel sans trop de difficultés. La séparation avec son ami, qui est aussi l'un de ses collègues, l'a conduit à démissionner de son activité professionnelle. La réintégration au sein du domicile familial n'a pas été acceptée par sa mère.

Quelques années plus tard, jeune adulte, elle rencontre son mari, avec lequel elle emménagera au bout de 2 ans et qu'elle épousera 7 ans après. Elle donne une signification ironique à son mariage, en utilisant l'expression suivante : « la période de test était enfin terminée ». Elle pense que son mari n'a jamais voulu se marier. Sur la question d'un éventuel désir de fonder une famille, Mme B. explique que son mari ne souhaite pas d'enfant. Il argumente ce choix par son attrait pour les voyages mais également par l'état instable de son épouse, qu'il considère comme incompatible à l'arrivée d'un enfant au sein de leur couple. M. B. a, quant à lui, changé d'emploi pour cause des soucis relationnels avec ses supérieurs.

Le parcours professionnel de Mme B. est compliqué et tortueux, avec de multiples périodes de chômage et d'intérim. Elle explique avoir effectué le concours d'entrée à la gendarmerie, malgré les réticences de sa mère, qui se soldera par un échec. Cette dernière lui aurait autorisé à se lancer dans des études paramédicales. Après un nouvel échec, elle finit par obtenir le concours et son diplôme d'État d'infirmière trois ans plus tard.

1.3. Antécédents médicaux, chirurgicaux et psychiatriques

Antécédents médicaux et chirurgicaux

Mme B. souffre actuellement de migraines hebdomadaires et ce depuis l'âge de ses 23 ans avec aura sensorielle et hyperesthésie durant de 48h à 72 heures, également accompagnées de vomissements. Elle est suivie par un neurologue et son traitement antimigraineux comprend du paracétamol et de l'ibuprofène. Elle prendrait également régulièrement des somnifères en raison de troubles du sommeil. Dans ses antécédents médicaux, on note une tendance nette aux infections urinaires à répétition. Pas de consommation d'alcool, ni de tabac, ni de consommation de substances psychotropes non prescrites d'après ses déclarations.

Mme B. aurait fait l'objet d'hospitalisations pour pyélonéphrites et bartholinites.

Antécédents psychiatriques

Sur le plan psychiatrique, de nombreuses prises en charge sont relevées. Mme B. a d'abord été suivie par un psychiatre durant 2 ans à l'âge de 25 ans à un rythme soutenu, d'hebdomadaire à mensuel. Ces consultations ont eu lieu dans un contexte de troubles alimentaires débutant par un épisode d'anorexie en fin d'adolescence évoluant de façon chronique en boulimie par la suite, ainsi qu'une idéation suicidaire dont elle souffre encore à l'heure actuelle. Elle rapporte n'avoir jamais abordé la problématique des violences sexuelles avec ce premier psychiatre. Un traitement antidépresseur Effexor ® lui aurait été prescrit à l'époque. Son mari lui aurait clairement exposé son opposition à la prise de médicament suite à un accident de voiture sans gravité qui aurait eu lieu lors de la prise de ce traitement en question. Malgré une amélioration de son état, elle décide de suspendre la prise de l'antidépresseur et sera alors confrontée à un syndrome de sevrage important. Elle change de psychiatre, ce dernier était favorable à la reprise de l'Effexor ® mais ceci allait à l'encontre de la décision de son mari. Elle interrompt à nouveau la prise en charge psychiatrique, ne pouvant donner d'explication de cet arrêt à l'expert. Son traitement actuel comprend des somnifères (Imovan ® 7,5 mg/j) mais Mme B. ne lui reconnaît que peu d'efficacité, ainsi qu'un traitement anxiolytique.

2. Les circonstances des faits

Les faits sont évoqués à travers une hyperémotivité et une dépressivité de premier plan. Ils sont également difficiles à reconstituer pour la patiente et marqués par des pleurs et une débâcle émotionnelle. Mme B. évoque un frère avec un comportement autoritaire et directif dès l'enfance, et auquel elle obéissait toujours. Au fil des années et durant la préadolescence, des violences physiques, dont elle était victime par son frère, ont fait leur apparition. En effet, Mme B. expose des exemples de sévices. Enfant, il lui est arrivé de s'être fait attachée et fouettée par son frère. Elle rajoute une anecdote qui s'est déroulée en hiver, où ce dernier lui confisqua ses chaussures et chaussettes, l'obligeant ainsi à marcher pieds nus à travers un champ jusqu'au domicile familial. Elle explique notamment la lubie de son frère, tentant de l'alcooliser puis de l'étrangler suite à son refus d'obtempérer. Ses scénarios ont été rapportés à sa mère, mais celle-ci les a tantôt dédramatisés et a tantôt refusé de les entendre.

En ce qui concerne les passages à l'acte dont elle déclare avoir été victime de la part de son frère, elle les situe à l'âge de 15 ans. Elle explique que certains souvenirs sont intacts et parfaitement restituables dans les moindres détails, d'autres sont davantage remémorés sous formes des flashes ou des souvenirs plus vagues dont elle souffre. Elle allègue avoir subi de multiples atteintes sexuelles dont trois agressions sexuelles qui semblent constituer pour elle les souvenirs écmnésiques les plus traumatisants, allant de la fellation à la pénétration vaginale. Ces souvenirs affectent fortement le plan émotionnel de la patiente.

3. Sexualité et vie affective

Pendant longtemps, Mme B. explique avoir eu des rapports avec son mari dans un contexte purement utilitaire, tout comme les rapports intimes qu'elle entretenait avec son premier ami: « Je le fais tout simplement parce qu'un homme ça a besoin de rapports ». L'exécution des relations sexuelles sont pour elle, un moyen d'éviter l'infidélité de son conjoint. Elle invoque ainsi une absence complète de libido et de plaisir. De plus, Mme B explique que ses rapports intimes sont uniquement possibles dans le noir total, les préliminaires et les contacts y sont exclus. Elle déclare n'avoir actuellement plus de rapports sexuels avec son mari, refusant tout contact sexuel.

4. La conclusion de l'expert

L'examen psychiatrique et les antécédents de Mme B. permettent de diagnostiquer un trouble de la personnalité sévère à type d'état limite avec l'existence d'une humeur dysthymique, d'une instabilité et d'une ambivalence émotionnelles, et des difficultés relationnelles importantes. Ses propos sont extrêmement marqués sur le plan affectif mais manquent de précisions quant à la chronologie exacte des faits. Un lien possible peut être établi entre les troubles et les faits d'agressions sexuelles durant l'enfance. Cette relation est prouvée sur le plan scientifique, mais pas à travers d'un rapport de cause à effet ou d'une association obligatoire, mais davantage à une relation statistique. En effet, l'expert souligne que les troubles de la personnalité, les difficultés interpersonnels et intimes sont souvent liés chez la jeune femme à l'existence de violences sexuelles durant l'enfance ou l'adolescence. Il est cependant difficile pour l'expert d'affirmer que la totalité de ses troubles soient uniquement en lien avec les événements énoncés.

La sphère familiale semble avoir été pathologique et l'ambiance délétère, avec une mère inaffektive et égocentrique et un personnage paternel faible mais également égocentrique. Ce qui pourrait expliquer le retard de la révélation des faits par Mme B. car à ses yeux aucun des deux parents ne semblait être en mesure de recevoir et d'accepter ses plaintes. À propos de son frère, elle décrit le tableau d'un personnage de tyran sadique.

Sur le versant de la santé sexuelle, son statut est celui d'une personne traumatisée avec une vie sexuelle quasi inexistante avec une absence complète de libido. La vie intime de Mme B. se positionne de manière passive et utilitaire.

Sur le plan psychiatrique, les antécédents sont nombreux et essentiellement marqués par des ruptures thérapeutiques répétitives. Les difficultés à maintenir une prise en charge semblent être causées par l'ambivalence de la jeune femme appuyée par l'avis de son mari favorable à de nombreuses reprises à l'interruption de celle-ci. Étant donné l'état de santé psychique non satisfaisant, l'expert a recommandé qu'une prise en charge doit être débutée rapidement chez Mme B.

VI- Cas clinique n°2

1. L'histoire familiale et les circonstances des faits

Mme V. est née en 1987. Ses parents se sont séparés alors qu'elle avait 6 ans et demi. Les contacts avec le père ont rapidement été très distants. Elle ne parle guère de son enfance avant 6 ans et demi. Elle est restée vivre avec sa mère qui s'est rapidement remise en couple avec celui qui deviendra son beau-père.

Mme V. évoque une « ambiance incestogène » qui régnait au sein de la famille. Nous apprenons ainsi que durant très longtemps elle a partagé le lit de sa mère. Elle fera également souvent allusion mais sans véritablement aller plus loin dans son discours, à des agressions sexuelles fréquentes de la part de son beau-père. Chaque tentative de sa part de se livrer à ce sujet conduit en général à une réactivation symptomatique sous forme de gestes auto-agressifs (strangulations, scarifications, etc...).

Par ailleurs, Mme V. livrera également tardivement des souvenirs infantiles concernant l'alcoolisme de son père et des gestes incestueux dont elle a été victime de sa part. Nous ne parviendrons jamais à avoir plus de détails à ce sujet.

Mme V. semble avoir été particulièrement préoccupée par rapport à ses changements corporels pubertaires. Elle a vécu avec beaucoup d'angoisse par exemple, la croissance de ses seins. La mise en couple de sa mère dépressive et à qui elle apportait des anxiolytiques en étant fillette pour soulager ses angoisses, n'apportera aucun soulagement.

On note ainsi l'existence de relations particulièrement ambiguës entre la mère et la fille, mais également entre le beau-père et sa belle-fille : Mme V. parvenant ainsi à expliquer que durant son enfance il n'était pas rare que la mère, le beau-père et elle-même « dorment » ensemble, alors qu'elle-même avait l'habitude d'embrasser son beau-père sur la bouche. On notera que les attouchements sexuels par le beau-père se seraient poursuivis jusqu'à l'âge de 17-18 ans. Il ne semble jamais avoir fait l'objet de poursuites.

2. Les antécédents médicaux et psychiatriques - Les conduites de mise en danger

Mme V. a bénéficié de prises en charge psychiatriques à partir des années 2000, alors qu'elle était âgée de 13 ans. Si on note que la première prise en charge hospitalière a eu lieu à cette époque, il est relevé que les premiers symptômes ont été bien plus précoces. Mme V. parviendra ainsi à décrire « des comportements sexuels compulsifs de type masturbatoire depuis l'âge de 7 ans ». Ces comportements ont toujours été associés à une culpabilité intense : elle attendra l'âge de 23 ans pour pouvoir parler de ses comportements et de cette culpabilité. À l'époque, le début de la prise en charge psychiatrique avait été marqué par une tentative de suicide par phlébotomie en novembre 2000, suivie quelques jours après par une intoxication médicamenteuse volontaire. Par la suite, la jeune V. a été hospitalisée à de nombreuses reprises à partir de novembre 2000 dans un service d'hospitalisation pour adolescents, et ceci pour une durée d'environ deux ans. En fait l'hospitalisation était presque continue d'octobre 2001 à juillet 2002. En 2005, Mme V. est à nouveau hospitalisée pour trois mois dans le service pour adolescents, pour des recrudescences anxieuses. À l'époque sont déjà signalées des conduites de mise en danger à répétition. Elle pratique le jeu du foulard de manière ritualisée et addictive. Elle alterne les périodes d'anorexie avec prise de laxatifs et des périodes de boulimie. En septembre 2006, elle est prise en charge dans une clinique spécialisée où elle restera en hospitalisée de manière continue de septembre 2006 à septembre 2008. Ce séjour sera émaillé de différents transferts, soit en milieu psychiatrique spécialisé, soit pour des soins. Lors de son séjour dans cette clinique spécialisée, Mme V. se livrera à

plusieurs reprises à des automutilations avec scarifications des membres et de l'abdomen, et fera plusieurs tentatives de suicide (par pendaison).

3. Le parcours scolaire

On relève par ailleurs que Mme V. est une élève brillante qui continue sa scolarité, allant même jusqu'à rejoindre en 2004, une classe de Sport Études, puisqu'elle pratiquait la natation de compétition. En septembre 2007, dans le contexte d'une hospitalisation continue en clinique psychiatrique, la jeune V. interrompt sa scolarité en début de terminale générale scientifique. Elle intégrera par la suite une classe de terminale générale littéraire et obtiendra son baccalauréat. En 2008, il est donc prévu un retour à Strasbourg avec un début d'études universitaires.

4. La sexualité et la vie affective

Au début de l'année 2008, les strangulations compulsives ainsi que les automutilations sont remplacées par des conduites de masturbation compulsive notamment à type de sodomie. Ces conduites entraîneront par leur gravité et leur fréquence, l'apparition d'un prolapsus anal qui nécessitera une intervention chirurgicale en avril 2008. À ces conduites masturbatoires auxquelles l'acte chirurgical ne mettra pas fin, se sont associées par la suite à des conduites d'alcoolisation répétées, puis à de nouvelles tentatives d'étranglement. Mme V. n'a, à l'époque, qu'une sexualité masturbatoire.

Vers 2009, elle a une relation hétérosexuelle avec un jeune patient schizophrène : il s'agit pour elle d'une relation purement sexuelle, au sens où elle ne trouve consciemment à l'époque, aucune signification affective à cette relation. Les relations sexuelles sont vécues comme un équivalent masturbatoire compulsif avec un partenaire qui, de toute manière cliniquement, apparaît de par sa pathologie, froid et inaffectif.

Par la suite, on apprendra que Mme V. aurait entretenu durant son hospitalisation précédente à la clinique de P., une relation homosexuelle avec une fixation quasiment érotomaniacale. Il sera toujours impossible de savoir si cette relation est restée purement platonique ou si elle a débouché sur des relations sexuelles. Mme V. d'ordinaire si crue dans son langage concernant ses pratiques, se refusait obstinément à toute révélation dans ce sens.

Mme V. pourra parler de ses problèmes pulsionnels en décrivant sa sexualité uniquement sous la forme de pulsions qu'elle doit satisfaire de manière impulsive et violente. Lorsque les pulsions sexuelles deviennent selon elle, trop importantes, celles-ci donnent lieu également à des crises de boulimie et de vomissements.

5. Le décès

Mme V., après une phase d'amélioration clinique de quelques mois ayant permis une autorisation de sortie de l'hôpital, sera retrouvée décédée par pendaison à son domicile, lors d'une autorisation de sortie qui devait précéder à une sortie définitive.

À cette époque, l'amélioration l'avait conduite à ne plus dissimuler ses symptômes et à en parler plus librement. Le contact avec les soignants de sexe féminin restait problématique. Malgré cette amélioration symptomatique qui avait permis de relâcher le cadre de la prise en charge institutionnelle, Mme V. se sentait intrinsèquement « différente. » Lors des derniers entretiens qu'elle a pu avoir avec des psychiatres, elle se disait incapable de ressentir des émotions, se sentant réduite à ressentir à travers un éprouvé corporel toujours violent, dont faisait partie le jeu du foulard, la boulimie et la pendaison, ainsi que sa sexualité vécue comme un soulagement compulsif.

Quelques jours avant son décès par suicide, un médecin écrivait dans son dossier : « malgré un lien institutionnel constructif et une amélioration globale, l'instabilité reste le maître mot et Mme V. n'est pas à l'abri, lors d'une crise pulsionnelle, d'un geste dangereux pour elle dans un moment d'effondrement ».

DISCUSSION

Dans cette dernière partie, nous exposerons dans un premier temps les limites et biais de notre travail de recherche. Nous discuterons ensuite des résultats des études que nous avons pu dégager de l'examen attentif de la littérature, en les confrontant aux deux observations cliniques avec des données complémentaires scientifiques. Finalement, nous tenterons de montrer l'intérêt d'une sensibilisation à la question des violences sexuelles durant l'enfance. Pour permettre le diagnostic et la prise en charge de ces violences, nous établirons des recommandations pour les sages-femmes et de manière étendue pour l'ensemble des professionnels de santé.

I- Limites et biais de notre travail de recherche

Nous nous sommes rendus compte de certaines limites au cours de nos recherches, notamment concernant les études incluses dans notre revue de la littérature. Bien qu'elles aient mis en lumière des résultats très intéressants et démonstratifs au regard de notre problématique, ces études sont majoritairement de types transversales avec des données rétrospectives. De nombreuses études ont mis en évidence une relation entre CSA et les divers conséquences sur la sexualité, tant sur le plan de l'hyposexualité et l'hypersexualité que sur l'émergence de comportements sexuels à risque, mais l'association de causalité est difficilement démontrée. De toute évidence, la randomisation nécessaire à la démonstration de lien de causalité est impossible dans ce contexte. En effet, l'assignation de participantes aux groupes de CSA ou témoin est éthiquement inenvisageable. Une autre limitation est l'exactitude et la validité des déclarations lors d'interviews ou d'auto-questionnaires. En effet, en fonction des caractéristiques du questionnement, il existe un impact sur les réponses des participantes. Certaines femmes peuvent essayer d'apparaître sexuellement plus ouvertes et à l'aise qu'elles le sont vraiment, ou au contraire, apparaître plus « dérangées » par leurs problèmes sexuels (40). Les comportements sexuels à risque sont considérés comme tabous par la société, ce qui en fait un sujet sensible à évoquer pour les victimes. Cette peur de la stigmatisation constitue un frein à leurs divulgations. De plus, la description d'événements anciens est bien moins précise, et des événements survenus après les violences sexuelles peuvent également influencer la perception de ces violences.

Les études américaines de notre revue de la littérature ont été réalisées sur diverses ethnies, et nous avons pu voir que des différences subsistent. Par exemple, contrairement aux populations de femmes blanches américaines ou africaines, les expériences de CSA chez les femmes américaines d'origine asiatique n'ont pas été associées aux comportements sexuels à risque d'infection au VIH. Ce phénomène peut être expliqué par la tradition de ce peuple, chez qui, les femmes préfèrent internaliser leur traumatisme pour éviter l'ostracisme social. L'adoption de comportement sexuel à risque est à l'origine d'une immense honte et d'un rejet familial (40). En 1992, Rao *et al.* (47), ont démontré que les enfants américains d'origine asiatique sont moins enclins à dévoiler des expériences de CSA, comparativement aux enfants blancs, noirs et hispaniques. En dehors du facteur individuel, la prise en compte de l'origine des victimes semble donc être un facteur important en matière de sexualité et de traumatisme.

Un autre biais à la généralisation des données est le problème des non-participants. En effet, la participation aux études se base sur le volontariat des victimes, il se peut que les victimes les plus gravement touchées soient celles qui n'ont pas pris l'initiative de répondre aux questionnaires. Certaines études ont suivi de manière prospective les participants dont les CSA ont été documentés pendant l'enfance. Mais dans ce cas, seuls les cas corroborés de CSA ont été inclus, mettant à l'écart les cas non divulgués ou non étayés, ce qui constitue également un biais de généralisation. De plus, dans ces études de cohorte prospective faites dès l'enfance, il existe des critères d'inclusions très stricts. La présence d'un tuteur ou d'un parent « non abuseur » est obligatoire, ce qui fait que les enfants qui subissent toujours des violences et qui n'ont pas de cadre familial protecteur, n'ont pas été repérés et inclus dans ce genre d'étude.

Pour éviter un biais de confusion, des études de notre revue de littérature se sont restreintes à l'inclusion d'une population féminine âgée au maximum de 35-40 ans. En effet, l'impact sur la fonction sexuelle peut être causé par les changements hormonaux associés à la péri-ménopause ou la ménopause. Or, toutes les études n'ont pas choisi de respecter ces limites d'âges. À contrario, nous pouvons également penser que les résultats peuvent être biaisés par le manque d'expérience sexuelle dans les populations de jeunes femmes.

Une autre limitation à prendre en compte est la possibilité que les résultats des CSA soient confondus avec les violences sexuelles en elles-mêmes. Par exemple, l'âge du premier rapport sexuel, qui est souvent très utilisé comme variable, peut être confondu avec l'expérience de CSA. Ce biais peut être évité, comme l'ont fait certains auteurs, en demandant

au participant l'âge du premier rapport sexuel volontaire. Mais cette précaution n'a pas toujours été respectée. Le nombre de partenaires sexuels peut être également confondu, si le participant prend en compte son ou ses agresseurs.

