

MALTRAITANCE DES ENFANTS

L'agression sexuelle d'enfants : un tour d'horizon

¹Delphine Collin-Vézina, Ph.D., ²Lise Milne, Ph.D.

¹McGill University, Canada, ²University of Regina, Canada

Mai 2019, Éd. rév.

Introduction

L'agression sexuelle d'enfants (ASE) est une forme de maltraitance reconnue à l'échelle mondiale comme étant une violation grave des droits de la personne et une préoccupation majeure de santé publique. Le présent article fait un tour d'horizon de l'état des connaissances en la matière.

Sujet

On reconnaît maintenant que la définition d'une ASE englobe tant les cas d'abus avec contact que sans contact. L'ASE comprend tout acte de nature sexuelle perpétré contre une personne mineure moyennant l'utilisation de menaces, de force, d'intimidation ou de manipulation. L'éventail d'agressions sexuelles inclut les attouchements, l'invitation lancée à un enfant à toucher ou à se faire toucher sexuellement, les rapports sexuels, le viol, l'inceste, la sodomie, l'exhibitionnisme ou l'implication d'un enfant dans la prostitution ou la pornographie.¹ Il existe un consensus autour de l'idée que l'ASE est un phénomène complexe se produisant pour des motifs divers, sous des formes différentes et selon des relations variées au sein des familles, des groupes de pairs, des institutions et des communautés.² Deux problèmes importants, indissociables et non résolus sont, entre autres, le manque de modèle conceptuel de l'ASE et

l'absence de définition commune ou de compréhension universelle de ce qui constitue l'ASE.

Portée du problème

La majorité des études insistent sur le fait que l'on ignore l'ampleur exacte du phénomène d'ASE.^{1,3} Il est difficile d'établir l'ampleur des ASE vu les différences qui prévalent entre les méthodes de collecte de données,⁴ et de la réticence de la plupart des enfants à divulguer les abus.⁵

Le signalement d'événements traumatiques comme l'ASE est un processus souvent très complexe et itératif se déroulant sur une longue période.⁶ Il est fréquent que les victimes d'ASE retardent son signalement ou ne le dévoilent jamais.⁵ Par exemple, dans la synthèse de Finkelhor,⁷ pour toutes les études prises en compte, seule la moitié environ des réchappés ont confié à quelqu'un avoir subi un abus. Dans une autre étude, la grande majorité des réchappés (93 %) n'a pas déclaré l'abus aux autorités avant l'âge de 15 ans.⁸

Dans une synthèse systématique publiée en 2013 et une méta-analyse mondiale d'études récentes, la prévalence de l'ASE était comprise entre 8 et 31 % pour les filles, et 3 et 17 % pour les garçons. Le signalement par la victime des relations sexuelles forcées était de 9 % chez les filles et de 3 % chez les garçons.⁹ À l'inverse, les événements de type ASE signalés annuellement aux autorités officielles, comme les services de protection de l'enfance, sont drastiquement inférieurs (par exemple, 43 % dans les systèmes canadiens de protection de l'enfance;¹⁰ 2,4 % dans les agences communautaires de protection de l'enfance des États-Unis).¹¹ Les signalements officiels aux autorités sous-estiment de façon évidente l'ampleur du phénomène que représente l'ASE. Dans une autre méta-analyse mondiale sur la prévalence de l'ASE, celle-ci était 30 fois supérieure dans les études sur les déclarations par la victime par rapport aux signalements officiels (12,7 % contre 0,4 %).¹²

Questions clés pour la recherche

Au cours des dernières décennies, la recherche sur les ASE s'est articulée principalement autour de quelques questions, notamment : Quels sont les facteurs de risque d'une ASE? Quels sont les effets sur la santé mentale d'une ASE? Quels sont les facteurs de protection faisant en sorte que certains enfants sont moins susceptibles de garder des séquelles découlant d'une ASE? Quelles sont les stratégies de prévention, d'évaluation et de traitement les plus efficaces?

