

Sabine Mouchet-Mages

Psychiatre, responsable de service
Service de psychiatrie légale, Criavs
Rhône-Alpes
Centre hospitalier Le Vinatier
Bron

Olivier Placade

Psychologue
Service de psychiatrie légale, Criavs Rhône-Alpes
Centre hospitalier Le Vinatier
Bron

Traumatisme infantile et adversités dans l'enfance chez les auteurs d'agressions sexuelles

De nombreux travaux ont montré une prévalence augmentée de traumatismes infantiles chez les agresseurs sexuels, suggérant l'existence d'un lien entre victimisation dans l'enfance et passage à l'acte à l'âge adulte¹. Il existe un risque majoré pour les hommes agresseurs sexuels d'avoir été victimes d'abus sexuels, physiques, de violences verbales et de négligence émotionnelle. Le Centre ressource pour les intervenants auprès d'auteurs de violences sexuelles (Criavs) assure un soutien aux professionnels en charge d'auteurs de violences sexuelles (AVS) en leur proposant des rencontres autour de situations, des formations et documentations. Dans ce contexte, il assure un maillage entre les acteurs de santé et de justice ainsi qu'un soutien aux plateformes référentielles d'évaluation des AVS de la région. Au sein de ces équipes, la question de l'origine et de la prise en charge des traumatismes infantiles chez les auteurs est l'objet de travaux cliniques et de recherche afin de mieux comprendre le lien entre victimisation et passage à l'acte, et de proposer des thérapies spécifiques.

Le modèle du cycle d'abus

Le modèle du cycle d'abus postule, dans le cas de l'agression, qu'une forme de maltraitance dans l'enfance aboutirait à la commission de faits semblables à l'âge adulte. Certains arguments ont permis d'étayer ce modèle dans le cadre des auteurs de violences sexuelles.

Concernant la victimisation sexuelle, plusieurs études ont ainsi mis en évidence une prévalence augmentée des antécédents d'agression sexuelle dans l'enfance des sujets agresseurs sexuels², mais toutes ne vont pas dans le même sens. D'autres facteurs associés à l'abus seraient déterminants : des résultats suggèrent par exemple un lien agressé/agresseur plus prégnant pour certaines populations (femmes) et certains actes (pédophilie). De même, l'exposition à la violence serait un élément important et permettrait de distinguer les victimes qui deviendraient à leur tour agresseurs. Plusieurs études recherchant l'existence de facteurs précoces négatifs chez les agresseurs sexuels ont mis en évidence une plus forte proportion d'antécédents de négligence, de manque de supervision, d'abus sexuel par une femme et de violences intrafamiliales graves. La perte d'un parent est également un facteur péjoratif.

Mesurer les expériences précoces est délicat en raison de l'ancienneté des faits, et nécessite des outils spécifiques validés. L'outil *Child Experience of Care and Abuse* (CECA)

est une interview rétrospective, disponible également sous forme de questionnaire validé en langue francophone, qui explore plusieurs axes comme la perte d'un parent, le placement en institution, l'existence d'abus physiques ou sexuels, etc. Elle tient compte de la négligence dans l'enfance, et pas uniquement des violences sexuelles ou physiques, subies dans l'enfance; le CECA a permis de préciser les liens entre antécédents d'adversité et délinquance sexuelle³.

Le modèle du cycle d'abus ne suffit pas, du fait de plusieurs arguments : ainsi, la plupart des victimes sont des femmes et les agresseurs, des hommes ; les expériences d'adversité précoces sont multiples et semblent jouer un rôle modérateur ; enfin, la majorité des agresseurs sexuels n'ont pas été victimes d'agression sexuelle, 18 % seulement en ayant eux-mêmes subi.

D'autres variables intermédiaires pourraient rendre compte du parcours spécifique de certains auteurs, et nécessiteraient d'être intégrées dans le modèle. C'est le cas du modèle de la dissociation.

Le rôle de la dissociation dans le cadre de la violence

La dissociation, historiquement décrite par Pierre Janet, peut être définie comme la survenue d'une perturbation touchant des fonctions normalement intégrées, comme la conscience, la mémoire, l'identité ou la perception de l'environnement.

Elle peut être évaluée par plusieurs outils, dont l'échelle *Dissociative Experience Scale*⁴. Les symptômes dissociatifs peuvent être présents au cours de plusieurs troubles psychiatriques, tels que les troubles du comportement alimentaire, le stress post-traumatique, l'abus de substances, les troubles de personnalité *borderline*.