Une des plus grandes limites méthodologiques dans la recherche sur ce thème est la trop grande variété de définition de CSA et l'absence de consensus. En 1979, Finkelhor disait « il n'y pas encore dans ce domaine une définition généralement acceptée de la victimisation sexuelle ». Cette observation reste vraie aujourd'hui, les auteurs n'utilisent pas tous la même échelle et définissent à leur guise les CSA : ce qui constitue un grand obstacle à la comparaison des résultats des études. Des définitions très larges avec toutes les formes de violences sexuelles peuvent mettre en évidence des conséquences en matière de sexualité, qui ne seraient pas visibles si le CSA était défini de façon plus restrictive. Dans la mesure des violences sexuelles, il a été montré que le fait de poser plusieurs questions sur les violences sexuelles, génère une prévalence supérieure de CSA. Ceci pourrait être la cause des grandes différences de prévalence retrouvées entre les études (48).

De plus, comme nous l'avons expliqué dans notre partie « Matériel et Méthodes », le terme de CSA est un terme anglo-saxon de référence dans ce domaine de recherche. Il désigne la violence qui se produit pendant toute la période de l'enfance en tant que telle (0 à 17 ans), incluant la période de l'adolescence à proprement parlé. Des études ont cependant cherché à distinguer la période de l'adolescence de celle de l'enfance et les seuils de CSA sont variables de 13 à 17 ans. Certaines de nos études ont montré des différences sur des variables en fonction de l'âge du début des violences sexuelles (35,39,42). Dans la méta-analyse réalisée par Arriola *et al.* (49), la définition de la CSA sur la base de l'âge de la victime lors des violences sexuelles, a semblé modérer la relation entre les CSA et le commerce du sexe. Les études qui ont utilisé des définitions plus larges avec un âge seuil de 14-17 ans ont tendance à montrer des relations plus solides avec le commerce du sexe, que ceux qui avaient des définitions plus restrictives (âge seuil de 10 ou 11 ans). Mais une étude de Rellini et Meston en 2007 (50), réalisée sur 699 étudiants, a montré que l'âge de l'apparition des CSA serait un facteur moins important dans le développement de détresse sexuelle à l'âge adulte. En effet, cette dernière a été plus fortement associée aux rapports d'abus multiples durant une longue durée, la présence de pénétration vaginale et la relation familiale avec l'agresseur. Nous constatons que sur ce point, les résultats des chercheurs sont encore contradictoires.

Il faut garder à l'esprit, qu'aucune violence sexuelle durant l'enfance ne doit être considérée comme moins « grave ». Il n'y a pas d'effet de continuum dans la gravité des conséquences sur le développement sexuel à moyen et long termes des femmes sexuellement abusées durant leur enfance.

Dans notre mémoire, nous avons exposé les différentes conséquences dans le domaine de la sexualité à la suite de violences sexuelles perpétrées durant l'enfance. À travers nos recherches, nous avons constaté l'existence de facteurs médiateurs et de covariables dans l'association entre CSA et les troubles sexuels, et l'adoption de comportements sexuels à risque. Nous en avons fait allusion à certains moments sans d'investigations supplémentaires. Ceux-ci mériteraient l'approfondissement de recherches dans un autre mémoire. L'environnement familial, la cooccurrence d'autres types de violences, les facteurs individuels, le fonctionnement psychologique, la revictimisation sexuelle, l'addiction aux drogues et à l'alcool sont autant de médiateurs qui peuvent prédire ou influencer les conséquences liées à la santé sexuelle chez ces femmes.

Enfin, nous pouvons conclure cette partie en soulignant la carence de données et le retard dans la prise en compte des violences sexuelles durant l'enfance en France. Alors qu'aux États-Unis, en Australie, au Canada et dans de nombreux pays voisins, des centres de recherches pluridisciplinaires ont été mis en place pour étudier les violences contre les femmes et les violences intrafamiliales, peu d'études ont été menées dans notre pays concernant cette problématique. La plus récente est celle réalisée par le Dr Muriel Salmona en 2015. Il ressort de cette étude que plus d'un tiers des victimes mentionnent des compulsions sexuelles et des conduites sexuelles à risques ainsi que des conduites auto-agressives avec toutes les conséquences sur la santé que cela implique à court et à long termes. Et 53% des participants souffrent de troubles sexuels à type de phobies, de frigidité et de vaginisme (2).

II- Confrontation des résultats des études avec les données des observations cliniques

1. Troubles hyposexuels et cas clinique n°1 de Mme B.

L'expertise psychiatrique de Mme B., rappelons-le, a été faite dans le cadre d'une affaire judiciaire suite à la demande d'un juge d'instruction. L'objectif du psychiatre était de savoir si la patiente souffrait de troubles psychiatriques, et si ces derniers étaient en rapport direct avec les faits de violences sexuelles dénoncées.

La famille de Mme B. peut être caractérisée « d'incestogène ». En effet, la sphère familiale semble avoir été pathologique et l'ambiance délétère, avec une mère inaffektive et égocentrique et un personnage paternel faible mais également égocentrique. Dans ce contexte, le frère a toute la puissance et l'agression sexuelle sur sa sœur peut avoir lieu. De plus, les deux parents ne semblaient pas être en mesure de recevoir et d'accepter les plaintes de Mme B. Elle savait qu'elle ne serait jamais crue, ce qui explique également la révélation tardive des faits. Or, pour les victimes, la présence de proches bienveillants qui les soutiennent et les aident à révéler les agressions est primordiale car elle permet d'atténuer les sentiments de vulnérabilité et de solitude. L'impact positif d'un soutien rassurant amène une meilleure estime de soi et de sentiment de valeur, qui se construisent normalement par « l'indispensable valeur inconditionnelle » que tout enfant se doit d'avoir aux yeux de ses parents par l'affection et l'attention qui lui sont témoignés (5). Il a aussi été montré que lorsque le soutien parental est présent et positif, les victimes développeraient un meilleur confort par rapport à l'intimité en comparaison aux autres victimes mais également aux autres individus ne rapportant aucun traumatisme. La victime a conscience que malgré une situation critique et sa vulnérabilité, elle peut être entourée de personnes dignes de confiance et sécurisantes : cette idée persistera à l'âge adulte (51). Ceci n'a pas été le cas chez Mme B., malgré quelques tentatives de dénonciations, sa mère a refusé les révélations de violences physiques perpétrées par son frère. Son père, quant à lui étaient totalement absent. Ces circonstances ne peuvent pas expliquer directement l'inceste mais il le facilite très certainement. Mme B. révèle que ces agressions sexuelles se sont déroulées à plusieurs reprises. Or, c'est la complicité, même masquée, des proches et dans ce cas des parents, qui ont rendu possible l'exercice de la violence de façon continue. D'autant plus, quand cette complicité découle de génération en

génération, il sera très difficile pour la victime de dénoncer les violences mais également d'en reconnaître toute l'interdiction et l'illégitimité. De plus, la lâcheté et l'évitement de l'entourage lors de la révélation est un second traumatisme pour les victimes. Alors qu'elle lui révèle que son propre fils l'a violenté sexuellement à l'âge de 15 ans, son père ne la soutient aucunement et prétexte sa peur de ne plus revoir le petit-fils dans le cas d'une inculpation de son frère. Le déni est une stratégie pour ces proches pour ne pas assumer les révélations, avec également un conflit d'intérêt et de « devoir de loyauté » envers l'agresseur (5). Nous pouvons dire que Mme B. a subi une double agression : le fait d'avoir subi des violences sexuelles par son frère et le fait de n'avoir pas pu en parler ou être écoutée.

Dans la restitution des faits, Mme B. explique avoir des souvenirs très précis et parfaitement restituables dans les moindres détails sur le plan chronologique concomitamment à des épisodes ponctuels plutôt vagues tels des flashes de ses agressions sexuelles. L'expert lie ces troubles mnésiques à l'état post-traumatique et l'état mental de la patiente en écartant la possibilité d'une mythomanie. Dans la littérature scientifique nous retrouvons également cette notion d'ictus amnésiques: près de 60% des victimes de violences sexuelles durant l'enfance auraient des périodes d'amnésie totale ou parcellaire (52). Dans des études prospectives américaines (53,54), alors que des faits de violences sexuelles ont été inscrits dans leurs dossiers et on fait l'objet de consultations pédiatriques d'urgence durant leur enfance, 40% des jeunes femmes interrogées ne se souviennent pas des faits 17 à 20 ans plus tard. Une enquête épidémiologique française faite par l'association *Stop aux Violences Sexuelles* est actuellement en cours, elle est coordonnée par une équipe médicale, la participation y est volontaire, sans rémunération et sans de groupe témoin. Des données préliminaires sur les premiers 100 répondants, ont été présentées par le Dr Jean-Louis Thomas en janvier 2015. Les victimes présentent une longue période d'amnésie post-agression puisque l'âge de la prise de conscience des violences sexuelles est de 20 ans, alors que l'âge moyen de la première agression est autour de 9 ans dans cette étude. Ainsi lors de la dénonciation, il est important de prendre en considération que le récit de la victime soit parfois incohérent et altéré. Ces troubles mnésiques peuvent être :

- des « amnésies traumatiques lacunaires » qui sont dues aux phénomènes neurobiologiques de survoltage et de disjonction et conduisent à une souffrance neurologique réversible si une prise en charge a lieu ;
- des « amnésies défensives » qui découlent des stratégies de survie par les conduites

d'évitement, de contrôle et d'hypervigilance. La victime peut oublier totalement ou partiellement les faits les plus intolérables qui risquent de déclencher sa mémoire traumatique. Ces souvenirs peuvent refaire surface par bribes ou complètement, à des moments de vie forts en émotions tels une rencontre, un décès, une naissance, une nouvelle agression ou d'une situation critique. De plus certaines victimes ne reconnaissent pas la réalité du viol avec un sentiment de détachement : cette anesthésie émotionnelle est causée par la dissociation chronique et peut décontenancer les professionnels et l'entourage.

L'altération de l'état conscience et des confusions du repérage spatio-temporel sont présentes chez les victimes de violences sexuelles durant l'enfance, et sont également causées par la dissociation chronique découlant des stratégies de survies. La notion de temps est perturbée, comme figée avec des distorsions dans la représentation des espaces puisque l'hippocampe, responsable de l'analyse des données spatio-temporelles, est déconnecté (55,56).

Sur le versant sexuel, Mme B. souffre clairement de troubles hypossexuels d'après l'expert. Elle décrit des relations sexuelles purement utilitaire et reproductive, même s'il n'y pas de projet d'enfant au vu d'un refus du mari. Elle n'a jamais ressenti le désir d'avoir des relations sexuelles. Malgré cela, elle ne refuse pas l'acte sexuel, comme si elle était conditionnée à ne jamais refuser. Dans sa relation amoureuse, Mme B. reproduit ce qu'elle a vécu. Tout comme sa mère et son frère, son mari est un homme autoritaire. En effet, alors qu'il est en désaccord avec son traitement et son suivi psychiatrique, elle montre son caractère obéissant sans faille en stoppant ceux-ci. L'agresseur exerce une emprise et un abus de pouvoir sur sa victime imposant un certain formatage à ce dernier dans le cadre de violences sexuelles continues : l'enfant est aux aguets, ils scrutent et anticipent les moindres désirs de son bourreau sans les refuser, son but essentiel est de ne pas contrarier son agresseur (14). Cette peur d'une contrariété qui pourrait rallumer la mémoire traumatique, persiste à l'âge adulte d'où une complaisance et une adaptabilité parfaites de la victime. Il devient ainsi difficile pour elle d'exprimer sa volonté et ses désaccords lors d'une confrontation à une autorité, avec une incapacité à s'opposer et à se défendre lors de pressions psychologiques ou sexuelles (5,57).

De plus, Mme B. décrit une absence complète de libido et de plaisir lors de la pratique des rapports sexuels. Nous n'avons pas plus d'informations sur d'autres items de la fonction sexuelle et sur sa satisfaction sexuelle. Mais l'observation clinique de cette victime rejoint les principaux résultats de nos études inclus dans la revue de la littérature.

Rappelons ici les grands axes que nous avons pu dégager des études de notre revue de littérature au sujet des troubles d'hyposexualité. Plusieurs études ont montré une association significative entre troubles du désir (24,25), aversion sexuelle, troubles de l'excitation et de satisfaction sexuelle (24,27), anorgasmie, troubles du plaisir et de lubrification vaginale (24,29,31) chez les femmes victimes d'antécédents de violences sexuelles durant l'enfance. Cependant deux études contredisent ces associations et ne retrouvent aucun lien significatif sur les thèmes de la satisfaction sexuelle (29) et de la fonction sexuelle : plaisir, désir, lubrification et orgasme (26). Ceci peut être expliqué par un échantillon trop faible dans le groupe des femmes victimes de CSA. De plus, des auteurs ont conclu que l'activité sexuelle n'était pas significativement moindre chez ces femmes, mais sans étudier la satisfaction sexuelle. Dans notre cas, Mme B. était active sexuellement sans pour autant apprécier cela. Ce n'est pas tant la fréquence des rapports sexuels qui est à prendre en compte mais davantage la souffrance physique et psychique qui en découlent. Néanmoins, l'étude Najman *et al.* (29) n'a pas montré de baisse de la satisfaction sexuelle physique et psychique chez les femmes victimes de violences sexuelles durant l'enfance alors que leur fonction sexuelle était détériorée. Nous pouvons expliquer cela grâce aux résultats de l'étude de Stephenson *et al.* (24) : la détresse sexuelle est faiblement liée au fonctionnement sexuel chez les victimes de CSA. De ce fait, *un bon fonctionnement sexuel n'est pas égal à un bien-être et une bonne satisfaction sexuels et inversement*. Elles peuvent ressentir une certaine difficulté à se sentir comme être sexué masquant les effets positifs d'un bon fonctionnement sexuel. Tandis qu'une mauvaise fonction sexuelle est vécue péniblement par la femme car perturbant directement l'activité sexuelle, un bon niveau dans la fonction sexuelle peut être également mal vécu en regard des réponses émotionnelles négatives qui en découlent, créant une véritable impasse pour les victimes. Ces schémas peuvent résulter de la honte et de la violation de confiance, reliquats des violences sexuelles perpétrées durant l'enfance. *De plus, pour Stephenson et ses collaborateurs, c'est davantage la satisfaction sexuelle qui se retrouve affectée lors des antécédents de violences sexuelles durant l'enfance, ce qui explique le fait que certaines études ne retrouvent pas de différence dans la fonction sexuelle bio-physiologique* (27).

Le statut sexuel de Mme B. est celui d'une personne traumatisée, ses rapports intimes sont uniquement possibles dans le noir total, les préliminaires et les contacts y sont exclus. Les gestes à connotation sexuelle peuvent faire réapparaître des souvenirs et des affects évocateurs de l'expérience de l'agression. La mémoire traumatique est réactivée, et la victime se retrouve dans un état d'angoisse avec une sensation de danger. Cette association négative à la sexualité est à l'origine d'une aversion aux pensées sexuelles, aux situations et sentiments qui rappellent l'expérience de violences et se heurte au plaisir sexuel. Ainsi, toute caresse dans un contexte de préliminaires peut devenir insupportable pour l'individu. Et si les violences sexuelles se sont déroulées avec une extrême violence, les gestes appuyés au niveau du cou ou du poignet par le partenaire peuvent créer un état de panique. Dans ce cas, les situations intimes sont perçues comme impossibles car menaçantes pour la victime. De plus, si le père était l'auteur des agressions, l'abus de confiance est considérable, les frontières sexuelles sont extrêmement perturbées et l'enfant peut « surgénéraliser » l'expérience des violences sexuelles à la plupart des hommes, aboutissant à un retrait sexuel et social (5,25).

Il est à noter que l'enquête IPSOS de 2010 faite par l'Association Internationale des Victimes de l'Inceste (AIVI), dresse un état des lieux de la situation des personnes victimes d'inceste : vécu, état de santé et impact sur la vie quotidienne. Sur les 341 répondants, 77% des victimes disent être dans l'incapacité d'avoir un rapport sexuel si elles le souhaitent et 93% disent avoir peur des autres et d'exprimer un refus contre 29% des répondants n'ayant pas été victimes de violences sexuelles durant l'enfance (58).

Nous pouvons conclure cette observation clinique en caractérisant la sexualité de Mme B. comme une « *sexualité de décharge* ». Son plaisir est inexistant et celui de son partenaire n'est pas reconnu. Nous avons vu que le concept de désir est dépendant des composantes cognitives, comportementales et motivationnelles : les attentes de Mme B. ne sont pas positives donc les pulsions envers l'activité sexuelle sont moindres, tout comme sa volonté et sa disponibilité à s'adonner au plaisir sexuel. L'expert conclut à un lien possible entre ses troubles de la personnalité et sexuels et les faits évoqués de violences sexuelles perpétrées par son frère aîné vers l'âge de 15 ans et des violences physiques et psychologiques débutées plus tôt dans l'enfance. Sans pour autant affirmer que la totalité des troubles évoqués puisse être expliquée par ces antécédents, il argumente cette conclusion au vu des preuves statistiques sur le plan scientifique.

Notre première hypothèse était que les femmes ayant subi des violences sexuelles durant leur enfance souffrent d'une hyposexualité. Nous avons pu valider cette hypothèse mais pas de manière exclusive. En effet, notre analyse de la littérature nous a révélé que ces victimes peuvent en réalité prendre deux trajectoires radicalement opposées en matière de sexualité : l'émergence de troubles hypersexuels est possible. Bien qu'une hypersexualité puisse évoluer en dehors d'un contexte de comportements sexuels à risque, ces deux phénomènes sont tout de même étroitement liés. Dans le point suivant, nous discuterons des données de l'observation cliniques de Mme V. et des résultats des études sur ces deux thèmes.

2. Troubles hypersexuels, comportements sexuels à risque et cas clinique n°2 de Mme V.

De nombreuses concordances existent entre les histoires personnelles des deux patientes. Tout comme Mme B., Mme V a grandi dans une « ambiance incestogène » avec l'existence de relations particulièrement ambiguës entre la mère et la fille, mais également entre le beau-père et sa belle-fille. Elle a été victime de violences sexuelles par deux agresseurs différents : son père biologique et son beau-père. Nous savons qu'il y a eu des attouchements sexuels mais nous n'avons pas plus d'informations sur les actes perpétrés. Alors qu'elles ne sont que des fillettes, Mme B. devait s'occuper et entendre les plaintes continues de sa mère malade, tandis que Mme V. apportait des anxiolytiques à sa mère pour soulager ses angoisses. Dans son célèbre ouvrage *Confusion de la langue entre les adultes et l'enfant* (14), Sándor Ferenczi (1873 - 1933) nous explique qu'une « mère qui se plaint continuellement de ses souffrances peut transformer son enfant en une aide-soignante, c'est-à-dire en faire un véritable substitut maternel, sans tenir compte des intérêts propres de l'enfant ». Les rôles sont donc totalement inversés : ce sont les enfants qui prennent soin des parents, et qui doivent atténuer les conflits familiaux et supporter le fardeau de l'ensemble de la famille. L'environnement familial est à prendre en compte et est souvent considéré comme facteur médiateur dans les données des troubles sexuels chez les victimes de violences sexuelles durant l'enfance (37,42).