Récents résultats de la recherche

Les filles sont environ deux fois plus susceptibles que les garçons d'être victimes d'une ASE.¹² Il est cependant fort probable que les garçons soient plus souvent victimes d'une agression que ce que les données de cas déclarés laissent présager, et ce, compte tenu de leurs réticences à signaler l'abus.¹³ Le risque d'une ASE croît avec l'âge, le nombre de cas le plus élevé se situant dans la tranche des 12 à 17 ans. On estime que les risques d'une ASE sont plus élevés chez les filles dès un jeune âge et pendant une période plus longue que les garçons, qui, eux, courent des risques à un âge plus avancé et durant une période plus courte.¹

L'ASE présente un risque majeur d'entraîner une série de séquelles tant durant l'enfance qu'à l'âge adulte. Il a été montré que les victimes manifestent davantage de symptômes de stress consécutif au traumatisme et de dissociation que les enfants qui n'ont pas subi d'agression,¹⁴ ainsi que de dépression et de troubles de comportement.¹⁵ Ils adoptent plus souvent des comportements sexuels à risque.¹⁶ Les victimes sont plus susceptibles de céder à la consommation abusive d'alcool et de drogues¹⁷ et à faire des tentatives de suicide.¹⁸ Ces troubles de santé mentale peuvent perdurer à l'âge adulte.¹⁹ Les victimes d'une ASE sont plus à risque que les autres jeunes de connaître la violence dans leurs premières relations amoureuses;²⁰ les femmes ayant subi une ASE courent deux à trois fois plus de risques d'être de nouveau victimes de violence sexuelle à l'âge adulte en comparaison des autres femmes.²¹

Toutefois, environ le tiers des victimes ne manifesteront aucun symptôme clinique au moment de la déclaration de leur agression.²² Cela s'explique, en partie, par les caractéristiques extrêmement diverses de l'ASE, qui mène à toute une panoplie de répercussions éventuelles. Aussi, plusieurs facteurs influencent la résilience des victimes d'une ASE. Par exemple, les enfants qui bénéficient du soutien du parent non agresseur²³ et ceux qui n'ont pas déjà été victime d'abus²⁴ semblent mieux s'en sortir. Dans tous les cas, il est cependant important de faire une évaluation et, s'il y a lieu, une intervention hâtive afin de prendre en charge les répercussions négatives.

Pour le volet de l'évaluation, deux protocoles médico-légaux ont été considérablement mis à l'essai, à savoir le Structured Interview Protocol [protocole d'entrevue structurée] de l'organisme américain National Institute of Child Health and Human Development (NICHD) et le modèle Sexual Assault Nurse Examiner [SANE - examen des victimes d'agression sexuelle].

- Un protocole d'entrevue structurée tel que le modèle du NICHD stipule que les policiers doivent recevoir une formation poussée pour arriver à tirer des renseignements détaillés

auprès de victimes d'une ASE sans utiliser la suggestion. Ce protocole améliore clairement la qualité des entrevues et facilite l'évaluation de la crédibilité menée par les enquêteurs auprès des enfants.²⁵

- Les infirmières chargées de l'examen des victimes d'agression sexuelle sont généralement les premières personnes, dans le contexte du service d'urgence d'un hôpital, à répondre aux besoins émotifs et physiques des victimes en plus d'être celles chargées de la collecte de données médico-légales qui pourraient conduire à des actions en justice contre les agresseurs. Le protocole SANE, pour ce qui est de la collecte de données médico-légales et du taux d'action en justice dans les cas d'ASE, est d'une efficacité qui a fait ses preuves.²⁶

Concernant les interventions visant à réduire les préjudices consécutifs à l'ASE, une méta-analyse récente a démontré l'efficacité du traitement dans la réduction des symptômes associés aux troubles de stress post-traumatique ainsi que les problèmes d'extériorisation et d'intériorisation.²⁷ Parmi les quelques traitements ayant fait leur preuve, la thérapie cognitive comportementale axée sur les traumatismes est le traitement le plus courant pour les enfants victimes d'une ASE et manifestant des symptômes du trouble de stress post-traumatique (TSPT).²⁸ Des essais cliniques randomisés ont montré que ce traitement est efficace pour améliorer la symptomatologie des participants ainsi que les compétences parentales et les aptitudes des enfants à assurer leur sécurité personnelle, même quand le programme dure aussi peu que huit semaines.²⁹ On a noté que la thérapie cognitive comportementale axée sur les traumatismes pouvait mener à une amélioration soutenue de l'anxiété, de la dépression, des troubles sexuels et de la dissociation après six mois ainsi qu'à une amélioration des TSPT et de la dissociation après douze mois.^{30,31}

Bien que les programmes de sensibilisation dans les écoles soient diffusés à grande échelle et présentés comme stratégie primaire de prévention, il y a peu de données montrant leur efficacité pour véritablement prévenir le risque d'une ASE; ils semblent améliorer les comportements orientés vers la protection de l'enfance et la sensibilisation à cet égard; ils pourraient augmenter les probabilités de signalement, mais on ignore leur impact sur la prévention de l'occurrence des ASE.³²

Lacunes de la recherche

Il vaut la peine de souligner deux grandes lacunes : Premièrement, la plupart des victimes d'une ASE n'étant pas identifiées, l'état actuel des connaissances est probablement biaisé puisqu'il est

fondé sur des renseignements provenant de victimes d'une ASE détectée; il faut poursuivre les recherches pour comprendre les divers profils des enfants victimes d'une ASE. Deuxièmement, il faut identifier d'autres approches fondées sur des données probantes pour assurer l'évaluation, le traitement et la prévention d'une ASE.