Un grand nombre d'études ont montré qu'il existe un lien entre la symptomatologie dissociative et la survenue d'un traumatisme psychique durant l'enfance, ainsi qu'une corrélation avec la sévérité, la précocité et la fréquence des abus. La survenue d'une dissociation semble corrélée avec la violence subie dans l'enfance, surtout sexuelle⁵, et pourrait servir de lien entre le traumatisme et la survenue de troubles psychopathologiques futurs.

Sur le plan neurobiologique, le rôle du stress sur les processus mnésiques serait susceptible

¹ Fédération française de psychiatrie (FFP) (2001). 5^e Conférence de consensus.

² Bifulco, A. (2006). Expérience durant l'enfance et agression sexuelle. Dans T. H. Pham, *L'Évaluation diagnostique des agresseurs sexuels* (p. 9-42). Wavre, Belgique : Mardaga.

³ Pham, T. H. et Ducro, C. (2008). Les antécédents d'adversité chez les agresseurs sexuels. *Annales Médico-Psychologiques*, 166, 580-584.

⁴ Carlson, E. B., Putnam, F. W., Ross, C. A., Torem, M., Coons, P., Dill, D. L., et al. (1993). Validity of the Dissociative Experiences Scale in screening for multiple personality disorder: a multicenter study. *American Journal of Psychiatry*, 150(7), 1030-6.

⁵ Kisiel, C. L. et Lyons, J. S. (2001). Dissociation as a mediator of psychopathology among sexually abused children and adolescents. *American Journal of Psychiatry*, 158(7), 1034-9.

d'expliquer les manifestations cliniques de la dissociation⁶, notamment par la production de drogues endogènes (type *morphine-like*) en réponse à ce stress. Ces drogues viennent perturber l'encodage de l'information, par la disjonction qu'elles opèrent entre le ressenti corporel et l'information traumatique afférente.

Certains arguments laissent également envisager un rôle de la dissociation dans le cycle de la violence⁷ : ainsi, les troubles attentionnels sont fréquemment retrouvés chez les enfants victimes d'abus sexuels et font le lit de troubles du comportement antisocial à l'adolescence et d'abus de substance à l'âge adulte. Or il a été montré, chez des enfants de 8 à 12 ans victimes d'abus sexuels, une association significative entre une symptomatologie dissociative lors de la révélation du traumatisme subi et la survenue ultérieure de troubles attentionnels. Ainsi, la dissociation servirait de facteur médiateur entre trouble de stress post-traumatique et troubles attentionnels. Ces résultats encouragent ainsi à étudier la symptomatologie dissociative en lien avec le passage à l'acte.

Expérience dissociative et passage à l'acte sexuel

Il faut distinguer un état dissociatif au cours du passage à l'acte de la présence de troubles dissociatifs chez les agresseurs. Ainsi, il n'y aurait pas forcément de dissociation de base chez des agresseurs présentant des épisodes de dépersonnalisation de type *flash-back*. La dissociation serait alors un symptôme transitoire.

L'existence d'une dissociation peut avoir des répercussions médico-légales en termes de responsabilité, avec différentes interprétations selon les systèmes judiciaires⁸. Ainsi, certaines allégations d'amnésie du crime seraient en réalité de nature dissociative. Il s'agirait d'actes accompagnés de fortes charges émotionnelles, avec une amnésie souvent partielle.

Quelques rares auteurs ont plus précisément contribué à la description de la dissociation, en particulier de la dépersonnalisation, lors du passage à l'acte sexuel. En France, l'utilisation d'un questionnaire⁹ a fourni une description clinique du phénomène. Ainsi, sur le plan de la formulation de l'acte, on note qu'il est précédé de pensées semblant oniriques, imaginées ou fantasmées pour certains. Souvent incontrôlables, ces pensées sont fréquemment de nature visuelle et s'imposent de manière envahissante et automatique; presque un agresseur sur quatre dit avoir une pensée ou une image avant le déclenchement de l'acte, de manière quasi hallucinatoire. Plus des deux tiers de ces sujets ne parviennent pas à préciser ce qui se passe avant l'acte.

Cette observation est à rapprocher de celles de Bliss¹⁰. Il postule que des processus « autohypnotiques » pourraient être induits chez certains, produisant comportement antisocial et criminalité. Le point commun de ces individus serait l'existence d'abus physiques, sexuels et psychologiques précoces entraînant des défenses « hypnotiques » et facilitant le comportement criminel.