Dans les observations cliniques, Mme B. nous fait part de ses premières expériences

pubertaires en faisait spontanément allusion à l'arrivée de ses menstruations et de l'achat de son premier soutien-gorge. Elle raconte que sa mère, très gênée, ne lui aurait jamais expliqué et dédramatisé ses changements corporels. Elle rajoute que le sujet de la sexualité n'a jamais été abordé dans la famille. Quant à Mme V., elle dit avoir été particulièrement préoccupée par ses changements corporels pubertaires et note beaucoup d'angoisses dès la croissance de ses seins. Il ressort de ces deux récits, de fortes carences affectives parentales et un manque de paroles autour de la sexualité et son développement. L'enfant puis l'adolescente comprendra vite qu'elle n'est pas autorisée à engager la conversation sur les aspects du corps, au risque d'irriter ou de créer un malaise chez les adultes. Le dialogue n'étant pas ouvert sur ce sujet-là, la révélation des violences sexuelles n'en sera pas facilitée. Pour le Docteur Marie-Laure Gamet, médecin sexologue au Conseil Général de la Marne et formatrice en éducation de la sexualité, les conséquences de l'absence de communication en matière de sexualité entrave « au minimum un certain épanouissement, et au maximum empêche le devenir sexuel ». Sans pour autant établir de manière formelle la relation entre troubles du développement de la sexualité durant l'enfance et l'adolescence et les difficultés sexuelles à l'âge adulte, elle nous dit que ce lien existe chez près de 30% des victimes de violences sexuelles durant l'enfance qu'elle rencontre dans ses consultations libérales et 50% en institutionnel. Le manque affectif durant l'enfance est le point commun dans toutes les histoires de vie de ses patients et ce, quel que soit le milieu social (59).

Les conduites à risques ont débuté dès l'adolescence de Mme V., pour se poursuivre à l'âge adulte : troubles alimentaires avec périodes de boulimie et d'anorexie ; tentatives de suicides par intoxication médicamenteuse, par scarifications et mutilations, par phlébotomie et par pendaison ; et mises en danger avec le jeu du foulard de manière ritualisée et addictive. Il est important de comprendre ces mécanismes psychotraumatiques pour faire le lien avec les symptômes que présentent ces femmes victimes de violences sexuelles durant leur enfance. Pour le Docteur Muriel Salmona, quand les conduites d'évitements ne sont plus efficaces, ce sont les conduites à risque qui prennent le relais pour provoquer la « *disjonction* » du circuit émotionnel, éteindre la mémoire traumatique pour se retrouver dans un état d'indifférence affective. La victime recherche donc le stress supplémentaire que proposent ces conduites dangereuses. Leur but dissociatif est de faire cesser l'état de souffrance et d'angoisse intolérable pour la victime qui en découvrira toute l'efficacité sans pour autant en comprendre

la signification, créant un sentiment de culpabilité et de « *prime de l'horreur* » (5). Dans l'étude IPSOS d'AIVI, près de neuf victimes sur dix se sentent ou se sont senties coupables (58). Mme V. attendra l'âge de 23 ans pour pouvoir parler de ses comportements masturbatoires compulsifs qui ont toujours été associés dès son enfance à une culpabilité intense. L'effet pervers de ces conduites, c'est qu'elles rechargent la mémoire traumatique et créent une véritable addiction par effet d'accoutumance et de tolérance. La victime choisira des conduites dissociantes faciles d'accès tout comme celles exploitées par Mme V. Ces conduites ont également pour but de reproduire le traumatisme initial de façon volontaire : les jeux de strangulation sont en lien aux tentatives de noyade ou d'étranglement par l'agresseur, et les jeux sexualisés infantiles sont une façon pour l'enfant de s'anesthésier. Ceci reste valable à l'âge adulte, les victimes peuvent développer de multiples fantasmes et de scénarios de viols, pratiquer des automutilations sexuelles, ou s'engager dans des pratiques sexuelles variées et à risque de type sadomasochiste, comme Mme V. En effet, ces conduites de masturbations compulsives notamment à type de sodomie ont entraîné l'apparition d'un prolapsus anal grave qui a nécessité une intervention chirurgicale. Il n'empêche, qu'elle ne mettra pas fin à ces pratiques qui sont également accompagnées par des conduites d'alcoolisation répétées et des tentatives de strangulation.

La douleur est « expérience sensorielle émotionnelle désagréable », sa fonction est retrouvée dans la maladie et la rééducation ou dans le symbolique. Les victimes peuvent utiliser la douleur comme moyen de lâcher prise de leur corps, pour se rappeler le moment des violences et ne plus se mettre dans ces situations. Cette douleur détruit au même sens qu'elle instruit en réintroduisant le sujet dans son propre corps (15). Les actes douloureux ont également un but de déconnexion et d'anesthésie émotionnelle, ce qui permet au corps de se laisser réagir aux diverses stimulations. Tout comme Mme V. qui pratique une sodomie violente et compulsive pour « se déconnecter sensoriellement » (60).

De plus, Mme V. décrit sa sexualité uniquement sous la forme de pulsions qu'elle doit satisfaire de manière violente et impulsive. Ces émotions sont vécues sous un éprouvé corporel toujours violent et sa sexualité est vécue comme un soulagement compulsif. Nous avons retrouvé cette description dans la littérature. Des femmes peuvent se retrouver excitées sexuellement lors de situations de danger à connotation sexuelle ou lors de la visualisation de scènes de violences sexuelles. En effet, l'excitation sexuelle perverse de l'agresseur peut envahir la mémoire traumatique de la victime et lui faire croire à tort qu'elle serait excitée par

des conduites sexuelles violentes. Le désir est en fait l'excitation perverse qui est déclenchée par le stress, et le « pseudo-orgasme » est la disjonction du circuit émotionnel avec la libération de neurotransmetteurs (morphine et kétamine-like). Les relations sexuelles se retrouvent colonisées par la violence de l'agression vécue dans l'enfance. L'addiction à ces pratiques est destructrice pour la victime : quand ses pulsions sont satisfaites, le retour à la réalité se fait parallèlement à des sentiments de haine et dégoût de soi (57).

L'étude faite par l'AIVI note que 12% de victimes vivent ou ont vécu des situations propositionnelles et l'on sait que plus de 70% des prostitués ont subis des violences sexuelles durant l'enfance : ce qui en fait un comportement sexuel à risque non négligeable (58). Dans la littérature, cette variable est très peu répertoriée. Néanmoins, les résultats indiquent que les adolescentes qui offrent des services sexuels contre des biens ou de l'argent sont plus nombreuses à rapporter des faits de violences sexuelles durant l'enfance (44). (*Livre Canada*). Pour expliquer l'engagement des femmes victimes de violences sexuelles durant l'enfance dans un commerce sexuel et des situations prostitutionnelles, il faut se référer au processus de dissociation. La victime est comme déconnectée de ses sensations corporelles et ne peut réagir de façon adéquate devant des situations de mise en danger : l'anesthésie est à la fois émotionnelle et physique. Le dégoût comme la douleur qui découle des rapports sexuels dans le cadre de la prostitution, peuvent totalement disparaître et amener la victime à supporter et accepter des propositions dans « une indifférence et une anosognosie » totales (61). Le Dr Judith Trinquart, qui a étudié dans sa thèse les conséquences des relations sexuelles répétitives chez les femmes prostituées, parle de *décorporalisation* qu'elle définit comme un « processus de modifications physiques et psychiques correspondant au développement de troubles sensitifs affectant le schéma corporel et engendrant simultanément un clivage de l'image corporelle, dont le résultat final est la perte de l'investissement plein et entier de son propre corps par une personne, avec pour conséquences la perte du soin de son corps et de sa santé ». La faible estime de soi se traduit sur le plan physique par un sentiment de mépris de la victime, d'un corps instrumentalisé et objet de dégoût, expliquant ainsi les négligences tant pour les besoins physiques et la possibilité de mises en situations prostitutionnelles (62). De plus, dans une étude qualitative de Tarakeshwar *et al.* (63), les auteurs expliquent que les jeunes femmes victimes de CSA utiliseraient la prostitution comme moyen de prise de pouvoir sur les hommes afin de compenser le sentiment d'impuissance causé par les violences

passées.

Dans notre revue de la littérature, trois études basées sur trois types de populations différentes : chinoise (31), américaine (35), et sud-africaine (38), ont montré un lien significatif entre la revictimisation à l'âge adulte et les antécédents de CSA. Ces résultats corroborent ceux retrouvés dans la littérature : une méta-analyse de 19 articles en 2001 a retrouvé une taille d'effet moyen dans cette association. Dans les revues de la littérature de Arata et Classen, respectivement sur 17 et 90 articles, les auteurs ont conclu que le risque de revictimisation sexuelle à l'âge adulte est de deux à trois fois plus élevé, et que deux tiers des femmes victimes de CSA risqueraient à nouveau d'être violentées sexuellement à un moment ultérieur de leur vie. Tandis que cette association est bien documentée pour la population adulte, la littérature offre de plus en plus de preuves auprès de la population adolescente (44).

Dans un premier temps, cette répétition traumatique peut être causée par l'état dissociatif dans lequel se retrouvent les victimes. Quand ces symptômes dissociatifs s'ancrent de façon permanente dans la vie de la victime, l'absence de réaction et l'anesthésie émotionnelle conduisent au risque de subir à nouveau des violences sexuelles. Les victimes sont des proies faciles pour les agresseurs, du fait des troubles cognitifs et de leur confusion et désorientation, elles sont considérées comme vulnérables et se heurtent à l'impossibilité de défendre leurs volontés. Par manque de confiance, elles se retrouvent à céder facilement à la pression et les désirs d'autrui. Et par peur de représailles, elles acceptent des situations à risques et des conduites non sécuritaires. Les victimes amènent à penser que la violence est une chose normale dans les relations intimes et conjugales et donc elles peuvent se résigner à rester avec des partenaires sexuels violents (19,61).

La culpabilité, en réponse aux violences sexuelles durant l'enfance, prédit une certaine vulnérabilité à l'exploitation dans les relations adultes. Ces violences peuvent être à l'origine d'un modèle de victimisation qui se perpétue tout au long de la vie des victimes. Elles pensent qu'elles méritent d'être violées et se considèrent comme incapable de prendre soin d'elles. Elles voient un monde dangereux pour les femmes et dont la sécurité et l'aide n'existent pas en cas de besoin (44).

De plus, les conduites de contrôle et d'hypervigilance énoncées auparavant à travers les aspects neurobiologiques du traumatisme, constituent paradoxalement un facteur de risque. En effet, la victime est très vigilante et surveille constamment ce qui l'entoure notamment dans les lieux publics. Au fur et à mesure des années, elle a développé des

« capacités d'adaptation hyper-développées » et repère très facilement des comportements et des attitudes anormaux d'individus, auxquels elle sera très attentive. Cette fixation est détectée par l'agresseur, il lit en elle une certaine faiblesse et sa place de « victime », ce qui fait d'elle une proie potentielle (5). Enfin, comme nous l'avons vu à travers les articles, l'exposition à des comportements sexuels à risque constituent un réel facteur de risque dans l'émergence d'une revictimisation sexuelle ultérieure.

Les données concernant l'échantillon d'une population sud-africaine de l'étude de Richter *et al.* (38) vont dans le même sens que les résultats de l'enquête IPSO-AIVI (58) sur un échantillon de la population française : les femmes victimes de CSA fument, s'alcoolisent et se droguent deux à trois fois plus que la population générale. Dans la récente étude de 2015 réalisée par le Docteur Muriel Salmona, près de la moitié des participantes victimes rapportent des conduites addictives dont l'alcool, le tabac et les drogues (2). Tout comme Parillo *et al.* (35) dans notre revue de la littérature, plusieurs études ont révélé que dans le contexte de la plus récente relation sexuelle, il subsiste un lien entre antécédents de CSA et consommation excessive d'alcool et de drogue, notamment dans la population d'adolescente (44). L'utilisation de ces substances permettrait aux victimes une meilleure gestion des reliquats du traumatisme de l'agression sexuelle durant l'enfance comme les sentiments de frustration, de colère et de trahison (64). De plus, des chercheurs du programme « *NIMH Multisite HIV Prevention Trial* » (65) ont également étudié le rôle médiateur de la consommation d'alcool et/ou de drogues dans l'adoption de pratiques sexuelles à risque et les antécédents de violences sexuelles durant l'enfance. Il ressort qu'une désinhibition sexuelle résulte de la consommation d'alcool et/ou de drogues, ce qui met en péril les capacités cognitives et de prise de décision, et pourrait expliquer l'engagement dans les pratiques sexuelles à risques. Néanmoins, une certaine réserve est mise sur le travail en synergie entre l'ivresse et les antécédents de CSA dans l'augmentation des comportements sexuels à risques dans l'étude de Schacht *et al.* de notre revue de la littérature (39). L'hypothèse selon laquelle l'alcool augmenterait le risque de conduites sexuelles à risque est quant à elle, validée.

Discutons de l'âge du premier rapport sexuel volontaire et du nombre de partenaires sexuels. Les résultats de notre revue de la littérature vont dans le sens que les femmes victimes de CSA présentent un nombre plus élevé de partenaires au cours de leur vie, sans pour autant présenter un nombre plus élevé au cours de l'année précédente (29,31), à l'instar de Parillo et son équipe, qui ont retrouvé un nombre plus élevé de partenaires au cours des 30 derniers jours (35). De plus, la multiplicité des partenaires se concentrerait davantage à des âges plus jeunes c'est-à-dire de 18 à 21 ans (37). Il est donc possible que le fait d'être victime de CSA est associé à la multiplicité des partenaires tôt dans la « carrière sexuelle » de la femme, plutôt qu'aux âges plus avancés (29).

La précocité des relations sexuelles peut être expliquée par un dysfonctionnement dans la construction de l'image de soi. Les violences sexuelles réduisent la fillette en un objet sexuel entre les mains de son agresseur. Au fur et à mesure de son développement, la vision d'elle-même sera perturbée et elle sera amenée à penser que ses valeurs et son identité sont étroitement liées à son potentiel sexuel. Cela conduit à une tendance élevée à s'engager et à offrir des plaisirs sexuels de manière systématique. De plus, ces victimes peuvent faire l'amalgame entre amour et sexualité. N'ayant pas intégré les normes sexuelles notamment dans le cas de l'inceste, elles auront tendance à sexualiser de façon systématique les relations humaines : la perception des relations s'en retrouve déformée (14,66). Les victimes utilisent la séduction comme mode de communication et interagissent avec les autres à travers des propositions qui sont vécues comme des avances sexuelles par ces derniers. La notion de consentement se perd dans la « confusion entre sujet d'un consentement et objet du désir d'autrui » (15). De plus, avec la transgression des limites physiques de la pédocriminalité et de l'inceste, la victime aura des difficultés à reconnaître ses propres limites et à en imposer lors d'avances sexuelles. Nous pouvons également nous demander si derrière cette multiplicité des partenaires se cache une insatisfaction sexuelle permanente du sujet (44,67).

Les études de notre revue de la littérature ont révélé dans leur globalité, un taux plus élevé de grossesses chez les femmes victimes de violences sexuelles durant l'enfance et notamment de grossesses précoces et la venue d'un premier enfant à l'âge de l'adolescence (41–43). Ces résultats vont dans le même sens que ceux dans la littérature (44). Cette relation a été expliquée par l'âge plus jeune des rapports sexuels qui va dans le sens d'une probabilité plus élevée de grossesses précoces. Néanmoins, le calendrier des événements ne peut être

établi puisque l'initiation des rapports sexuels peut se produire simultanément aux violences sexuelles et notamment le viol. De plus, les travaux Rainey *et al.* (68) mettent en lumière une autre explication à ce taux de grossesses plus élevée chez les victimes de CSA : il a été observé que les adolescentes victimes de CSA, contrairement au groupe témoin, sont davantage préoccupées sur leur potentielle fertilité, rapportent un désir d'enfant plus accentué et sont avec des partenaires plus âgés qui désirent aussi un enfant. Le désir d'un enfant serait une façon de combler le sentiment de solitude et de faible estime de soi. La victime verrait dans son enfant une possible rédemption et une voie de guérison, comme si on lui donnait le pouvoir de créer un être qui l'aimera toujours et ne l'abandonnerait jamais (25). De plus, un désir d'échapper à une famille abusive, chaotique et dysfonctionnelle et l'envie de créer un environnement familial différent et apaisant pourrait également être la cause de grossesses précoces chez ces victimes. La carence affective prédispose également ces femmes à la recherche de proximité affective sous la forme de relations sexuelles précoces qui pourraient être l'origine de grossesses précoces (44).

Concernant les données sur l'IVG, son taux est plus élevé chez les femmes victimes de CSA. Mais, cette relation peut être là aussi expliquée par une chaîne causale : c'est le taux plus élevé de grossesses de cette population qui amène à un taux plus élevé d'IVG. De plus, les résultats dans l'étude de Van Roode *et al.* (37) nous montrent que c'est davantage la tranche d'âge 18 à 21 ans qui est touchée par le nombre d'IVG et grossesses non désirées.

Les résultats des études abordant les comportements prophylactiques comme l'utilisation des préservatifs et des infections sexuellement transmissibles, sont contradictoires. Ce phénomène a également été observé dans la revue de la littérature de 2013 de Draucker et Mazurcyk (46). Dans l'étude de Parillo *et al.* (35), l'existence de trois comportements sexuels à risque d'infection au VIH a été étudiée, dont le nombre de partenaires sexuels récents, la négociation d'une activité sexuelle contre de la drogue et/ou de l'argent et le nombre de relations sexuelles récentes non protégées. Seul le dernier comportement n'a pas été associé de façon significative aux antécédents de CSA. Un élément important ressort également de cette étude. Le viol à l'âge adulte a été identifié comme facteur médiateur : il amplifierait les effets persistants des violences sexuelles précoces, augmentant ainsi l'engagement des femmes dans des comportements autodestructeurs, y compris les pratiques à risques de VIH, et ce, pour

faire face au traumatisme récent.

Dans nos recherches complémentaires, une méta-analyse de 2005 menée par Arriola *et al.* (49), a exploré le lien entre CSA et quatre comportements à risque d'infection au VIH dans une population féminine et retrouve une relation positive et significative. En effet à travers les quatre variables dépendantes, les évaluations de la taille des effets sont faibles pour les relations sexuelles non protégées (coefficient de corrélation $r=0,05$), et se modèrent pour le commerce sexuel ($r=0,12$), la multiplicité des partenaires sexuels ($r=0,13$) et la revictimisation à l'âge adulte ($r=0,17$). Cette faible relation entre antécédents de CSA et les activités sexuelles non protégées peut être causée par des biais méthodologiques. Parmi les études incluses dans cette méta-analyse, des variations dans la définition et la mesure du « sexe non protégé » (c'est-à-dire, vaginal, oral, anal) peuvent dissimuler la réalité des effets d'antécédents de CSA. En effet, peu d'études incluses ont un rapport correct sur la fiabilité des mesures dans l'utilisation des préservatifs. Une exception notable vient de Whitmire *et al.* (69), les auteurs ont rapporté un alpha de 0,63 pour le « sexe non protégé ». Finalement, l'explication peut venir du fait qu'il est plus commun pour un individu de ne pas utiliser de préservatifs, notamment dans le cadre d'un projet de grossesse, que de s'engager dans des comportements spécifiques tels que le commerce sexuel. De plus, il se peut que d'autres caractéristiques comportementales et des expériences de vie soient plus fortement liées à l'engagement dans le « sexe non protégé », ce qui obscurcit l'effet de CSA.

Beaucoup d'études de notre revue de la littérature se sont intéressées à la période de l'adolescence et du début de l'âge adulte : période de transformations physique, psychologique, sociale et cognitive. À savoir que c'est une période où le taux d'initiation est élevé en terme de substances (cigarettes, alcool, drogues) en lien avec l'émergence de conduites sexuelles à risques. Dans une de nos études, il a été noté que l'enseignement supérieur a été associé à des comportements sexuels à risque. Ce qui peut amener à penser que l'environnement de l'université peut offrir une « zone d'évacuation » où les jeunes femmes, et notamment les américaines d'origines asiatiques dans cette présente étude, peuvent vivre leur sexualité librement et s'engager de ce fait dans des comportements sexuels à risque, d'autant plus que si elles ont été élevées dans des familles avec des valeurs très conservatrices sur le plan sexuel (40). Les résultats d'une autre étude nous montrent également que les femmes victimes de violences connaissent une période à risque accru de 18 à 21 ans en termes de

multiplicité des partenaires, de grossesses non désirées, d'IVG et d'IST. Ces taux sont en baisses et rejoignent ceux de leurs homologues (sans antécédents de CSA) au fil des années. Il a également été montré que la revictimisation sexuelle est davantage susceptible de se reproduire à des âges plus jeunes dans cette même étude (37).

Tous ces éléments nous montrent qu'il faut que la prévention en termes de conduites sexuelle à risque doit particulièrement se centrer vers les adolescentes et les jeunes femmes adultes, victimes de violences sexuelles durant l'enfance.