Conclusions

Bien que la définition d'une ASE fasse maintenant l'unanimité dans l'ensemble, l'ampleur du problème demeure difficile à cerner vu les différences qui prévalent entre les méthodes de collecte de données. Une méta-analyse de 2011 sur la prévalence des ASE montre que 12,7 % des adultes ont été victimes de violence sexuelle durant leur enfance ou leur adolescence, les filles et les enfants plus âgés étant les plus susceptibles de telles agressions. L'ASE constitue un facteur de risque important dans l'apparition de troubles à court et à long termes, tels que la dépression, les TSPT et l'abus d'alcool et de drogues, bien que toutes les victimes ne manifestent pas de séquelles. Deux protocoles médicolégaux – le Structured Interview Protocol du NICHD et le modèle SANE – sont bien établis dans le domaine. Le traitement le plus efficace des enfants victimes d'une ASE et manifestant des symptômes de TSPT est la thérapie cognitive comportementale axée sur les traumatismes. Les futurs efforts de recherche devraient porter sur l'élaboration de stratégies pour faciliter la divulgation d'une ASE et l'établissement d'un rapport de signalement, sur le repérage des besoins des victimes d'une ASE et sur la création de stratégies de prévention.

Implications pour les parents, les services et les politiques

Les répercussions sur le plan social et de la santé de l'ASE sont très larges et les coûts économiques à l'âge adulte sont estimés à 9,3 milliards de dollars.³³ Pour résoudre ce problème majeur de santé publique, on devrait accorder la priorité à l'élaboration de stratégies pour lever les obstacles à la divulgation et à l'établissement de rapports de signalement. Bien que l'ASE ne soit plus un sujet aussi tabou qu'il y a quelques décennies, il se pourrait que les préjugés et les difficultés à accéder à des services empêchent des victimes de bénéficier des ressources dont elles ont besoin.

Référence

1. Putnam FW. Ten-year research update review: Child sexual abuse. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2003;42(3):269-278.
2. Mathews B, Collin-Vézina D. Child sexual abuse: Toward a conceptual model and definition. *Trauma, Violence, & Abuse*.

2017: Advance online publication.