Prise en charge des auteurs de violences : l'intérêt du traitement des traumatismes

La population d'agresseurs sexuels est donc susceptible d'être exposée à des adversités précoces, pouvant constituer des traumatismes. Il y a ainsi tout intérêt à reconnaître la problématique du traumatisme chez ces auteurs, malgré une présentation clinique qui est rarement celle de l'état de stress post-traumatique, avec peu de symptômes extériorisés. Ce modèle de dissociation nous permet de repérer, au-delà de la présentation parfois asymptomatique, la trace de ces éprouvés précoces.

Concernant leur traitement, la place du ressenti corporel et des émotions est centrale. Les noyaux impliqués dans la régulation d'un stress intense (amygdale, thalamus) vécu durant un épisode traumatique ne sont pas situés dans les zones dédiées à l'analyse et au langage, mais dans des zones limbiques en deçà. Ce constat récent invite le soignant à repenser sa prise en charge, par l'utilisation d'outils spécifiques favorisant le corps, l'imagerie mentale ou encore la pleine conscience ciblée.

Nous utilisons au sein de notre consultation de psychiatrie légale différentes thérapies s'appuyant sur les données des neurosciences en matière de traitement de l'information (l'EMDR¹¹, l'ICV¹² et la *brainspotting*¹³). Le pari commun de ces thérapies est de solliciter l'information traumatique stockée de façon dysfonctionnelle, et permettre sa transformation et intégration à un niveau plus élevé de stockage, moins activant émotionnellement. L'EMDR utilise une série de stimulations bilatérales alternées (oculaires ou physiques), après avoir identifié une cible traumatique (souvenirs, images...). L'ICV utilise une ligne du temps (liste de souvenirs depuis le traumatisme), que le thérapeute fait visualiser de façon répétée au patient, jusqu'à ce que le niveau de perturbation corporel soit éteint. La *brainspotting* utilise la combinaison de la pleine conscience ciblée et d'une sensation corporelle liée au trauma, la recherche d'une position oculaire liée à cette sensation et le maintien sur ce point, permettant une liquidation de la perturbation.

Conclusion

Le dépistage et la prise en charge des états dissociatifs représentent un enjeu majeur de santé publique tant pour les auteurs que pour les victimes. Nous avons bâti notre réflexion à partir des conduites criminelles des auteurs de violences sexuelles. La dissociation est un symptôme transversal présent dans d'autres pathologies, et ne doit pas être confondue avec la schizophrénie, dont le symptôme de « dissociation » fut en réalité mal traduit à partir du terme allemand *Spaltung*, que l'on traduirait aujourd'hui par « discordance ». Le traitement, on l'a vu, diffère de ceux utilisés dans la schizophrénie. Ces théorisations et outils récents forment un domaine d'étude particulièrement fertile, à la croisée entre recherche fondamentale et pratique soignante. La prise en charge des antécédents de victimisation et de dissociation chez les auteurs de violences sexuelles par des techniques spécifiques permet une amélioration du fonctionnement de ceux-ci. Au-delà d'une meilleure santé psychique, ils sont mieux à même de gérer leurs émotions, ce qui peut concourir à une diminution du risque de passage à l'acte. ▶

⁶ Collin-Vézina, D. et Cyr, M. (2003). Current understanding about intergenerational transmission of child sexual abuse. *Child Abuse & Neglect*, 27(5), 489-507.

⁷ Moskowitz, A. (2004). Dissociation and violence: a review of the literature. *Trauma Violence Abuse*, 5(1), 21-46.

⁸ McSherry, B. (1998). Getting away with murder? Dissociative states and criminal responsibility. *International Journal of Law and Psychiatry*, 21(2), 163-76.

⁹ Balier, C., et al. (1996). *Rapport de recherche sur les agresseurs sexuels*. Direction générale de la Santé, France.

¹⁰ Bliss, E. L., Larson E. M. (1985). Sexual criminality and hypnotizability. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 173(9), 522-6. Repéré à : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/4020372>

¹¹ Shapiro, F. (1999). Eye movement desensitization and reprocessing: clinical and research implications of an integrated psychotherapy treatment. *Journal of Anxiety Disorders*, 13(6), 35-67.

¹² Pace, P. (2012). *Lifespan integration. Connecting ego states through time* (traduction française, 2014, Pratiquer l'ICV. L'intégration du cycle de la vie). Paris : Dunod.

¹³ Grand, D. (2013). *Brainspotting* (traduction française, 2015). Paris : Guy Trédaniel.