Nous pouvons donc constater que ces comportements sexuels à risque tout comme les actes compulsifs sont des atteintes à la fois psychique et physique mais aussi à la dignité de la personne. Ceci est le reflet de l'absence de valeurs aux yeux des parents vécu par ces enfants créant un sentiment d'insécurité, d'un manque de « cocon relationnel », du vécu d'une impuissance, de la perte de contrôle, de la dévalorisation de soi, d'un manque de confiance en soi et d'un mépris de son corps (70). Dans la récente étude française portant sur les victimes de CSA, plus de 83% des 1 151 victimes ont rapporté une perte d'estime de soi (2).

La seconde hypothèse de notre mémoire est que des comportements sexuels à risque sont observés chez les adolescentes et les femmes ayant comme antécédents des violences sexuelles durant leur enfance. Celle-ci a pu être validée au vu des nombreuses études qui confirment une association significative et positive. Néanmoins comme nous l'avons vu, quelques contradictions subsistent entre les études pour certains types de comportements.

3. L'ambivalence sexuelle

Noll *et al.* (25) ont conclu que les problèmes de comportements sexuels et la dissociation pathologique durant l'enfance sont des facteurs prédictifs d'aversion sexuelle et que l'anxiété est un facteur prédictif de la préoccupation sexuelle. Dans l'observation clinique, Mme V. décrit des moments d'angoisse dès son enfance et notamment par rapport à ses changements corporels pubertaires. La notion d'anxiété est donc retrouvée chez Mme V. Néanmoins, elle aurait eu des comportements sexuels compulsifs de type masturbatoire dès l'âge de 7 ans et a développé par la suite des troubles hypersexuels et non d'aversion sexuelle. Ce qui va à l'encontre des prédictions retrouvées dans l'étude de Noll et ses collaborateurs. Ainsi les dysfonctionnements dans les comportements sexuels retrouvés chez l'enfant dans le

cadre de violences sexuelles seraient à l'origine à la fois d'aversion et de préoccupation sexuelles. Nous avons vu que les victimes de CSA peuvent prendre deux trajectoires radicalement opposées en matière de sexualité : hyposexualité et hypersexualité avec des comportements sexuels à risque. Tous ces éléments nous ont amené à suggérer la possibilité qu'une victime présente de façon simultanée des troubles hyposexuels et hypersexuels au cours de sa vie et à des périodes différentes : situation qui n'était pas conçue lors de l'élaboration de nos hypothèses initiales. Des recherches complémentaires tout comme des études de notre revue de la littérature discutent de ce phénomène : c'est l'ambivalence sexuelle. En effet, il peut exister un cycle de promiscuité et d'abstinence chez une même victime au cours de sa vie. Pour explorer l'idée qu'une préoccupation sexuelle intensifiée et une aversion sexuelle peuvent exister chez un même individu, Noll *et al.* ont créé une variable par addition des scores des facteurs de préoccupation sexuelle aux scores de la variable d'aversion sexuelle. Un modèle de régression linéaire a été réalisé et il en ressort que le statut de CSA n'a pas été un facteur prédictif significatif de l'ambivalence sexuelle ($p=0,45$) contrairement à l'état de dissociation pathologique persistant de l'enfance à l'adolescence ($p=0,03$). Dans le groupe témoin sans antécédents de CSA, la dissociation pathologique s'est dissipée vers l'adolescence alors qu'elle reste omniprésente dans le développement des victimes de CSA (25). Cette différence peut être expliquée par l'idée qu'il existe des états de dissociation relativement « bénins » dans l'enfance qui se résorbent normalement à l'adolescence. Mais si ces états persistent à l'adolescence, les victimes se retrouvent dans une dissociation permanente qui se caractérise notamment par des comportements contradictoires dans des situations données, à l'image de l'ambivalence sexuelle. Le sous-groupe où l'auteur des agressions était le père biologique avait une ambivalence sexuelle significativement plus élevée que tous les auteurs. Des études ont montré que les violences sexuelles perpétrées par le père biologique étaient très rarement accompagnées de violences physiques (71). Cependant, l'absence de la force physique ne nie pas le différentiel de puissance très réelle qui existe entre la victime et l'agresseur. Une victime n'ayant pas été contraint physiquement lors des actes de violences sexuelles, peut être plus susceptible de se considérer comme une participante volontaire dans l'abus, et de ce fait développer des sentiments de culpabilité et d'auto-accusation à des degrés plus élevés. En résulte, une certaine confusion sur les questions entourant l'excitation sexuelle, contribuant ainsi au développement de l'ambivalence sexuelle. Et malgré les sentiments de honte et de la trahison, ces victimes sexuellement ambivalentes

peuvent développer un besoin apparemment contradictoire de recréer l'excitation sexuelle associée à l'exploitation sexuelle.

Ainsi, les trajectoires en matière de sexualité sont multiples chez les victimes de violences sexuelles durant l'enfance et ne se résolvent pas uniquement à la présence de troubles hyposexuels énoncés dans notre première hypothèse. Nous avons vu que les troubles hypersexuels et la cooccurrence hypersexualité et hyposexualité sont des conséquences également visibles chez ces victimes. Mais il est également possible que la victime ne développe aucun trouble sexuel et soit totalement épanouie et sans souffrance dans sa sexualité adulte.

Dans le prochain point, nous allons exposer les principaux modèles conceptuels et théoriques qui ont été décrits pour tenter de comprendre ces troubles sexuels et l'engagement des victimes dans des comportements sexuels à risque.

4. Les modèles conceptuels et théoriques

4.1. Le modèle des dynamiques traumagéniques de Finkelhor et Browne (1985)

C'est l'un des premiers modèles qui cherche à expliquer la diversité des symptômes découlant des violences sexuelles. Les auteurs décrivent que les effets négatifs de l'agression sexuelle peuvent être examinés à partir de quatre processus qui altéreraient les perceptions cognitives et émotionnelles de l'enfant par rapport à son entourage : la sexualité traumatique, la trahison, l'impuissance et la stigmatisation. Chacune de ces dynamiques est à l'origine de symptômes, rendant unique le traumatisme de l'agression sexuelle.

La *sexualité traumatique* est à l'origine d'un développement inapproprié et dysfonctionnant de la sexualité de l'enfant. La violence, la crainte et la récompense sont associées aux comportements sexuels. Il en résulte une confusion et des préoccupations inhabituelles en lien avec les activités sexuelles, comme par exemple le fait d'offrir systématiquement des gestes sexuels en retour d'une affection. La promiscuité et les comportements sexuels inappropriés en sont les conséquences. Ceux-ci sont également des facteurs de risque à une revictimisation sexuelle puisque les victimes s'exposent à des situations dangereuses.

La *trahison*, notamment quand l'agresseur est un membre de la famille ou une personne en qui l'enfant avait confiance, crée un sentiment de désillusion et une dépréciation dans le jugement

en regard des personnes de confiance et des figures d'attachement. En résulte le besoin pour l'enfant d'une recherche désespérée de relations de confiance et sécuritaire réparatrices. L'isolement, les comportements de dépendance, le manque de confiance et l'évitement des relations intimes et interpersonnelles en sont les conséquences. De plus, la moindre habilité des jeunes victimes à adopter des comportements préventifs sont également à l'origine d'un risque supérieur de revictimisation sexuelle.

L'*impuissance* résulte du sentiment de perte constant de pouvoir et de contrôle. L'agression envahit le corps de l'enfant et bafoue sa volonté et son « sentiment d'efficacité personnelle ». S'en suit un sentiment de désespoir devant l'inefficacité de ses actions et de ses plaintes. L'anxiété, la peur, le risque de victimisation, les idéations suicidaires en sont les conséquences. Le risque de revictimisation est également justifié dans ce processus, du fait que leurs stratégies d'adaptation et de défenses sont inefficaces et moins développées, les victimes sont impuissantes et peuvent difficilement stopper une nouvelle agression.

Enfin, la *stigmatisation* est à l'origine d'une faible estime de soi, des sentiments de honte et de culpabilité, d'être différent des autres et sexuellement déviant. L'isolement, le développement en marge de la société (milieux criminels, de trafic de drogues ...etc) avec des situations de mise en danger et exploratrices en sont les conséquences. Nous pouvons également penser que la prostitution et l'exposition à ces environnements marginalisés et criminalisés exposent les victimes à un risque accru de revictimisation sexuelle (44,72).

Tel qu'illustré, chacun des processus s'intègre dans le développement psychosexuel de l'enfant et des stigmates sexuels négatifs facilitent la formation d'une reproduction compulsive de certains sentiments sexuels et des expériences apprises de l'abus. Cela peut aboutir à une « surgénéralisation » de l'expérience de l'agression à d'autres relations intimes et interpersonnelles, une incapacité de glaner la récompense non-sexuelle ou émotionnelle des relations mettant la victime dans des situations sexuelles risquées ou exploratrices, ou au contraire, la survenue de souvenirs et d'affects désagréables ayant pour conséquence une aversion spécifique aux pensées sexuelles et à l'acte. De plus, ce modèle permet également d'expliquer le risque de revictimisation sexuelle auquel les victimes sont très largement exposées. Et ce, bien que les auteurs de ce modèle n'avaient à l'époque pas directement liés ces quatre processus au risque de revictimisation (44).

4.2. Le modèle de l'auto-trauma de Briere (1996)

Les violences sexuelles ont pour conséquences des résultats négatifs comme les difficultés d'attachement dans l'enfance qui rendent difficile la formation de relation intimes et romantiques durables à l'âge adulte. Leurs relations sexuelles à court terme et avec des partenaires multiples peuvent à la fois illustrer l'ambivalence entre le besoin d'intimité et la peur de celle-ci. Les relations intimes sont un moyen pour ces personnes d'obtenir un rapprochement mais cette intimité soutenue les rend également vulnérables à la trahison et à la douleur. C'est pourquoi ils s'engageraient dans des relations sexuelles occasionnelles et avec des partenaires multiples pour parvenir à ce rapprochement mais sans s'engager dans une relation intime soutenue et durable. Si cette dernière se crée, la peur profonde envahit le sujet et il change de partenaire. Et paradoxalement la projection de pratiques sexuelles à risques et violentes avec des partenaires inconnus est possible en raison de l'effet dissociatif que procurent celles-ci (5).

Selon le modèle de l'auto-trauma (52), les violences sexuelles durant l'enfance inhibent le développement des compétences adéquates d'adaptation et peuvent perturber les développements cognitifs, comportementaux et psychodynamiques. L'état de stress post-traumatique pourrait également amener les victimes à s'engager dans de multiples relations sexuelles comme moyen de surmonter et de maîtriser le traumatisme de l'agression sexuelle vécue dans l'enfance afin de dissiper ou masquer la dysphorie qui en résulte. L'évitement de l'activité sexuelle, les comportements sexuels à risques et les addictions, et les états dissociatifs ont pour fonction de réguler et mettre à distance les affects négatifs en réduisant le stress et la tension des souvenirs de l'agression sexuelle vécue dans l'enfance. Or ces mécanismes d'adaptation peuvent contribuer à un cercle vicieux, car il empêche un individu d'apprendre à gérer et traiter les souvenirs et les sentiments négatifs associés au traumatisme initial, une incapacité qui ne fait qu'exacerber la nécessité de recourir à la dissociation et l'évitement lors d'événements douloureux ultérieurs. Ce cycle délétère peut se poursuivre indéfiniment s'il n'est pas interrompu par une intervention adéquate. Un phénomène paradoxal est visible chez ces victimes : la projection de pratiques sexuelles à risque et violentes avec des partenaires inconnus est possible en raison de l'effet dissociatif de celles-ci (5).

À travers tous ces mécanismes et théories énoncés ci-dessus, il est facile de penser que la sexualité sera pour la victime, et particulièrement si les violences sexuelles ont eu lieu dans

l'enfance, un terrain contrôlé par la mémoire traumatique rendant difficile la construction d'une vie sexuelle harmonieuse et satisfaisante.

5. Les modèles neurobiologiques

Les conséquences du traumatisme des violences sexuelles durant l'enfance sont d'ordre psychologique avec des troubles psychotraumatiques comme nous l'avons vu mais également d'ordre neurobiologique. En effet, de récentes recherches internationales ont été effectuées sur les atteintes anatomiques de certaines zones corticales qui sont visibles par IRM chez les femmes victimes de violences sexuelles durant leur enfance. Une étude publiée en 2013 dans l'*American Journal of Psychiatry* (73), réalisée par une équipe de chercheurs internationaux (américains, allemands et canadiens) a montré que des aires corticales chez ces victimes étaient d'épaisseur significativement diminuées par rapport aux femmes n'ayant pas subi de violences sexuelles durant leur enfance et d'autant plus lorsque les sévices sexuels étaient graves (plusieurs années et plusieurs agresseurs par exemple). Ces aires touchées correspondent à des zones somato-sensorielles des parties du corps qui ont été violentées. Ces zones permettent une intégration des informations sensorielles et kinesthésiques de chaque partie du corps concernée et de se représenter un schéma corporel. Ces atteintes sont visibles par l'IRM : diminution de l'activité de certaines restructures avec diminution du nombre de synapses, simultanément à une hyperactivité d'autres structures. Les circuits de la mémoire et des réponses émotionnelles sont également altérés. Ces modifications seraient une adaptation du cerveau dont le but est de protéger l'enfant pour qu'il occulte l'expérience traumatique initiale. La neuroplasticité permet un développement normal des zones corticales des différentes parties du corps avec l'augmentation des connexions neuronales. Elle est uniquement possible si les parties du corps en question sont stimulées et utilisées. L'amincissement cortical peut donc avoir lieu dans un contexte d'hyposexualité et d'évitement de tout contact et de toutes sensations sexuelles. De même, les comportements sexuels à risque et de type compulsif peuvent également être à l'origine d'un amincissement de ces zones. En raison de l'anesthésie émotionnelle, les sensations sont complètement déconnectées du cortex et la victime perçoit ses parties génitales comme « étrangères à elle-même ». Du fait de la forte neuroplasticité du cerveau humain, la récupération de ces atteintes est possible, mais uniquement si les violences sexuelles ont cessées et que la mémoire traumatisée a été

traitée par la réintégration de la mémoire émotionnelle amygdalienne non consciente en mémoire consciente autobiographique.

Une étude en 2012 a montré que les violences qui ont lieu dans l'enfance causent des altérations épigénétiques qui peuvent être transmises jusqu'à la troisième génération. En effet, le stress généré par les violences sexuelles avec une libération excessive d'hormones de stress (adrénaline et cortisol) cause une méthylation génétique au niveau du gène du récepteur des glucocorticoïdes (NR3C1). Le gène NR3C1 se trouve dans l'hippocampe et son action se porte sur l'axe hypothalamique-hypophysaire-surrénal qui intervient directement dans la gestion du stress. Suite à la modification épigénétique, la gestion du stress à l'âge adulte se retrouve perturbée et des psychopathologies comme les troubles de la personnalité de type borderline peuvent se développer. Plus les violences sexuelles sont graves et durables, plus la méthylation du gène est importante et les mécanismes de régulation du stress sont considérablement perturbés. À savoir que l'équipe scientifique « a observé que l'ADN d'une petite fille d'une femme qui avait été violée par son père, portait les mêmes modifications épigénétiques que sa grand-mère et que ces modifications étaient beaucoup plus importantes que chez la mère et la grand-mère. La petite fille issue du produit de l'inceste et qui n'a jamais été violée porte la plus grande cicatrice dans le génome de toutes ses cellules » (74).

Ces études nous prouvent que les traumatismes subis dans l'enfance peuvent perturber à la fois l'identité génétique d'un individu en modifiant son ADN et l'activité corticale. À l'heure actuelle, les découvertes neurobiologiques permettent de mieux assimiler la clinique des psychotraumatismes causés par les CSA, sans pour autant être en mesure d'en expliquer sa totalité.

III- Les apports et recommandations à la pratique du professionnel de santé

1. L'existence des violences sexuelles chez les filles et jeunes femmes : pourquoi ?

La sexualité est un domaine où subsiste beaucoup de violences et nous remarquons notamment qu'à travers le vocabulaire, elle y est souvent dégradée. En effet, une grande majorité des insultes, des remarques grossières et des sous-entendus sont à connotation sexuelle. Il y a aussi l'utilisation de termes faisant référence à la guerre, aux crimes et même la chasse pour parler de la sexualité : « tirer un coup », « défoncer », « transpercer » (75). Il subsiste une réelle confusion entre la sexualité et la violence avec des rôles caricaturaux : l'homme est le prédateur empreint de pulsions et de besoins sexuels irrépressibles, et la femme est réduite en tant qu'objet sexuel. Une représentation de la sexualité qui est également véhiculée par une bonne partie de la publicité, du cinéma, des médias et de la presse. Bien que tout le monde n'adhère pas à cette représentation, les relations amoureuses et intimes hommes-femmes sont affectées par cette vision, qui banalise les violences sexuelles et participe au maintien des stéréotypes sexistes et l'inégalité des sexes. Une confusion en lien avec l'addiction à la pornographie, marché florissant qui propose des images violentes impliquant des femmes de plus en plus jeunes, et la prostitution qui favorisent l'augmentation de la traite d'enfants et de femmes et du tourisme sexuel où la criminalité est extrême (5). Cette violence sexiste contre la femme et la fille est parfois ancrée dans les traditions patriarcales tant au niveau législatif, institutionnel et religieux, que dans les mentalités et les mœurs : le patriarcat et l'obéissance exigée des femmes et des enfants dans les sociétés traditionnelles avec l'acceptation de l'idée que les pulsions sexuelles des hommes sont « incontrôlables », rendent compte de la majeure partie des maltraitances sexuelles infantiles (38).

Les violences sexuelles sont également utilisées dans les conflits armés contemporains, les civils et notamment les enfants et les femmes sont la très grande majorité des victimes de ces guerres. Cette forme de violence, dont le but est de terroriser, nier la dignité, briser des familles et détruire des communautés, est parfois systématiquement exploitée pour atteindre les objectifs politiques et militaires. Elle a été reconnue par le tribunal pénal international pour l'Ex-Yougoslavie et le Rwanda comme « crime de guerre » et « crime

contre l'humanité » (76).

Il est important de souligner que dans les violences sexuelles, il ne s'agit ni de sexualité, ni d'orientation sexuelle mais de « l'exercice d'un pouvoir de destruction dans le cadre d'un rapport forcé ». Les personnes les plus touchées sont celles qui sont considérées comme les plus vulnérables, en situation d'inégalité et de dépendance comme c'est le cas pour les enfants, les femmes, les handicapés, les personnes âgées et malades. Le cadre familial, conjugal et institutionnel donne la possibilité à l'agresseur d'isoler sa victime, la soumettre et d'exercer sur elle un rapport de domination. Notre mémoire n'aborde pas les victimes de sexe masculin, mais il est à savoir que les hommes ne sont pas non plus épargnés par les violences sexuelles durant l'enfance mais aussi à l'âge adulte, notamment dans les cadres pénitenciers et militaires et autres institutions hiérarchiques (57).