3. Johnson RJ. Advances in understanding and treating childhood sexual abuse: Implications for research and policy. *Family & Community Health*. 2008;31(Suppl1):S24-S34.
4. Martin EK, Silverstone PH. How much child sexual abuse is below the surface, and can we help adults identify it early. *Frontiers of Psychiatry*. 2013; 4(58):1-10.
5. Hunter SV. Disclosure of child sexual abuse as a life-long process: Implications for health professionals. *The Australian and New Zealand Journal of Family Therapy*. 2011;32:159-172.
6. Alaggia R, Collin-Vézina D, Lateef R. Facilitators and barriers to child sexual abuse (CSA) disclosures: A research update (2000-2016). *Trauma, Violence, & Abuse*. 2017:Advance online publication.
7. Finkelhor D. Current information on the scope and nature of child sexual abuse. *Sexual Abuse of Children*.1994;4(2):31-53.
8. Burczycka M, Conroy S. Family violence in Canada: A statistical profile, 2016. Juristat: Canadian Centre for Justice Statistics. 2018 Jan 17:1-96.
9. Barth J, Bermetz L, Heim E, Trelle S, Toni T. The current prevalence of child sexual abuse worldwide: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Public Health*. 2013;58:469-483.
10. Collin-Vézina D, Hélie S, Trocmé N. Is child sexual abuse declining in Canada? An analysis of child welfare data. *Child Abuse & Neglect*. 2010;34(11):807-812.
11. Sedlak AJ, Mettenburg J, Basena M, Petta I, McPherson K, Greene A et al. Fourth National Incidence Study of Child Abuse and Neglect (NIS-4): Report to Congress, 2010. Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services, Administration for Children and Families
12. Stoltenborgh M, van IJzendoorn MH, Euser EM, Bakermans-Kranenburg MJ. A global perspective on child sexual abuse: Meta-analysis of prevalence around the world. *Child Maltreatment*. 2011;16(2):79-101.
13. O'Leary PJ, Barber J. Gender differences in silencing following childhood sexual abuse. *Journal of Child Sexual Abuse*. 2008;17(2):133-143.
14. Collin-Vézina D, Hébert M. Comparing dissociation and PTSD in sexually abused school-aged girls. *Journal of Nervous Mental Disorders*. 2005;193(1):47-52.
15. Danielson CK, Macdonald A, Amstadter AB, et al. Risky behaviors and depression in conjunction with—or in the absence of—lifetime history of PTSD among sexually abused adolescents. *Child Maltreatment*.2010;15(1):101-107.
16. Lalor K, McElvaney R. Child sexual abuse, links to later sexual exploitation/high- risk sexual behavior, and prevention/treatment programs. *Trauma, Violence, & Abuse* 2010;11(4):159-177.
17. Shin SH, Edwards EM, Heeren T. Child abuse and neglect: Relations to adolescent binge drinking in the National Longitudinal Study of Adolescent Health (AddHealth) Study. *Addiction Behaviors*. 2010;34(3):277-280.
18. Brezo J, Paris J, Tremblay R, Vitaro F, Hebert M, Turecki G. Identifying correlates of suicide attempts in suicidal ideators: A population-based study. *Psychological Medicine*. 2007;31(11):1551-1562.
19. MacMillan HL, Fleming JE, Streiner DL, et al. Childhood abuse and lifetime psychopathology in a community sample. *American Journal of Psychiatry*. 2001;158(11):1878-1883.
20. Vezina J, Hebert M. Risk factors for victimization in romantic relationships of young women: a review of empirical studies and implications for prevention. *Trauma, Violence, & Abuse*. 2007;8(1):33-66.
21. Classen CC, Palesh OG, Aggarwal R. Sexual revictimization: A review of the empirical literature. *Trauma, Violence, & Abuse*. 2005;6(2):103-129.
22. Kendall-Tackett K, Meyer-Williams L, Finkelhor D. Impact of sexual abuse on children: A review and synthesis of recent empirical studies. *Psychological Bulletin*. 1993;113(1):164-180.

23. Elliott AN, Carnes CN. Reactions of nonoffending parents to the sexual abuse of their child: a review of the literature. *Child Maltreatment*. 2001;6(4):314-341.
24. Hébert M, Collin-Vézina D, Daigneault I, Parent N, Tremblay C. Factors linked to outcomes in sexually abused girls: a regression tree analysis. *Comprehensive Psychiatry*. 2006;47(6):443-455.
25. Lamb ME, Orbach Y, Sternberg KL, et al. Use of a structured investigative protocol enhances the quality of investigative interviews with alleged victims of child sexual abuse in Britain. *Applied Cognitive Psychology*. 2009;23(4):449-467.
26. Campbell R, Patterson D, Lichty L. The effectiveness of sexual assault nurse examiner (SANE) programs: A review of psychological, medical, legal, and community outcomes. *Trauma, Violence, & Abuse*. 2005;6(4):313-329.
27. Trask EV, Walsh K, DiLillo, D. Treatment effects for common outcomes of child sexual abuse: A current meta-analysis. *Aggression and Violent Behavior*. 2011;16(1):6-19.
28. Cohen JA, Deblinger E, Mannarino AP, Steer RA. A multisite, randomized controlled trial for children with sexual abuse-related PTSD symptoms. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2004;43(4):393-402.
29. Deblinger E, Mannarino AP, Cohen JA, Runyon MK, Steer RA. Trauma-focused cognitive behavioral therapy for children: impact of the trauma narrative and treatment length. *Depression and Anxiety*. 2011;28(1):67-75.
30. Cohen JA, Mannarino AP. Treating sexually abused children: 1-year follow-up of a randomized controlled trial. *Child Abuse & Neglect*. 2005;29(2):135-145.
31. Mannarino AP, Cohen JA, Deblinger E, Runyon MK, Steer RA. Trauma-focused cognitive-behavioral therapy for children: sustained impact of treatment 6 and 12 months later. *Child Maltreatment*. 2012;17(3):231-241.
32. Walsh K, Zwi K, Woolfenden S, Shlonsky A. School-based education programmes for the prevention of child sexual abuse *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2015 Apr 16;(4):CD004380.
33. Letourneau EJ, Brown DS, Fang X, Hassan A, Mercy JA. The economic burden of child sexual abuse in the United States. *Child Abuse & Neglect*. 2018;79:413-422.