2. Le rejet des victimes et les difficultés rencontrées par les professionnels de la santé

Une étude pilote du Dr Muriel Salmona menée en 2008 dans les Hauts-de-Seine (77) s'est portée sur les conséquences psychotraumatiques des violences sexuelles et/ou conjugales. 64 patients victimes de ces violences (55 femmes et 9 hommes) âgées de 16 à 64 ans ont rempli un questionnaire d'une cinquantaine de pages et le sociologue Pierre Chalmeton a mené 13 interviews individuelles (12 femmes et un homme). Il ressort de cette étude un investissement important des victimes à remplir le questionnaire associé à de nombreux commentaires et témoignages de leur part sur le vécu et les conséquences des violences dans leur vie quotidienne. Ceci souligne le grand besoin des victimes à témoigner et à être entendues. Une prise en charge spécialisée s'est faite tardivement pour la majorité des patientes, elles ont accumulé des années de souffrance et dévoilent un sentiment d'abandon important. Dans la quasi-totalité des cas, les symptômes psychotraumatiques n'ont jamais été identifiés et reliés aux violences subies dans le passé, ni par la victime et ni par les médecins consultés. Les victimes pensaient que cette souffrance était incurable comme s'il s'agissait d'un « destin » auquel elles ne pouvaient échapper. Une rupture de sens bloquant les représentations mentales, associée au sentiment d'impuissance, sont à l'origine de la mémoire traumatique et la perte d'identité. Elles se retrouvent seules face à leur souffrance et leurs nombreuses questions sans réponses. Ce besoin de témoigner s'est également révélé

récemment dans une seconde étude du Dr Muriel Salmona publiée en 2015 (2), qui s'est déroulée de mars à septembre 2014 avec le soutien de l'UNICEF France. Un questionnaire anonyme auto-administré par ordinateur avec plus de 122 questions fermées et 62 questions ouvertes, a été proposé aux victimes de CSA âgées de 15 à 72 ans. Il y a eu plus de 1 214 répondants dont 1 153 femmes et 61 hommes. Un répondant sur deux a jugé négativement les soins reçus et 41% des victimes parlent de maltraitances dans le cadre de soins. Dans un peu moins de la moitié des cas, les victimes rapportent que les praticiens consultés n'ont pas abordé et diagnostiqué les troubles psychotraumatiques. Il faut compter en moyenne 13 ans pour que la victime trouve une prise en charge spécialisée et satisfaisante. Tout comme Mme B. dans notre observation clinique n°1, la rupture thérapeutique et le nomadisme médical sont les conséquences d'un manque de formation des professionnels de santé qui n'identifient pas et, par conséquent, ne traitent pas les symptômes psychotraumatiques, les étiquetant même comme des troubles mentaux et psychiques endogènes à l'individu. Les comportements sexuels à risque, comme ceux que présente Mme V., peuvent être déroutants et mal compris par les professionnels et l'entourage, car ils suscitent des jugements négatifs et décrédibilisent la victime. Sans mise en évidence de la symptomatologie traumatique liée aux violences sexuelles vécues dans l'enfance, le parcours psychiatrique peut être important, laborieux et inadapté avec de nombreux traitements (médicaments sédatifs, anxiolytiques, antidépresseurs, régulateurs de l'humeur, etc). Les soins sont basés sur les symptômes et peuvent ne pas tenir compte du contexte des violences, expliquant leurs inefficacités dans la durée. Le manque de formation mais aussi le déni des professionnels de santé, tout comme ceux de la justice et de la police font que leurs discours paraissent inadaptés et parfois même culpabilisants s'ils sont moralisateurs et éducatifs (5).

La sexualité, considérée comme part d'une « intimité familiale », est un sujet délicat à aborder pour certains professionnels de santé. En effet, sans outils et sans formation, il est difficile pour le professionnel d'affronter des situations de révélations de violences sexuelles (59). Le Dr Salmona et le sociologue Chalmeton ont mené une étude en 2008 auprès des professionnels de santé (médecins traitants, médecins spécialistes, psychologues et travailleurs sociaux et éducatifs) (78). L'objectif était d'évaluer l'impact d'une formation sur les conséquences psychotraumatiques sur la prise en charge des femmes victimes de violences. Avant la formation, deux tiers des professionnels avaient le sentiment d'être impuissants, inefficaces et seuls devant la prise en charge d'une victime de CSA. Les

médecins ont très souvent mentionnés l'isolement professionnel et le manque d'adresses pour l'orientation des victimes. Dans leurs difficultés à aborder la question des violences, ils citent le manque d'assurance dans la conduite à tenir, la peur de blesser ou d'aggraver les souffrances, la carence de connaissances sur les psychotraumatismes et la symptomatologie comme un frein à un diagnostic certain et une difficulté à nommer les troubles. Pour beaucoup, le fait de poser la question des violences est une intrusion et une indiscretion dans l'intimité des patients. À la suite de la formation, 77% des professionnels disent avoir moins ou beaucoup moins de difficultés dans la prise en charge des victimes. Ceci est dû à une meilleure compréhension des mécanismes neurologiques et des symptômes psychotraumatiques, mais aussi une meilleure compréhension des victimes et de leurs comportements tant sur le plan humain que médical. De plus, après la formation, il y a une très forte amélioration de la reconnaissance des signes spécifiques psychotraumatiques et malgré certaines résistances qui persistent, presque la moitié des professionnels ont posé la question à tout ou à la plupart de leurs patients même en l'absence de signes manifestes. La connaissance des symptômes donne une certaine assurance dans le dépistage et le professionnel de santé craint moins l'ouverture d'un dialogue sur la sexualité car il est en mesure de donner des explications à son patient et possède les outils pour l'orienter vers un spécialiste en cas de révélation. 90% des professionnels de cette étude ont jugé la formation utile voire très utile. À savoir que dans l'étude de 2015 du Docteur Muriel Salmona, 81% des victimes « jugent qu'il est important que les professionnels de santé soient formés » (2).

Dans son mémoire primé par la société Française de Médecine Périnatale en 2013, Adélaïde Ambroise a réalisé une étude qualitative auprès 93 sages-femmes parisiennes en maternité, en libéral ou en PMI (79). L'objectif était d'évaluer les connaissances, la pratique professionnelle et le ressenti des sages-femmes face à la problématique de l'inceste dans le but de définir leur besoin en formation dans le cadre de la maternité. Il ressort de cette étude que les sages-femmes sont insuffisamment formées sur le sujet de l'inceste et dépistent peu les violences sexuelles. Alors qu'elles semblent très demandeuses d'informations, très peu d'entre-elles ont suivi une formation spécifique en périnatalité dans le cadre de l'inceste. Or, le dépistage ne semble possible que si le praticien a confiance en ses savoirs. Si une révélation est faite, une prise en charge est effectuée par la sage-femme mais elle n'est pas le fruit d'une réflexion en équipe et d'une prise en charge pluridisciplinaire.

La même année dans son mémoire (80), Emmanuelle Montclair a réalisé une enquête

dans la région de Basse-Normandie auprès de 138 sages-femmes et gynécologues-obstétriciens. Il ressort de cette étude, que ces praticiens sous-estiment souvent la fréquence et les conséquences des violences sexuelles subies dans le passé tout en étant « conscients de leur rôle qui est de repérer les signes d'appel pour adapter leur conduite obstétricale et de diriger les patientes victimes vers d'autres professionnels si besoin ». Le manque de formation mais l'envie d'y remédier est également visible dans cette étude. Les notions essentielles de victimologie dans le cadre des violences sexuelles a donc toute sa place dans la formation initiale et continue des jeunes diplômés.

3. Le repérage et le diagnostic d'antécédents de violences sexuelles durant l'enfance

Ils existent de nombreuses insuffisances en matière de diagnostic, d'accompagnement et de prise en charge des femmes victimes de violences durant l'enfance. Les stéréotypes machistes, les inégalités, l'ignorance, les stratégies d'occultation et de déni, la difficulté à penser les violences et admettre qu'elles existent et surtout le manque de formation, sont autant de barrières qui font que les professionnels de santé et autres ne repèrent pas assez les victimes.

De 2004 à 2012, sept études ont été réalisées dans diverses villes de France sur le repérage systématique des antécédents de violences auprès des patientes de médecins généralistes, spécialistes et de sages-femmes. Trois questions ont été posées par ces praticiens et l'une d'entre elle était la suivante : « *Au cours de votre vie, avez-vous été victime de violences sexuelles : attouchements, viols, rapports forcés ?* ». Il en ressort de ces études, que les femmes sont favorables à un dépistage et la plus grande majorité réclame qu'il devrait se faire systématiquement. 80% des praticiens n'ont pas eu de difficultés à poser la question, et 80% des patientes n'ont pas eu de mal à répondre à la question. Dans certains témoignages à propos des professionnels de santé, les patientes disaient : « *Si on m'avait posé la question, j'en aurais peut-être parlé* », « *J'étais trop mal pour le dire* », « *J'espérais qu'on m'en parle* », « *On ne m'a jamais posé la question* » (81). L'étude AIVI-IPSOS citée plus haut révèle que dans 74% des cas c'est la victime qui a pris l'initiative de révéler les antécédents de violences sexuelles et une fois la parole libérée, la quasi-totalité des victimes soit 98% en reparlent à d'autres personnes, d'où l'importance d'aller vers ces victimes. Une révélation qui se fait

souvent hors du cadre familial : la place du médecin et des autres professionnels de santé vient en quatrième position après un ami/connaissance, le conjoint et les parents (58). Ce repérage est donc dans l'intérêt à la fois du professionnel de santé qui peut faire des liens avec certains symptômes somatiques et psychotraumatiques, et à la fois de la patiente qui peut être entendue et reconnue comme victime. Il est à savoir, que certaines de ces victimes ne prendront pas l'initiative de révéler ce type d'antécédent, très souvent « piégées » psychologiquement.

Néanmoins, des praticiens sont en désaccord avec ce repérage systématique et craignent une « stigmatisation de l'homme et l'installation d'une méfiance face au père » dans le cas où le questionnement sur les antécédents de violences sexuelles durant l'enfance devait être répétitif (82). Une mauvaise image de son corps ou des attitudes négatives envers la sexualité sont des « clignotants » et comportements évocateurs de ce type d'antécédents et auxquels le professionnel de santé doit être attentif. Il est primordial que ce dernier soit apte à créer un dialogue autour de la sexualité, ce qui favorise considérablement les révélations (35).

L'adolescence est une période à risque car elle constitue un moment propice au déclenchement de la mémoire traumatique avec l'émancipation, l'autonomisation et le fait de se projeter dans l'avenir et d'être confronté aux problématiques du monde des adultes tout en découvrant leur sexualité. Mais la mémoire traumatique empêchera beaucoup de ces choses. Les stratégies de survie, les conduites d'évitement et l'environnement sécuritaire vont être perturbés et remis en question : l'adolescent se sentira en danger. Par conséquent il va soit se mettre en retrait mais de ce fait s'exclura des autres, soit il sera contraint « d'avancer sur un terrain dangereux » avec comme risque principal la réactivation violente de la mémoire traumatique. L'engagement dans ces conduites dissociatives à risque est un recours autre que la dépression et les tentatives de suicide. Dans son dépistage, le professionnel de santé se doit d'être vigilant à ce type de population et notamment à l'évocation d'une histoire de comportements sexuels à risque (83).

La grossesse est également un moment propice à la révélation d'antécédents d'inceste ou de pédophilie avec notamment la sortie du déni et la formation de fantasmes d'impulsion violente. Comme l'explique Monique Bydlowski, une transparence physique s'installe durant la grossesse, ce qui conduit à l'effacement de résistances psychiques inconscientes

concomitant à l'envahissement de la conscience par des souvenirs traumatiques (84). Lors de la grossesse et de la naissance de l'enfant, l'investissement émotionnel sera entravé par des souvenirs et des flash-backs terrifiants favorisés par le suivi obstétrical et notamment les touchers vaginaux et la présence d'une équipe médicale dont la patiente se sent dépendante (85,86). Dans ce contexte la réactualisation du traumatisme est possible et les consultations obstétricales et gynécologiques peuvent être vécues comme une nouvelle violence pour la parturiente et peuvent générer de fortes angoisses. La grossesse et le post-partum favorisent un recadrement de la victime qui ne s'autorise plus à vivre une sexualité qu'elle subit et qu'elle ne désire pas. D'autant plus qu'il subsiste la peur que des violences sexuelles soient perpétrées sur son enfant par son conjoint ou d'autres personnes de l'entourage. Le fait d'être enceinte et de mettre au monde un nouvel être dans un contexte d'empreinte douloureuse du passé, peut d'autant plus déséquilibrer un couple. Ce qui nous amène à souligner la place essentielle de la parole autour de la sexualité dans la prise en charge d'une parturiente et du couple (59).

Nous avons vu toute la complexité de la mémoire traumatique et le polymorphisme des symptômes, ce qui peut expliquer les erreurs de diagnostic avec des traitements et des interventions chirurgicales qui n'auraient pas lieu d'être. De ce fait, une connaissance approfondie des violences sexuelles et de leurs conséquences pour pouvoir les dépister est essentielle. Tous ces symptômes sont pathognomoniques et spécifiques des violences et doivent susciter chez le professionnel de santé une attention particulière sur les antécédents du patient et l'existence de violences sexuelles durant son enfance. Néanmoins, il doit particulièrement être vigilant aux écueils du phénomène de dissociation traumatique. En effet, en raison de l'anesthésie émotionnelle il arrive que la victime diminue la gravité et la réalité des violences. De prime abord, elle pourra même nous faire part d'une enfance de rêve. Sa volonté n'est pas de cacher la réalité des violences mais le ressenti des faits est proportionnel aux souvenirs émotionnels : « l'anesthésie étant prise pour argent comptant ». Il est important d'avertir les professionnels de ne pas se méprendre sur l'apparent bon vécu des victimes à propos de leurs antécédents. Les plus calmes et les moins angoissées ne sont pas forcément les moins traumatisées, bien au contraire elles expriment une anesthésie émotionnelle et une dissociation très profondes (61). Et tout comme nous l'avons dit précédemment, il n'y pas d'égalité entre la fonction sexuelle et le bien-être sexuel : une femme peut être active sexuellement, ne pas présenter de symptômes physiques mais être en grave souffrance

psychique (27).

4. Les recommandations dans la prise en charge des victimes de violences sexuelles

Pour éviter le développement d'état de stress post-traumatique et donc d'une mémoire traumatique, la prise en charge médicale doit être précoce. Les violences sexuelles sont considérées comme une urgence médico-légale avec la recherche des preuves de l'agression, l'établissement d'un certificat médical, le traitement des symptômes physiques, psychologiques et des IST, et la mise en place d'une contraception d'urgence et des soins de prévention (2). Dans le métier de sage-femme, nous ne sommes pas amenés à prendre en charge des jeunes enfants, mais dans nos consultations gynécologiques et obstétricales nous pouvons rencontrer de jeunes adolescentes tout comme des femmes plus âgées qui vivent ou ont vécu dans le passé des violences sexuelles.

Quand la sage-femme a une intuition sur de possibles antécédents de violences sexuelles durant l'enfance chez une de ses patientes, il est judicieux d'aider cette dernière à s'exprimer sans pour autant être intrusive. Il a été montré que la victime parlera plus facilement à quelqu'un dont elle pense qu'il ou elle a deviné sa situation. Si la sage-femme est à l'aise avec la formulation de sa question et la pose calmement avec une empathie maîtrisée, elle rencontrera rarement de l'hostilité de la part de sa patiente (36). Voici quelques exemples de questions utilisées dans les enquêtes nationales: (87)

- « *La violence est très répandue, j'interroge maintenant toutes les femmes que je vois. Avez-vous subi des violences sexuelles dans le passé ?* ».
- « *Au cours de votre vie, dans votre jeunesse ou à l'âge adulte, est-ce que quelqu'un a essayé de vous forcer, sans y parvenir, à avoir des rapports sexuels ?* ».
- « *Au cours de votre vie, est-il arrivé que quelqu'un vous force ou essaye de vous forcer à avoir des rapports sexuels ?* ».

Il est également possible de poser des questions plus anodines sur la sexualité actuelle pour ouvrir les portes à une conversation portant sur la sexualité antérieure. L'utilisation d'un auto-questionnaire avant la consultation n'est pas recommandée (88).

Une fois le diagnostic posé ou à la suite de révélations spontanées de la patiente, la sage-femme se doit d'instaurer une relation de confiance et de respecter l'expression des besoins de la patiente. Il faut également donner le choix à la patiente du moment de la réponse et de son témoignage : « *Est-ce que cela vous ennuerait si je vous posais quelques questions ? Est-ce que c'est un bon moment pour vous pour en parler ?* » (70). Des attitudes à adopter face à la victime sont fortement recommandées : avoir une écoute optimale, rassurer de la confidentialité de l'entretien et du secret professionnel et respecter ses choix. Pour certaines victimes, les violences ont débuté à des âges très jeunes et se sont étendues durant de longues années perturbant de façon notable les repères. Il est donc important de lui rappeler que ces actes sont de graves délits punissables par la loi et sont une atteinte au droit et à la dignité de l'individu. La sage-femme doit être dans la capacité d'entendre et de reconnaître la souffrance de la patiente, tout en tenant compte de ses possibles difficultés à s'exprimer et à faire confiance. Le soutien positif et adapté que la sage-femme proposera à sa patiente, même s'il n'est pas médicalisé, sera déjà thérapeutique (5,89).

À titre individuel, la sage-femme n'a pas l'expérience requise pour proposer une prise en charge globale de la pathologie psychotraumatique et de toutes les conséquences somatiques qui en découlent. Il est fondamental de réorienter la patiente pour des soins psychothérapeutiques spécifiques centrés sur les violences et sur le traitement de la mémoire traumatique, tout en donnant les informations, les adresses et les documents nécessaires concernant les associations, les démarches judiciaires et sociales (annexe II). La sage-femme doit connaître le réseau d'aide mis en place pour ces femmes afin d'assurer un suivi ou une réorientation cohérente et adéquate (70). Le travail en réseau est indispensable, mais il est judicieux de proposer à la patiente de la revoir pour évaluer l'amélioration de ses troubles, ce qui évite le sentiment d'abandon par le premier praticien auquel la révélation a été faite (87).

Même si le diagnostic n'a pas été effectué à la suite des agressions durant l'enfance, l'intérêt de la prise en charge même plusieurs années après reste valable. Il n'est pas de nos propos de présenter dans ce mémoire la liste de toutes les prises en charges et tous les traitements possibles. Néanmoins, il est important d'en comprendre quelques notions pour assimiler tout l'intérêt d'un diagnostic précoce. En résumé, nous exposerons brièvement une méthode largement utilisée dans ce contexte de violences : la psychothérapie. Elle consiste à reconnaître, analyser et dénoncer les violences, à effectuer un bilan des symptômes psychotraumatiques et un repérage de la mémoire traumatique. S'en suit les étapes de

« désamorçage » dont le but est d'empêcher l'envahissement du champ psychique par la mémoire traumatique, puis le « déminage » afin de réintégrer la mémoire traumatique en mémoire autobiographique consciente. Tous symptômes, comportements, réactions et sensations incohérents vont être explorés pour faire des liens et les mettre en perspective avec les violences sexuelles subies dans l'enfance. Au fur et à mesure de la prise en charge, le cortex sera en mesure de contrôler la réponse émotionnelle. Les comportements dissociatifs ne seront plus utiles pour la victime, le sentiment de danger permanent disparaîtra et la mémoire traumatique finira par se décharger. L'objectif est donc de libérer la victime pour qu'elle retrouve les sentiments de dignité et d'authenticité tout en effaçant la honte et la culpabilité afin de soulager sa souffrance et ses angoisses. Dans ce contexte, l'explication par le thérapeute des mécanismes neurobiologiques et psychopathologiques est essentielle pour les victimes afin qu'elles puissent cerner l'origine de leur souffrance, les conséquences sur leur santé et leurs comportements, réactions et émotions face à des situations données (5,61).

D'autant plus que dans l'étude réalisée en 2008 par le Dr Muriel Salmona, 80% des victimes ont compris les explications, et 90% ont souligné l'utilité et l'importance de connaître ces mécanismes (77). Il est important de légitimer les difficultés rencontrées par la victime et de normaliser les conséquences psychotraumatiques en leur rappelant que le traumatisme n'est pas une maladie mais plutôt « une réaction adaptée de la personne à une situation qui elle, est anormale ». Et suite à la fracture psychique, la manifestation de symptômes post-traumatiques peut se faire bien des années après le début des violences (70) .

Dans les stratégies de traitements, il faudra tout d'abord demander l'avis de la femme sur son propre fonctionnement sexuel avant de mettre en œuvre des investigations. Étant donné que nous avons constaté qu'un bon niveau de fonctionnement sexuel n'est pas nécessairement équivalent à un manque de détresse sexuelle chez ces femmes, les traitements cliniques visant spécifiquement à l'amélioration de la fonction sexuelle peuvent s'avérer inefficaces. Les traitements seront davantage centrer sur l'expérience sexuelle subjective (24). Pour écarter cette méfiance et cette perte de contrôle corporelle à l'origine des violences sexuelles, l'expérience de contacts physiques sans danger et consentie peut être utile. Le but est de retrouver des sensations corporelles positives concomitamment à la reconstruction d'une identité sexuelle saine et l'adoption de comportements sexuels sécuritaires (35,70).

Enfin, nous soulignons le fait qu'il n'existe pas de prise en charge type pour les femmes victimes de violences sexuelles durant leur enfance. Chaque femme est différente et le professionnel de santé ne doit pas réduire la patiente à sa position de victime. Certes, les violences sexuelles sont un événement traumatique dans la vie d'une personne mais celle-ci ne se résume pas à cet événement. De plus, les antécédents de CSA ne peuvent pas expliquer à eux seuls tous les troubles sexuels rencontrés chez une femme, au vu du caractère multifactoriel de ces derniers (70,87).

Les souhaits, le discours et l'histoire personnelle de la patiente doivent être pris en compte tout en respectant sa démarche de prise en charge ou non. Il est possible qu'une patiente évoque un passé de violences sexuelles sans pour autant éprouver des conséquences handicapantes dans leur vie quotidienne. Certaines femmes n'ont pas développé de mémoire traumatique et ont été prises en charge très précocement après les violences sexuelles dans l'enfance. D'autres femmes résilientes ont appris à moduler et éteindre la réponse émotionnelle au prix d'un travail psychique intense. Ceci a été notamment possible par un soutien positif de l'entourage dans leur recherche de vérité quant aux agressions sexuelles passées. Il faut notamment rester vigilant aux « fausses résilientes » qui paraissent épanouies alors qu'elles cachent en réalité une souffrance et une solitude considérables, et qui masquent leurs conduites dissociatives auprès de leur entourage et des professionnels de santé (5,79).

CONCLUSION

Dans notre mémoire, nous avons abordé la problématique des victimes de violences sexuelles durant l'enfance. Il en ressort que ces violences semblent être un important facteur de risque dans le développement ultérieur de difficultés sexuelles. Il existe plusieurs modèles théoriques mais aussi neurobiologiques qui tentent d'expliquer les conséquences de ces violences sexuelles. Ces dernières seraient à l'origine de l'élaboration d'une mémoire traumatique responsable de conduites d'évitement et de conduites paradoxales de mises en danger qui sont nécessaires à la victime pour soulager ses angoisses tout en créant un état dissociatif avec une anesthésie émotionnelle et sensitive. De plus, suite à ces expériences, la sexualité de l'enfant abusé sera façonnée de manière inappropriée avec des dysfonctionnements dans la perception des relations interpersonnelles et des normes sexuelles ainsi que du concept de soi.

À l'âge adulte, les études et les cas cliniques ont montré que chaque femme victime de CSA peut s'engager dans des trajectoires diamétralement opposées en matière de sexualité, avec comme point commun la mise en échec de leur épanouissement sexuel. Les victimes peuvent développer une hyposexualité avec un désir difficilement accessible tout comme un plaisir rendu impossible par l'absence de confiance en ce corps traumatisé qui leur inspire dégoût et honte. À contrario, ces femmes pourront s'engager dans une vie sexuelle hyper stimulée mais rarement satisfaisante, dans laquelle la sexualité devient un moyen de fuite et de recherche effrénée d'affection et d'un manque à combler souvent mal identifié. La victime peut osciller entre phases d'hyposexualité et d'hypersexualité au cours de sa vie : c'est l'ambivalence sexuelle qui s'explique notamment par la dissociation pathologique causée par le traumatisme des violences sexuelles. De plus, les femmes agressées sexuellement durant l'enfance semblent plus susceptibles de s'engager dans des comportements sexuels à risque variés, et notamment lors de la période de l'adolescence et le début de l'âge adulte. Nous avons pu voir que les résultats de grandes études épidémiologiques corroborent les histoires personnelles et individuelles de nos cas cliniques, illustrant de façon évidente la réalité d'une sexualité traumatisée chez les victimes.

Dans ce domaine, il subsiste encore de nombreuses contradictions qui mériteraient des investigations futures et notamment une exploration sur la contribution des facteurs médiateurs et des covariables individuelles.

Contrairement à d'autres pays, la France a accumulé un large retard dans ce domaine tant dans la recherche que dans la prise en compte par les pouvoirs publics alors qu'une situation d'urgence sanitaire et sociale est clairement déclarée (2). Actuellement, deux grandes études nationales sont en cours et méritent toute notre attention quant aux résultats, publiés dans les mois à venir :

- l'enquête Violences et Rapports de Genre (VIRAGE) de l'Institut National d'Études Démographiques (INED) est une enquête quantitative de grande envergure qui concernera 35 000 personnes (dont 17 500 femmes et 17 500 hommes), âgées de 20 à 69 ans. L'un des objectifs de cette étude est notamment d'estimer le nombre de personnes aujourd'hui adultes ayant subi des violences intrafamiliales (violences sexuelles et maltraitances) durant leur enfance ou adolescence, et de décrire leurs parcours. Les résultats seront diffusés en 2016-2017 ;
- l'étude épidémiologique SVS 14-01, prospective sous forme d'enquête, réalisée par l'association « Stop aux Violences Sexuelles » en collaboration avec l'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM), sur les complications médicales chroniques des violences sexuelles.

En tant que sage-femme, notre rôle est de dépister des antécédents de violences sexuelles chez nos patientes, d'être en mesure d'identifier des troubles psychotraumatiques, de repérer l'expression de la mémoire traumatique et des conduites dissociatives et surtout d'orienter la patiente dans un réseau de soin pour une prise en charge spécialisée et adaptée. La sensibilisation et les connaissances sur cette problématique des violences sexuelles sont essentielles tant dans notre pratique que dans la lutte des atteintes aux droits fondamentaux à la dignité et à l'intégrité de tout être humain.

*« Derrière la clameur de la victime,
se trouve une souffrance qui crie moins vengeance que récit ».*

Paul Ricoeur

BIBLIOGRAPHIE

1. Butchart A, Mikton C, Dahlberg LL, Krug EG. Global status report on violence prevention 2014. *Inj Prev J Int Soc Child Adolesc Inj Prev.* juin 2015;21(3):213.
2. Salmona M, Roland N, Morand E, Salmona L. Impact des violences sexuelles de l'enfance à l'âge adulte. Dénier de protection, de reconnaissance et de prise en charge : enquête auprès des victimes. Association Mémoire Traumatique et Victimologie; 2015.
3. Felitti VJ, Anda RF. The relationship of adverse childhood experiences to adult medical disease, psychiatric disorders and sexual behavior: implications for healthcare. In: *The Impact of Early Life Trauma on Health and Disease.* Cambridge University Press; 2010.
4. McFARLANE AC. The long-term costs of traumatic stress: intertwined physical and psychological consequences. *World Psychiatry.* févr 2010;9(1):3-10.
5. Salmona M. *Le livre noir des violences sexuelles.* Paris, France: Dunod, DL 2013; 2013. xii+347 p.
6. Stop aux Violences Sexuelles | [Internet]. [cité 11 mars 2016]. Disponible sur: <http://www.stopauxviolencessexuelles.com/>
7. LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. 2009-879 juill 21, 2009.
8. Nicole H, Philippe M. Conséquences des maltraitances sexuelles. John Libbey Eurotext; 2004. 611 p.
9. Louville P., Salmona M. Le traumatisme du viol - Traumatismes psychiques : conséquences cliniques et approche neurobiologique. *Rev Santé Mentale.* mars 2013; (N°176).
10. Rellini A, Meston C. Sexual Function and Satisfaction in Adults Based on the Definition of Child Sexual Abuse. *J Sex Med.* sept 2007;4(5):1312-21.
11. Kédia M, Sabouraud-Séguin A. La mémoire traumatique de Dr M. Salmona dans Psychotraumatologie: l'aide-mémoire. Paris, France: Dunod; 2008. ix+291 p.
12. Freud S, Breuer J. *Etudes sur l'hystérie.* Paris, France: Presses universitaires de France; 1981. xii+254 p.
13. Haesevoets Y-H. L'enfant victime d'inceste: De la séduction traumatique à la violence sexuelle. De Boeck Supérieur; 2003. 300 p.
14. Ferenczi S, Harrus-Révidi G. Confusion de langue entre les adultes et l'enfant. Paris, France: Editions Payot & Rivages; 2004. 72 p.
15. Bilheran A, Lafargue A. Psychopathologie de la pédophilie: Identifier, prévenir, prendre en charge. Armand Colin; 2013. 146 p.
16. Kendall-Tackett KA, Williams LM, Finkelhor D. Impact of sexual abuse on children: a review and synthesis of recent empirical studies. *Psychol Bull.* janv 1993;113(1):164-80.

17. Briere J, Elliott DM. Prevalence and psychological sequelae of self-reported childhood physical and sexual abuse in a general population sample of men and women. *Child Abuse Negl.* oct 2003;27(10):1205-22.
18. Trichet J, Aragot F. L' éducation à la vie affective et sexuelle en milieu scolaire: enquête auprès de 26 établissements du second degré en Loire-Atlantique. Nantes, France; 2013.
19. Rellini A. Review of the empirical evidence for a theoretical model to understand the sexual problems of women with a history of CSA. *J Sex Med.* janv 2008;5(1):31-46.
20. MD SBL. More on the nature of sexual desire. *J Sex Marital Ther.* 1 mars 1987;13(1):35-44.
21. Levine SB. The Nature of Sexual Desire: A Clinician's Perspective. *Arch Sex Behav.* juin 2003;32(3):279-85.
22. DSM-IV, le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. American Psychiatric Association; 1994.
23. Mimoun S. Qu'est-ce que le trouble du désir sexuel hypo-actif ? *Gynécologie Obstétrique Fertil.* janv 2011;39(1):28-31.
24. Stephenson KR, Hughan CP, Meston CM. Childhood sexual abuse moderates the association between sexual functioning and sexual distress in women. *Child Abuse Negl.* févr 2012;36(2):180-9.
25. 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.* juin 2003;71(3):575-86.
26. Lutfey KE, Link CL, Litman HJ, Rosen RC, McKinlay JB. An examination of the association of abuse (physical, sexual, or emotional) and female sexual dysfunction: results from the Boston Area Community Health Survey. *Fertil Steril.* oct 2008;90(4):957-64.
27. Stephenson KR, Pulverman CS, Meston CM. Assessing the Association Between Childhood Sexual Abuse and Adult Sexual Experiences in Women with Sexual Difficulties. *J Trauma Stress.* 1 juin 2014;27(3):274-82.
28. Masters WH, Johnson VE. *Human Sexual Response.* Little Brown and Co. Boston; 1966.
29. Najman JM, Dunne MP, Purdie DM, Boyle FM, Coxeter PD. Sexual abuse in childhood and sexual dysfunction in adulthood: an Australian population-based study. *Arch Sex Behav.* oct 2005;34(5):517-26.
30. Min K, O'Connell L, Munarriz R, Huang YH, Choi S, Kim N, et al. Experimental models for the investigation of female sexual function and dysfunction. *Int J Impot Res.* juin 2001;13(3):151-6.
31. Luo Y, Parish WL, Laumann EO. A Population-Based Study of Childhood Sexual Contact

- in China: Prevalence and Long-Term Consequences. *Child Abuse Negl.* juill 2008;32(7):721-31.
32. Poudat F-X. Les addictions sexuelles, à la croisée des chemins : questionnements cliniques et thérapeutiques. *Eur Psychiatry.* 1 nov 2014;29(8):537.
 33. Karila L, Wery A. Addiction sexuelle ou hypersexualité : 2 termes différents pour une même pathologie ? *Eur Psychiatry.* nov 2014;29(8):537-8.
 34. Lamanda V. Le parcours judiciaire de l'enfant victime: Attias D, Khaïat L, Association Louis Chatin pour la défense des droits de l'enfant, éditeurs. Toulouse, France: Erès, DL 2015; 2015. 273 p.
 35. Parillo KM, Freeman RC, Collier K, Young P. Association between early sexual abuse and adult HIV-risky sexual behaviors among community-recruited women. *Child Abuse Negl.* mars 2001;25(3):335-46.
 36. Senn TE, Carey MP. Child maltreatment and women's adult sexual risk behavior: childhood sexual abuse as a unique risk factor. *Child Maltreat.* nov 2010;15(4):324-35.
 37. van Roode T, Dickson N, Herbison P, Paul C. Child sexual abuse and persistence of risky sexual behaviors and negative sexual outcomes over adulthood: findings from a birth cohort. *Child Abuse Negl.* mars 2009;33(3):161-72.
 38. Richter L, Komárek A, Desmond C, Celentano D, Morin S, Sweat M, et al. Reported Physical and Sexual Abuse in Childhood and Adult HIV Risk Behaviour in Three African Countries: Findings from Project Accept (HPTN-043). *AIDS Behav.* févr 2014;18(2):381-9.
 39. Schacht RL, George WH, Davis KC, Heiman JR, Norris J, Stoner SA, et al. Sexual abuse history, alcohol intoxication, and women's sexual risk behavior. *Arch Sex Behav.* août 2010;39(4):898-906.
 40. Hahm HC, Kolaczyk E, Lee Y, Jang J, Ng L. Do Asian-American Women Who Were Maltreated as Children Have a Higher Likelihood for HIV Risk Behaviors and Adverse Mental Health Outcomes? *Womens Health Issues.* janv 2012;22(1):e35-43.
 41. Madigan S, Wade M, Tarabulsky G, Jenkins JM, Shouldice M. Association Between Abuse History and Adolescent Pregnancy: A Meta-analysis. *J Adolesc Health.* août 2014;55(2):151-9.
 42. Young M-ED, Deardorff J, Ozer E, Lahiff M. Sexual Abuse in Childhood and Adolescence and the Risk of Early Pregnancy Among Women Ages 18–22. *J Adolesc Health.* sept 2011;49(3):287-93.
 43. Boden JM, Fergusson DM, Horwood LJ. Experience of sexual abuse in childhood and abortion in adolescence and early adulthood. *Child Abuse Negl.* déc 2009;33(12):870-6.
 44. Hébert M, Cyr M, Tourigny M, éditeurs. L'agression sexuelle envers les enfants. Québec, Canada: Presses de l'Université du Québec; 2011. xvi+447 p.

45. Senn TE, Carey MP, Venable PA. Childhood and adolescent sexual abuse and subsequent sexual risk behavior: evidence from controlled studies, methodological critique, and suggestions for research. *Clin Psychol Rev.* juin 2008;28(5):711-35.
46. Draucker CB, Mazurczyk J. Relationships between childhood sexual abuse and substance use and sexual risk behaviors during adolescence: An integrative review. *Nurs Outlook.* sept 2013;61(5):291-310.
47. Rao K, Diclemente RJ, Ponton LE. Child Sexual Abuse of Asians Compared with Other Populations. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* sept 1992;31(5):880-6.
48. Finkelhor D. Current information on the scope and nature of child sexual abuse. *Future Child Cent Future Child David Lucile Packard Found.* Summer-Fall 1994;4(2):31-53.
49. Arriola KRJ, Loudon T, Doldren MA, Fortenberry RM. A meta-analysis of the relationship of child sexual abuse to HIV risk behavior among women. *Child Abuse Negl.* juin 2005;29(6):725-46.
50. Rellini A, Meston C. Sexual Function and Satisfaction in Adults Based on the Definition of Child Sexual Abuse. *J Sex Med.* sept 2007;4(5):1312-21.
51. Godbout N, Runtz M, MacIntosh H, Briere J. Traumas interpersonnels vécus en enfance et relations de couple. nov 2013;3(2).
52. Briere J. A self-trauma model for treating adult survivors of severe child abuse. In: Briere J, Berliner L, Bulkley JA, Jenny C, Reid T, éditeurs. *The APSAC handbook on child maltreatment.* Thousand Oaks, CA, US: Sage Publications, Inc; 1996. p. 140-57.
53. Williams LM. Recall of childhood trauma: a prospective study of women's memories of child sexual abuse. *J Consult Clin Psychol.* déc 1994;62(6):1167-76.
54. Widom CS, Shepard RL. Accuracy of adult recollections of childhood victimization: Part 1. Childhood physical abuse. *Psychol Assess.* 1996;8(4):412-21.
55. Salmona M. L'association Mémoire traumatique et Victimologie [Internet]. [cité 7 mars 2015]. Disponible sur: <http://memoiretraumatique.org/>
56. Thieuleux I. Agressions sexuelles : faire émerger les éléments constitutifs des infractions par le témoignage de la victime. *Mémoire DU Victimologie*; 2008.
57. Salmona M. Il est urgent de sortir du déni face à la pédocriminalité sexuelle [Internet]. 2014 [cité 29 juill 2015]. Disponible sur: <http://www.memoiretraumatique.org>
58. Sondage AIVI/Ipsos 2010 sur la santé des victimes. Etat des lieux de la situation des personnes victimes d'inceste : quel est leur vécu, leur état de santé et l'impact sur leur vie quotidienne ? [Internet]. Association internationale des victimes de l'inceste. 2010 [cité 8 mars 2016]. Disponible sur: <http://aivi.org>
59. Gamet M-L, Moïse C. Les violences sexuelles des mineurs - Victimes et auteurs : de la parole au soin: Victimes et auteurs : de la parole au soin. Dunod; 2010. 241 p.

60. Salmona M. Le cerveau des victimes de violences sexuelles serait modifié : ce n'est pas irréversible [Internet]. L'OBS. Le Plus. 2013 [cité 8 mars 2016]. Disponible sur: <http://leplus.nouvelobs.com>
61. Salmona M, Coutanceau R., Smith J. La dissociation traumatique et les troubles graves de la personnalité post-traumatique. In: Les troubles de la personnalité en criminologie et en victimologie. Dunod; 2013.
62. Trinquart J. La décorporalisation dans la pratique prostitutionnelle: un obstacle majeur dans l'accès au soins [Thèse d'exercice]. [France]: Université Paris 13; 2002.
63. Tarakeshwar N, Fox A, Ferro C, Khawaja S, Kochman A, Sikkema KJ. The connections between childhood sexual abuse and human immunodeficiency virus infection: Implications for interventions. *J Community Psychol*. 1 nov 2005;33(6):655-72.
64. Wilson HW, Widom CS. An examination of risky sexual behavior and HIV in victims of child abuse and neglect: a 30-year follow-up. *Health Psychol Off J Div Health Psychol Am Psychol Assoc*. mars 2008;27(2):149-58.
65. Group TNMHPT. A Test of Factors Mediating the Relationship Between Unwanted Sexual Activity During Childhood and Risky Sexual Practices Among Women Enrolled in the NIMH Multisite HIV Prevention Trial. *Women Health*. 13 août 2001;33(1-2):163-80.
66. Mayall A, Gold SR. Definitional Issues and Mediating Variables in the Sexual Revictimization of Women Sexually Abused as Children. *J Interpers Violence*. 3 janv 1995;10(1):26-42.
67. Testa M, VanZile-Tamsen C, Livingston JA. Childhood Sexual Abuse, Relationship Satisfaction, and Sexual Risk Taking in a Community Sample of Women. *J Consult Clin Psychol*. déc 2005;73(6):1116-24.
68. Rainey DY, Stevens-Simon C, Kaplan DW. Are adolescents who report prior sexual abuse at higher risk for pregnancy? *Child Abuse Negl*. oct 1995;19(10):1283-8.
69. Whitmire LE. *Childhood Trauma and HIV: Women at Risk*. Psychology Press; 1999. 218 p.
70. Recommandations dans l'intervention auprès des femmes ayant subi un abus sexuel dans l'enfance et/ou des mères d'enfants victimes d'abus sexuel [Internet]. The FIL D'ARIANE project 2002-248-W. European Commission; 2002. Disponible sur: http://www.parole.be/docs/paro_recommandations.pdf
71. Russell DEH. *The Secret Trauma: Incest in the Lives of Girls and Women*. Basic Books; 1986. 478 p.
72. Finkelhor D, Browne A. The traumatic impact of child sexual abuse: A Conceptualization. *Am J Orthopsychiatry*. 1 oct 1985;55(4):530-41.
73. Heim CM, Mayberg HS, Mletzko T, Nemeroff CB, Pruessner JC. Decreased Cortical Representation of Genital Somatosensory Field After Childhood Sexual Abuse. *Am J*

Psychiatry. 1 juin 2013;170(6):616-23.

74. Perroud N, Paoloni-Giacobino A, Prada P, Olié E, Salzmann A, Nicastro R, et al. Increased methylation of glucocorticoid receptor gene (NR3C1) in adults with a history of childhood maltreatment: a link with the severity and type of trauma. *Transl Psychiatry*. 2011;1:e59.
75. Salmona M. *Violences sexuelles: les 40 questions-réponses incontournables*. Paris, France: Dunod, DL 2015; 2015. xv+271 p.
76. La violence sexuelle: un outil de guerre - Programme de communication sur le génocide au Rwanda et les Nations Unies [Internet]. [cité 24 févr 2016]. Disponible sur: <http://www.un.org/fr>
77. Salmona M. Résultats de l'étude pilote menée sur les Hauts de Seine sur les conséquences psycho-traumatiques des victimes de violences conjugales et/ou sexuelles [Internet]. 2008. Disponible sur: <http://www.memoiretraumatique.org>
78. Salmona M, Chalmeton P. Synthèse étude pilote 2008 sur l'impact d'une formation sur les violences et leurs conséquences psychotraumatiques sur la prise en charge des femmes victimes de violences. 2008.
79. Ambroise A. Victimes d'inceste en maternité : état des lieux de la connaissance et des pratiques des sages-femmes. 2013. 83 p.
80. Montclair E, Andro G. Le rôle de la sage-femme et du gynécologue-obstétricien dans la prise en charge des patientes enceintes ayant été victimes de violence sexuelle dans leur passé. Caen, France; 2013. 65 p.
81. Lazimi G, Piet E, Casalis M. Violences faites aux femmes en France et rôle des professionnels de santé, tableaux cliniques et études de repérage systématique. *Cahiers de santé publique et de protection sociale*. sept 2011;pp. 9-18.
82. Allilaire J-F. *Maternité et traumatismes sexuels de l'enfance: une clinique de l'interface soma-psyché*. Bayle B, éditeur. Paris, France: L'Harmattan : Penta; 2006. vii+148 p.
83. Senn TE, Carey MP, Venable PA. Childhood and adolescent sexual abuse and subsequent sexual risk behavior: Evidence from controlled studies, methodological critique, and suggestions for research. *Clin Psychol Rev*. juin 2008;28(5):711-35.
84. Bydlowski M. Le regard intérieur de la femme enceinte, transparence psychique et représentation de l'objet interne. *Devenir*. 1 juin 2001;13(2):41-52.
85. Chabert D, Chauvin A. Devenir mère après avoir été abusée sexuellement dans l'enfance. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc*. févr 2005;53(1-2):62-70.
86. Leeners B, Richter-Appelt H, Imthurn B, Rath W. Influence of childhood sexual abuse on pregnancy, delivery, and the early postpartum period in adult women. *J Psychosom Res*. août 2006;61(2):139-51.

87. Cour F, Robain G, Claudon B, Chartier-Kästler E. Abus sexuels dans l'enfance : intérêt de leur diagnostic pour la compréhension et la prise en charge des troubles sexuels, ano-rectaux et vésico-sphinctériens. *Prog En Urol.* juill 2013;23(9):780-92.
88. Elzevier HW, Voorham-van der Zalm PJ, Pelger RCM. How reliable is a self-administered questionnaire in detecting sexual abuse: a retrospective study in patients with pelvic-floor complaints and a review of literature. *J Sex Med.* juill 2007;4(4 Pt 1):956-63.
89. Gouné M. La sage-femme, une professionnelle et une citoyenne, face au dépistage des violences faites aux femmes en service d'urgences gynécologiques et obstétricales. Metz, France; 2013.

ANNEXES

ANNEXE I : Description sommaire des articles de la revue de la littérature

Auteur(s) / Année - Titre	Objectif(s)	Population / Échantillon	Matériel / Méthodes / Variables	Principaux résultats
Boden, Fergusson et Horwood (2009) - Experience of sexual abuse in childhood and abortion in adolescence and early adulthood	Examiner les associations entre l'expérience de CSA et le nombre d'avortements dans adolescence et premier âge adulte.	Étude de cohorte prospective d'une durée de 25 ans N=492 femmes.	Variables : - Expériences de CSA avant l'âge de 16 ans : évaluation rétrospective (4 grades de gravité) - Le nombre d'avortements entre 15 et 25 ans Covariables - Données socio-économiques : évaluation de 3 items : statut socio-économique familial + éducation parentale + niveau de vie - Instabilité familiale : évaluation de 3 items : famille monoparentale + changements fréquents de figure parentale + violences conjugales - Problèmes parentaux : évaluation de 3 items : parents consommateurs d'alcool + de drogues + parents criminels - Violences physiques dans l'enfance avec punitions physiques - Le nombre de grossesses entre 15 et 25 ans. Présence d'un groupe témoin sans antécédents de CSA.	L'expérience de CSA a été associée significativement (p<0,05) : - à un faible niveau socio-économique familial - à une plus grande instabilité familiale - à des problèmes parentaux - à des violences physiques concomitantes au CSA Les femmes exposées à des formes plus sévères de violences sexuelles durant l'enfance ont des taux significativement plus élevés d'IVG (ex : taux d'IVG 2,20 fois plus élevé chez celles qui ont eu une tentative ou un rapport sexuel avec pénétration en comparaison à celles qui n'ont pas été exposées à des violences sexuelles ou qui ont été exposées à des formes de violences sans contacts physiques). Après ajustement avec les covariables, cette association reste significative (p<0,10). Après ajustement de l'effet médiateur entre antécédent de CSA et le risque plus élevé de grossesse durant l'adolescence et le début de l'âge adulte, cette association est ramenée à un p>0,70, rendant l'association entre antécédent de CSA et l'augmentation du nombre d'IVG non significative. → Les résultats suggèrent une chaîne causale: l'expérience de CSA mène à un taux plus élevé de grossesses, qui mène à son tour à un taux plus élevé d'IVG.
Draucker et Mazurczyk. (2013) - Relationships between childhood sexual abuse and substance use and sexual risk behaviors during adolescence : An integrative review	Résumer la littérature actuelle sur les associations entre histoire de CSA et consommation de substances et engagement dans des comportements sexuels à risque pendant l'adolescence	Revue de la littérature. Base de données : Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature, PubMed and PsycInfo. Critères d'inclusion des études: - études primaires - existence d'un comité de lecture - publiées après 2002 - écrits en anglais - ont étudié la relation entre CSA et l'utilisation de n'importe quel type de substances et/ou comportements sexuels à risque durant l'adolescence - avec une population âgée de 10 à 25 ans - présence d'un groupe témoin sans antécédent de CSA 35 articles sur la relation entre CSA et comportements sexuels à risques dont 19 retenus au final.	L'expérience de CSA a été associée à des comportements sexuels à risque de la façon suivante (en comparaison au groupe témoin, sans antécédents de CSA) : - négligence plus élevée sur la santé de manière générale - premières relations sexuelles désirées à un âge plus jeune et avec des partenaires plus âgés - nombre plus élevé de partenaires sexuels, de relations sexuelles non protégées, d'usage d'alcool et de drogues avant et/ou pendant l'acte sexuel, de relations bisexuelles, de relations sexuelles avec plusieurs partenaires, de relations sexuelles avec un partenaire connu depuis moins d'un jour - activités sexuelles en échange d'argent ou de biens - plus de comportements à risque d'IST (mais contradictions entre les études) - un nombre plus élevé de grossesse avec un âge plus jeune de la première grossesse et du premier enfant	

Auteur(s) / Année - Titre	Objectif(s)	Population / Échantillon	Matériel / Méthodes / Variables	Principaux résultats
Hahm, Kolaczyk, Lee, Jang et Ng (2012) - Do Asian-American women who were maltreated as children have a higher likelihood for HIV risk behaviors and adverse mental health outcomes ?	Décrire la prévalence des maltraitances infantiles dans une population de femmes asiatiques-américaines célibataires Examiner l'association entre maltraitance infantile et engagement dans des comportements à risque d'infection au VIH, et des mauvais résultats de santé mentale.	Étude transversale avec données rétrospectives. Échantillon de femmes chinoises, coréennes et vietnamiennes célibataires, identifiées comme des enfants d'immigrés sur le sol américain. N = 400 femmes âgées de 18 à 35 ans.	Variables : • Caractéristiques démographiques. • Comportements à risque d'infection au VIH: sodomie - plus d'un partenaire sexuel durant les 6 derniers mois - partenaires dits à « risque » tels prostitués, séropositifs, drogués - première relation sexuelle à l'âge de 16 ans ou avant. • Type de maltraitance infantile : négligence, physique, sexuelle et autres. • Santé mentale : dépressions modérées à sévères, tentatives de suicide, idéations suicidaires. Présence d'un groupe témoin sans antécédents de CSA.	Les femmes asiatiques-américaines ont rapporté une plus forte prévalence de maltraitance durant l'enfance par rapport à leurs homologues blanches et noires. 60% déclarent avoir eu des relations sexuelles avec des partenaires sexuels dits « à risque ». La majorité des victimes de CSA signalent d'autres mauvais traitements durant leur enfance et correspond au groupe avec la proportion la plus élevée de relations sexuelles avant l'âge de 16 ans. Mais le groupe des victimes de CSA n'a pas montré de différences sur les trois autres comportements à risque d'infection au VIH. → Il a été conclu que l'exposition aux maltraitances infantiles (y compris violences sexuelles ou physiques) n'a pas été associée aux comportements à risque d'infection au VIH parmi des femmes américaines d'origine asiatique. Cependant, il a été associé à une augmentation marquée de dépressions, d'idéations suicidaires et de tentatives de suicide chez les femmes victimes de CSA. Un niveau d'enseignement supérieur a été associé à un risque accru de comportements à risque d'infection au VIH
Lutfey, Link, Litman, Rosen et McKinlay (2008) - An examination of the association of abuse (physical, sexual, or emotional) and female sexual dysfunction : results from the Boston Area Community Health Survey	Examiner l'association entre différents types de violences pendant l'enfance et l'adolescence (physiques, sexuelles et psychologiques) avec l'activité sexuelle et les dysfonctionnements sexuels des femmes.	Étude transversale avec données rétrospectives. N=568 femmes âgées de 30 à 79 ans. Échantillon cliniques (femmes avec symptômes urologiques et de troubles sexuels)	Variables : • Le type de maltraitance : sexuelle, physique et psychologique • Fonctionnement sexuel : comportant 6 domaines : désir, excitation, lubrification, orgasme, satisfaction et douleur. Covariables : • Caractéristiques socio-démographiques • Santé physique • Santé mentale: dépression • Mode de vie Inclusion des femmes déclarant avoir eu au moins une relation sexuelle le durant le dernier mois. Présence d'un groupe témoin sans antécédents de CSA.	Même si elle est moindre, il n'y a pas d'association significative entre antécédents de CSA et ASA et la fréquence d'activité sexuelle. Parmi les femmes sexuellement actives, une histoire de violence (physique, sexuelle ou psychologique) double le taux de dysfonctionnements sexuels, même après ajustement des covariables et notamment du facteur de dépression. L'association est significative avec des dysfonctionnements sexuels dans les 2 domaines « douleur » et « satisfaction » pour les victimes de violences psychologiques pendant l'enfance et victime de violences sexuelles et psychologiques à l'âge adulte. → Les résultats sont non significatifs pour les antécédents de CSA.

Auteur(s) / Année - Titre	Objectif(s)	Population / Échantillon	Matériel / Méthodes / Variables	Principaux résultats
Luo, Parish et Laumann (2008) - A population-based study of Childhood sexual contact un China : prevalence and long-term conséquences	Estimer la prévalence de contacts sexuels pendant l'enfance et son association avec le bien-être sexuel et la détresse psychologique chez les adultes chinois	Étude transversale avec données rétrospectives. Échantillon national et représentative de la population chinoise avec données de l'étude Chinese Health and Family Life Suvey de N=1 519 femmes âgés de 20 à 64 ans	Variables : - Données socio-démographiques - Contacts sexuels durant l'enfance - L'hypersexualité : masturbation, « pensées sexuelles », variétés de pratiques sexuelles, plus de 2 partenaires au cours de la vie, plus d'un partenaire l'année passée, plusieurs partenaires en même temps - La revictimisation : violence conjugale, activité sexuelle non désirée et/ou pour faire plaisir à son partenaire, acte non désiré durant l'activité sexuelle, harcèlement sexuel physique et harcèlement sexuel verbale - Troubles sexuels : symptômes génito-urinaires, IST, dysfonctions sexuels, crainte du harcèlement, infidélité du partenaire - Détresse psychologique Présence d'un groupe témoin sans antécédents de CSA.	L'association est significative entre contacts sexuels pendant l'enfance et hypersexualité, avec un plus grand nombre : - de masturbation - de « pensées sexuelles » - de pratiques sexuelles variées - de partenaires au cours de la vie L'association est significative entre contacts sexuels pendant l'enfance et revictimisation à l'âge adulte avec une plus grande probabilité : - de violence conjugale - de relations sexuelles non désirées - d'harcèlements sexuels physiques et verbaux L'association est significative entre contacts sexuels pendant l'enfance et difficultés sexuelles avec une fréquence plus élevée : - de symptômes génito-urinaires - d'IST - de dysfonctions sexuelles (anorgasmie, manque de plaisir et d'excitation sexuelle, douleurs génitales, lubrification insuffisante) - de crainte du harcèlement - d'infidélité du partenaire
Madigan, Wade, Tarabulsy, Jenkins et Shouldice (2014) - Association between abuse history and adolescent pregnancy : a meta-analysis	Décrire les associations entre maltraitements infantiles (physique, sexuel et psychologique, négligence) et augmentation du risque de grossesses durant l'adolescence. Examiner les modérateurs potentiels de ces associations.	Revue de la littérature et méta-analyse. Base de données : MEDLINE, EMBASE, PsycINFO, Social Work Abstracts et Web if Science Critères d'inclusion des articles : - femmes qui ont été enceintes avant l'âge de 20 ans - un groupe de comparaison d'adolescentes non enceintes : groupe témoin - mesure de l'abus durant l'enfance et/ou l'adolescence - une taille d'échantillon effective - publication en anglais entre 1965 et avril 2013 Modérateurs potentiels / covariables : - qualité de la mesure de l'abus - type de mesure (questionnaires, interviews...) - auteur de l'abus - type de contact sexuel - type d'étude - impact factor de la revue - âge moyen des participants au moment de la collecte des données	162 articles éligibles aux critères dont 38 inclus dans la méta-analyse (35 étudiant uniquement l'effet de CSA et 3 étudiant la cooccurrence CSA et violences physiques durant l'enfance). L'adolescente avec une histoire d'antécédent de CSA est environ deux fois plus susceptible d'avoir une grossesse précoce par rapport à une adolescent sans antécédents. Cette tendance est quatre fois plus élevée en cas de cooccurrence CSA et violences physiques durant l'enfance. Pour les autres types maltraitements, cette relation n'a pas été établie.	

Auteur(s) / Année - Titre	Objectif(s)	Population / Échantillon	Matériel / Méthodes / Variables	Principaux résultats
Noll, Trickett, Putnam (2003) - A prospective investigation of the impact of CSA on the development of sexuality	Évaluer les effets à long terme des CSA sur le développement sexuel de la femme	Étude de cohorte prospective d'une durée de 10 ans. Échantillon : N=77 femmes victimes de violences sexuelles durant l'enfance comparées à N=89 femmes sans antécédents.	Variables : - Données socio-démographiques - L'activité sexuelle : âge du premier rapport sexuel volontaire, nombre de partenaires sexuels l'an passé, utilisation de moyen contraceptif, comportements sexuels à risque d'infection au HIV, pourcentage d'IST, nombre de grossesses - Les attitudes sexuelles : la permissivité sexuelle, la préoccupation sexuelle, l'aversion sexuelle - Histoire de CSA : âge, durée, nombre et auteur, sévérité, cooccurrence avec des violences physiques ou menaces. - Fonctionnement psychologique : dépression, anxiété, dissociation, comportements sexuels inappropriés durant l'enfance. Évaluation réalisée à cinq moments de la vie: au milieu et à la fin de l'enfance, pendant l'adolescence et au commencement de la vie adulte. Présence d'un groupe témoin sans antécédents de CSA.	Groupe de femmes victimes de CSA (en comparaison au groupe témoin) : - âge plus jeune des premières relations sexuelles volontaires - moins d'efficacité concernant la contraception - plus de grossesses à l'adolescence et âge plus jeune lors naissance du premier enfant - plus d'attitudes indicatives de préoccupation sexuelle - plus de comportements sexuels inappropriés et de dissociation pathologique dans l'enfance → prédictifs d'aversion sexuelle à l'adolescence et l'âge adulte Le statut de CSA n'a pas été un facteur prédictif significatif de l'ambivalence sexuelle. La dissociation pathologique est le facteur prédictif le plus fort dans l'apparition d'ambivalence sexuelle, au-delà de l'expérience de CSA. Concernant l'histoire de l'abus : - groupe avec un auteur qui n'est pas le père biologique, peu de violences physiques associées et durée de l'abus court : niveau plus haut de préoccupation sexuelle par rapport aux autres groupes de victimes et du groupe témoin - groupe avec père biologique comme auteur, pas de violence physique associée, longue période d'abus et début à un jeune âge : niveau plus haut d'aversion sexuelle et d'ambivalence sexuelle par rapport aux autres groupes de victimes et du groupe témoin.
Najman, Dunne, Prudie, Boyle et Coxeter (2005) - Sexual Abuse in childhood and sexual dysfunction in adulthood : an australian population-based study	Examiner le niveau de dysfonctionnement sexuel chez des adultes rapportant une histoire de CSA.	Étude transversale avec données rétrospectives. Échantillon représentatif de la population australienne : 1793 australiens, hommes et femmes âgés de 18 à 59 ans, dont N=908 femmes.	Variables : - Données socio-démographiques - L'état de santé générale - La satisfaction sexuelle - L'histoire de CSA - Les troubles sexuels : manque d'intérêt à l'activité sexuelle, incapacité à avoir un orgasme, orgasme trop rapide, relations sexuelles douloureuses, anxiété de performance, manque de plaisir, difficultés à la lubrification vaginale Présence d'un groupe témoin sans antécédents de CSA.	1 femme sur 3 rapporte une histoire de CSA (21% sans pénétration et 12% avec pénétration). Groupe de femmes victimes de CSA (en comparaison au groupe témoins) : - quelques soit le type de violences: relation significative entre CSA et la fréquence augmentée de troubles sexuels, avec une plus grande probabilité de rapporter trois ou plus de symptômes quand il y a eu pénétration dans l'histoire de CSA - pas d'association entre une satisfaction sexuelle physique et subjective - nombres plus élevé de partenaires sexuels au cours de la vie, sans pour autant rapporter un nombre de partenaires plus élevé au cours de l'année précédente.

Auteur(s) / Année - Titre	Objectif(s)	Population / Échantillon	Matériel / Méthodes / Variables	Principaux résultats
Parillo, Freeman, Collier et Young (2001) - Association between early sexual abuse and adult HIV-risky sexual behaviors among community-recruited women	Déterminer si les CSA impliquant la pénétration sexuelle a un impact sur l'existence de comportements sexuels à risque d'infection au VIH. Évaluer l'influence de trois facteurs médiateurs dans cette association.	Étude transversale avec données rétrospectives. Échantillon clinique : N= 1 490 femmes participantes au projet « Women Helping to Empower and Enhance Lives ». (femmes non consommatrices dans l'année passée de drogues injectables et qui ont eu des rapports sexuels avec des hommes consommateurs de drogues injectables, dans les 5 dernières années).	Variables : - Données socio- démographiques - Trois comportements sexuels à risque d'infection au HIV : comportement n°1 : nombre de partenaires sexuels récents (30 derniers jours) comportement n°2 : la négociation d'une activité sexuelle contre de la drogue et/ou de l'argent comportement n°3 : nombre de rapports sexuels non protégés dans une relation sexuelle récente (30 derniers jours) - Histoire de violences sexuelles avec pénétration : durant l'enfance CSA (< 12 ans) et adolescence ASA (de 12 à 18 ans). Facteurs médiateurs : - Le viol à l'âge adulte - L'utilisation récente (dans les 30 jours) de drogues « dures» - L'injection d'une drogue lors d'un rapport sexuel récent (dans les 30 jours) Trois groupes de victimes : - CSA - ASA - CSA + ASA Présence d'un groupe témoin sans antécédents de CSA.	49,2% des femmes ont déclaré avoir été violées à l'âge adulte. Comportement n°1 : seul les femmes du groupe CSA présentent un nombre significativement plus élevé de partenaires sexuels récents. Ce modèle reste significatif même après l'ajout des trois facteurs médiateurs. Comportement n°2 : les trois groupes de victimes sont significativement liés à la probabilité d'entreprendre un commerce sexuel à l'âge adulte. Après ajustement aux trois facteurs médiateurs, seul les femmes du groupe CSA et groupe CSA+ASA présentent des résultats significatifs. Le seul facteur médiateur significatif dans cette relation était le fait d'être à nouveau violer à l'âge adulte. Comportement n°3 : aucun type de violences sexuelles ne prédit de façon significative un nombre plus élevé de rapports sexuels non protégés dans les 30 derniers jours. Après ajustement aux 3 facteurs médiateurs, cette relation reste non significative. → Les groupes CSA et CSA+ASA présentent un risque supérieur de comportements sexuels à risque à l'âge adulte en comparaison au groupe ASA et du groupe témoin. → Concernant les facteurs médiateurs : le viol à l'âge adulte semble intensifier les effets d'un antécédent de violences sexuelles en augmentant la participation de ces femmes abusées dans des comportements sexuels à risque.
Rellini (2008) - Review of the empirical evidence for a theoretical model to understand the sexual problems of women with a history of CSA	Illustrer un modèle théorique afin de comprendre les difficultés sexuelles rencontrées par les femmes ayant comme antécédents des violences sexuelles durant leur enfance.	Revue de la littérature. 5 articles sélectionnés pour tester le modèle. Critères d'inclusions des études: - avec la définition de CSA suivante : femmes rapportant des expériences sexuelles indésirables de l’attouchement génital à la pénétration, avant l'âge de 16 ans - présence d'un groupe témoin de comparaison : femmes ne rapportant aucune expérience sexuelle indésirable à âge égale avec les groupes expérimentaux - femmes âgées de 25 à 35 ans - publiées de 2001 à 2006		Pendant l'exposition aux stimuli sexuels, le groupe CSA a plus de réponses inhibitrices et moins de réponses d'excitation en comparaison au groupe témoin → possible explication à l'hyposexualité. Sans exposition aux stimuli sexuels : le groupe CSA montre plus d'excitation aux réponses sexuelles que le groupe témoin. Le groupe CSA montre des difficultés potentielles d'inhibitions de pensées sexuelles intrusives et des réponses sexuelles intrusives → possible explication à l'hypersexualité.

Auteur(s) / Année - Titre	Objectif(s)	Population / Échantillon	Matériel / Méthodes / Variables	Principaux résultats
Richter, Komárek, Desmond, Celentano, Morin, Sweat , et al (2014) - Reported physical and sexual Abuse in childhood and adult HIV risk behaviour in three African countries : findings from Projet Accept (HPTN-043)	Explorer les associations entre CSA et violences physiques pendant l'enfance et des comportements sexuels à haut risque d'infection au VIH.	Étude transversale avec données rétrospectives. Échantillon d'une enquête de base de 2005, réalisée dans le cadre d'une étude contrôlée et randomisation de plusieurs années, avec des hommes et des femmes âgés de 18 à 32 ans venant de quatre sites des trois pays suivants : Zimbabwe, Tanzanie et Afrique du Sud. N=14 657 hommes et femmes.	Variables : - Données socio-démographiques - Consommation d'alcool et de drogues - Comportements sexuels à risque : âge de la première relation sexuelle, relation sexuelle anale, nombre de partenaires durant les 6 derniers mois, l'utilisation de préservatifs. - Test du VIH et résultats - Normes sociales Présence d'un groupe témoin sans antécédents de CSA.	Le groupe de femmes victimes de CSA (en comparaison au groupe témoin) : - montre un âge avancé d'une demi-année concernant le premier rapport sexuel volontaire - deux fois plus susceptible de subir des rapports sexuels forcés au cours des 6 derniers mois → revictimisation à l'âge adulte - consommation de drogues et d'alcool trois fois plus élevé - présente plus d'initiatives à effectuer des tests de dépistage au VIH.
Schacht, George, Davis, Heiman, Norris, Stoner et al (2010) - Sexual abuse history, Alcohol intoxication and Women's sexual risk behavior	Examiner les influences d'histoire de CSA et l'intoxication d'alcool sur la prise de risques sexuels et l'excitation sexuelle en plaçant des femmes dans un contexte analogue à une rencontre sexuelle réelle et risquée Évaluer si l'alcoolisme et l'histoire de violences sexuelles interagiraient selon l'âge du début des violences.	Étude expérimentale : procédure d'alcoolisation et mise en situation Échantillon : N= 64 femmes d'un échantillon communautaire urbain et universitaire, âgées de 21 à 35 ans.	Variables : - Histoire des violences sexuelles : durant l'enfance avant 14 ans (CSA), après 15 ans (ASA). - Comportements sexuels : âge du premier rapport sexuel volontaire, nombre de partenaires, orientation sexuelle, utilisation de préservatifs et moyens de contraception, grossesses. - Fonctionnement sexuel : 4 items sur le désir, 2 sur la santé sexuelle et 3 sur l'activité sexuelle. - Comportements sexuels à risque : rapports sexuels non protégés, relations bucco-génitales non protégés - Excitation génitale physique : mesure par un dispositif vaginal. - Excitation sexuelle subjective : notation personnelle sur une échelle. Présence d'un groupe témoin sans antécédents de CSA	13% de femmes ont rapporté être victimes de CSA et 48% victimes de ASA. Pas de différence significative pour les mesures dépendantes entre le groupe ASA et le groupe témoin. Probabilité significativement inférieure dans le groupe CSA en terme d'utilisation de préservatifs, mais avec un nombre plus faible de relations sexuelles non protégées par rapport aux groupes ASA et témoin. Les femmes alcoolisées ont un rapport significativement plus élevé en termes d'excitation sexuelle, d'humeur positive et de la probabilité d'avoir une relation sexuelle risquée par rapport aux femmes sobres. Les femmes alcoolisées du groupe CSA ont un rapport significativement plus élevé de relations sexuelles bucco-génitales non protégées et moins de probabilité d'utilisation de préservatifs par rapport aux groupes témoins, ASA et les femmes sobres du groupe CSA. → Le fait d'être victime de CSA augmente le risque d'IST, ce qui peut être expliqué par la tendance à un manque d'utilisation de préservatifs et des comportements perturbés en raison de l'alcoolisation dans ce groupe de femmes.

Auteur(s) / Année - Titre	Objectif(s)	Population / Échantillon	Matériel / Méthodes / Variables	Principaux résultats
Senn et Carey (2010) - Child maltreatment and women's adult sexual risk behavior : childhood sexual abuse as a unique risk factor	Déterminer si les violences sexuelles durant l'enfance sont associées aux comportements sexuels à risque à l'âge adulte après avoir contrôlé l'effet d'autres types de maltraitements durant l'enfance. Déterminer l'existence d'effets additifs ou interactifs d'autres types de maltraitance sur l'émergence de comportements sexuels à risque à l'âge adulte.	Étude transversale avec données rétrospectives. Échantillon clinique : N=414 femmes âgées de 18 à 35 ans d'un établissement de dépistage d'IST	Variables : - Données socio-démographiques - Agressions sexuelles à l'âge adulte - Maltraitance infantile : violences sexuelles, physiques, psychologiques et négligence. - Comportements sexuels à risque : nombre de partenaires dans la vie et au cours des trois derniers mois, nombre et pourcentage de rapports sexuels (anaux et vaginaux) non protégés Covariables : - Données socio-démographiques : âge, ethnie, niveau d'éducation, statut professionnel, revenu Présence d'un groupe témoin sans antécédents de CSA.	18% de femmes ont rapport être victime uniquement de CSA. Indépendamment, chaque type de violence est associé à des comportements sexuels à risque à l'âge adulte. Mais après ajustement des différents types de violences, seul le groupe victime de CSA reste significativement associé à un nombre plus élevé d'épisodes de rapports sexuels non protégés durant les trois derniers mois et un nombre plus élevé de partenaires sexuels au cours de la vie. Ceci n'a pas été conclu pour les autres types de maltraitements. Les résultats sont peu concluants sur l'effet additif et sur le modèle interactif de CSA avec d'autres types de maltraitements infantiles sur l'émergence de comportements sexuels à risque à l'âge adulte. → CSA est considéré comme seul facteur prédictif de comportements sexuels à risque à l'age adulte.
Senn, Carey et Venable (2008) - Childhood and adolescent sexual abuse and subsequent sexual risk behavior : Evidence from controlled studies, methodological critique and suggestions for research	Résumer la littérature en examinant la relation entre CSA et les comportements sexuels à risque ultérieurs	Revue de la littérature. Base données : PsycINFO et MEDLINE Critères d'inclusion des études: - échantillon d'hommes et de femmes américains - publication dans une revue avec un comité de lecture - participants ayant été victimes d'abus sexuel durant l'enfance ou l'adolescence. - existence d'un groupe témoin - publication entre 1990 et 2006		73 articles sélectionnés. Un grand nombre d'études ont trouvé une association entre CSA et les comportements sexuels à risque ultérieurs (particulièrement le commerce de sexe, multiplicité des partenaires sexuels, jeune âge pour les premières relations sexuelles volontaires) et cette association a été retrouvée pour une large variété de populations (population générale, populations vulnérables, consommateurs de drogues/alcool, individus souffrant de troubles mentaux, individus qui ont été incarcérés, population avec un haut niveau d'étude) . → L'association entre CSA et les comportements sexuels à risque ultérieurs est considérée comme « robuste ».

Auteur(s) / Année - Titre	Objectif(s)	Population / Échantillon	Matériel / Méthodes / Variables	Principaux résultats
Stephenson, Hughan et Meston (2012) - Childhood sexual abuse moderates the association between sexual functioning and sexual distress in women	Évaluer le degré auquel une histoire de violences sexuelles dans l'enfance influe l'association entre le fonctionnement sexuel et la détresse sexuelle des femmes.	Étude transversale avec données rétrospectives. Échantillon : femmes âgées de plus de 18 ans et sexuellement actives Groupe CSA : N=71 Groupe témoin: N=105	Variables : • L'histoire de CSA : âgé, durée, type et auteur. • La détresse sexuelle. • Le fonctionnement sexuel : 6 items (désir, excitation, lubrification, orgasme, satisfaction et douleur). Présence d'un groupe témoin sans antécédents de CSA.	Le désir, l'excitation, la lubrification et les orgasmes sont diminués chez les femmes victimes de CSA. Pas de différence significative avec le groupe témoin sur l'item de la douleur. Le fonctionnement sexuel et la détresse sexuelle sont faiblement liés chez les femmes avec antécédent de CSA, d'autant plus que si l'auteur des violences sexuelles est un membre de la famille. Or cette association est forte chez les femmes sans antécédent de CSA. Les femmes avec antécédent de CSA montrent des niveaux plus élevés de détresse dans un contexte de bon fonctionnement sexuel, en comparaison du groupe témoin. → Le fait d'être victime de CSA est un modérateur entre fonctionnement sexuel et détresse sexuelle.
Stephenson, Pulverman et Meston (2014) - Assessing the Association Between CSA and Adult Sexual Experiences in Women with Sexual Difficulties	Évaluer si l'utilisation des facteurs de mesure de bien-être sexuel largement utilisés est cohérente pour les femmes éprouvant des difficultés sexuelles avec ou sans histoire de violences sexuelles durant l'enfance et évaluer l'ampleur des effets de ces violences sur le bien-être sexuel dans cette population. Fournir une évaluation plus précise de la force de l'association entre un antécédent de violences sexuelle durant l'enfance et la sexualité adulte.	Étude transversale avec données rétrospectives. Échantillon clinique : femmes âgées de plus de 18 rapportant des difficultés sexuelles. Groupe CSA : N=134 Groupe NSA : N=104	Variables : • L'histoire de CSA : questionnaire validé (type et auteur des violences) • Le fonctionnement sexuel : 5 items (désir, excitation, lubrification, orgasme et douleur). • La satisfaction sexuelle : 5 items (communication en matière de sexualité, compatibilité entre partenaires sexuels, contentement dans les aspects émotionnels et sexuels de la relation, préoccupations personnelles des problèmes sexuels et l'impact des préoccupations personnels sur le partenaire et la relation intime) Présence d'un groupe témoin sans antécédents de CSA.	Les femmes avec antécédent CSA et des difficultés sexuelles ont un lien plus faible entre la fonction sexuelle et la détresse sexuelle, et un niveau élevé de détresse sexuelle par rapport aux femmes sans antécédents de CSA et avec difficultés sexuelles. Gradation des effets retrouvés : • relation moyenne par rapport à la fonction sexuelle physiologique chez les femmes victimes de CSA avec des difficultés sexuelles • relation forte par rapport à la satisfaction sexuelle chez les femmes victimes de CSA avec des difficultés sexuelles. → C'est davantage l'affect négatif et la satisfaction diminuée qui sont remis en cause chez les victimes de CSA, plutôt que la détérioration de la fonction sexuelle physiologique en soi.

Auteur(s) / Année - Titre	Objectif(s)	Population / Échantillon	Matériel / Méthodes / Variables	Principaux résultats
Van Roode, Dickson, Herbison et Paul (2009) - Childhood sexual abuse and persistence of risky sexual behaviors and negative sexual outcomes over adulthood : Findings from a birth cohort	Déterminer l'impact des violences sexuelles durant l'enfance sur les comportements sexuels à risque à l'âge adultes et les résultats négatifs en termes de sexualité après ajustement des mesures en fonction de l'environnement familial.	Étude de cohorte prospective d'une « cohorte de naissance » (1972-1973) de Dunedin en Nouvelle Zélande Échantillon : N=465 femmes et N=471 hommes.	Variables : - L'histoire de CSA : évalué à l'âge de 26 ans. - Les comportements sexuels à risque : nombre de partenaires sexuels, nombre de grossesses (désirées ou non), nombre d'IVG, nombres d'IST dont le virus d'herpès HSV-2 Covariables : l'environnement familial des participants avec 3 items : - Le statut socio-économique familial faible - Le climat familial pauvre - Une mauvaise interaction parent-enfant Évaluation des participants à trois périodes distinctes : après l'adolescence (18 à 21 ans), au jeune âge adulte (de 21 à 26 ans) et à l'âge adulte (de 26 à 32 ans). Présence d'un groupe témoin sans antécédents de CSA.	30,3% des femmes déclarent avoir été victimes de CSA. Une association significative est retrouvée entre le groupe de femmes avec antécédents de CSA et la covariable du statut socio-économique faible. Résultats non retrouvées pour les 2 autres covariables. Dans groupe de femmes CSA, l'on observe dans la tranche d'âge de 18 à 21 un taux significativement élevé (après ajustement aux covariables de l'environnement familial) : - du nombre de partenaires sexuels - des grossesses non désirées (mais non prouvé après ajustement) - d'IVG - d'IST Néanmoins, ces taux ne sont plus significatifs et se rapprochent de ceux des femmes non abusées au fil du temps et après l'âge 21 ans. → Une prévention ciblée chez les jeunes adultes (18 à 21 ans) est mis en évidence.
Young, Deardorff, Ozer et Lahiff (2011) - Sexual abuse in childhood and adolescence and the risk of early pregnancy among women ages 18-22	Déterminer l'association entre les violences sexuelles durant l'enfance (CSA), durant l'adolescence (ASA), ou durant les deux périodes (CSA+ASA) et le risque de grossesses à l'adolescence.	Étude transversale avec données rétrospectives. Échantillon clinique et communautaire de jeunes femmes âgées de 18 à 22 ans. N= 1790	Variables : - Histoire des violences sexuelles : durant l'enfance CSA (avant 12 ans) et durant l'adolescence ASA (de 12 à 18 ans). - La type de violences sexuelles : 4 classes (abus sans contacts, attouchements sexuels, tentatives de viol ; viols) - La grossesse : âge de leurs premières grossesses Covariables : - Le niveau d'éducation de la participante et de sa mère - L'origine ethnique de la participante - La cooccurrence de violences physiques et de négligences Facteur médiateur : âge du premier rapport sexuel Trois groupes de victimes : CSA / ASA / CSA + ASA. Présence d'un groupe témoin sans antécédents de CSA.	Le risque est plus élevé de 20% d'une grossesse dans le groupe CSA, il s'élève 30% dans le groupe ASA et il est de plus de 80 % dans le groupe ASA+CSA. À travers toutes ces périodes, les tentatives de viol et les viols ont été associés à un risque accru de grossesses. L'association entre violences sexuelles et la grossesse a été obtenue par médiation de l'âge des premiers rapports sexuels et est modérée par le niveau d'éducation de la jeune femme.

ANNEXE II: Contacts utiles (liste non exhaustive)

Pour les professionnels :

- <http://www.stop-violences-femmes.gouv.fr/>
- <http://www.stopauxviolencessexuelles.com/>

Associations pour les victimes :

- L'Association Internationale des Victimes de l'Inceste (AIVI) : <http://aivi.org/>
- Centres d'information des droits des femmes et des familles : <http://www.infofemmes.com>
- Collectif Féministe contre le Viol (CFCV) : <http://www.cfcv.asso.fr/>
- L'Institut National d'Aide aux Victimes Et de Médiation (INAVEM), avec qui regroupe 150 associations *d'aide aux victimes* sur l'ensemble du territoire français: <http://www.inavem.org/>
- SOS inceste pour revivre : www.sos-inceste-pour-revivre.org
- Survivant de l'Inceste Anonymes (SIA) : <http://www.sia-france.org>
- Viols Femmes Informations : 08 00 05 95 95
- Violences Femme Info (appel anonyme et gratuit) : 3919

RÉSUMÉ

Introduction : « Angle mort » en santé publique, « chiffre noir » en épidémiologie, les violences sexuelles sont un véritable fléau mondial, et les enfants en sont les principales victimes. Dans son rapport de 2014, l'Organisation Mondiale de la Santé décrit que 20% des femmes sont victimes de violences sexuelles durant leur enfance. Au même titre que la torture, les violences sexuelles ont de graves conséquences à long terme sur la santé des victimes, tant sur le plan physique que psychique. L'objectif de ce mémoire est de révéler les séquelles dans le domaine de la sexualité, tout en sensibilisant la profession de sage-femme à cette problématique encore sous-estimée et non-identifiée.

Matériel et Méthodes : Nous avons effectué une revue de la littérature sur ce sujet, étayée par deux cas cliniques de femmes victimes de violences sexuelles durant leur enfance.

Résultats : Les violences sexuelles durant l'enfance sont responsables de troubles sexuels. Les femmes peuvent souffrir d'une hyposexualité, qui s'exprime par des troubles du désir, d'excitation sexuelle et de satisfaction sexuelle. À contrario, l'engagement dans une vie sexuelle hyper stimulée et compulsive est également visible, tout comme l'existence de comportements sexuels à risque chez ces victimes. Bien que les trajectoires s'opposent, il est possible pour une victime d'osciller entre des phases d'hyposexualité et d'hypersexualité au cours de sa vie : c'est l'ambivalence sexuelle. Dans nos cas cliniques, alors qu'une patiente présente une vie intime passive avec l'absence complète de libido et de plaisir, l'autre patiente vit une sexualité sous forme de pulsions avec une masturbation compulsive et des mises en danger répétitives.

Discussion : Une sexualité traumatisée et un épanouissement sexuel ébranlé sont les conséquences retrouvées tant dans la littérature scientifique que dans l'histoire personnelle de nos cas cliniques. Les scientifiques tentent de les expliquer à travers des modèles théoriques et neurobiologiques. La sensibilisation et les connaissances sur les violences sexuelles durant l'enfance sont essentielles dans notre pratique de sage-femme. C'est pourquoi nous avons émis des recommandations pour un repérage, un diagnostic et une prise en charge pluridisciplinaire adaptée et efficace de ces situations.

Mots-clés : Violences sexuelles – Enfance – Sexualité – Troubles sexuels – Comportements sexuels à risque