

Les agressions sexuelles sur mineurs : une série marocaine.

Résumé :

Introduction

Les agressions sexuelles sur mineurs constituent un problème majeur de santé publique, aux conséquences cliniques et développementales importantes. L'objectif de l'étude est de déterminer les caractéristiques épidémiologiques et cliniques des mineurs victimes d'agressions sexuelles.

Méthodes

Cette étude rétrospective et descriptive porte sur 31 patients victimes d'abus sexuels, suivis en pédopsychiatrie sur une période de deux ans (2024-2025) à l'hôpital Ibn Nafis du Centre Hospitalier Universitaire Mohammed VI de Marrakech.

Résultats

La population, majoritairement adolescente (âge médian : $13,3 \pm 3$ ans), présente une légère prédominance féminine (55 %), sans profil spécifique des victimes, suggérant un retard de révélation. Des antécédents personnels (49 %), familiaux (44 %) et d'abus sexuels (25 %) sont fréquemment retrouvés. Les manifestations cliniques sont dominées par des formes aiguës, notamment l'état de stress aigu (≈ 61 %). Le retentissement est global, associant troubles anxiodépressifs, manifestations somatiques (≈ 75 %), altérations fonctionnelles avec déscolarisation (38 %), ainsi que des atteintes de l'estime de soi (75 %), de l'image corporelle (45 %), du développement affectif (40–50 %) et psychosexuel (≈ 30 %). Un taux élevé de décrochage du suivi est observé.

Conclusion

Les agressions sexuelles constituent un facteur de risque psychopathologique majeur à retentissement global. Ces résultats soulignent la nécessité d'un repérage précoce, d'une prise en charge multidisciplinaire coordonnée et d'un suivi prolongé afin de prévenir la chronicisation et soutenir le développement des mineurs victimes.

Mots-clés : Agressions sexuelles sur mineurs ; Psychotraumatisme ; État de stress aigu ; Adolescents ; Retentissement développemental.

1.Introduction

Les agressions sexuelles sur mineurs (ASM) sont définies par le DSM-5 comme tout acte sexuel imposé à un enfant pour la gratification d'un tiers. L'Organisation mondiale de la santé (OMS) estime que 150 millions de filles et 73 millions de garçons de moins de 18 ans auraient été victimes de viols ou d'autres formes d'agression sexuelle à un moment donné de leur vie [1]. Par ailleurs, les données de l'UNICEF indiquent que seule une très faible proportion des victimes, souvent inférieure à 5 %, accède à une aide professionnelle [2]. Au Maroc, ce fléau est en augmentation, des statistiques officielles du ministère de la Justice et de la présidence du ministre public avaient noté 3213 cas de violences sexuelles sur mineurs en 2018 contre 2403 cas en 2017 [3]. Les conséquences psychiques peuvent être immédiates (état de stress aigu) ou s'inscrire dans la durée (états de stress post-traumatique, dépression, troubles anxieux, tentatives de suicide, addictions), modifiant parfois durablement la personnalité de la victime. L'objectif de cette étude est de décrire les caractéristiques épidémiologiques, cliniques, thérapeutiques et évolutives des enfants et adolescents victimes d'agressions sexuelles en consultation ambulatoire pédopsychiatrique de l'Hôpital Ibn Nafissau CHU Mohammed VI, Marrakech.

2. Matériel et Méthodes

2.1. Le design de l'étude

Il s'agit d'une étude rétrospective, descriptive et analytique, basée sur l'analyse systématique de 31 dossiers cliniques. La collecte de données a été réalisée sur une période s'étalant du 1er janvier 2024 au 31 décembre 2025, au sein de l'unité universitaire pédopsychiatrique de l'Hôpital Ibn Nafiss, CHU Mohammed VI de Marrakech. Les données ont été recueillies à l'aide d'un formulaire Google Forms, et l'analyse statistique a été effectuée avec le logiciel Excel.

2.2. Les critères d'inclusion et d'exclusion

Les critères d'inclusion comprenaient : (1) tout patient mineur (<18 ans), (2) avec une notion documentée d'agression sexuelle, quelle qu'en soit la forme, (3) ayant bénéficié d'une évaluation diagnostique psychiatrique complète, et (4) consultant au service de pédopsychiatrie dans ce contexte. Étaient exclus les patients consultant pour d'autres motifs primaires (violences physiques isolées, troubles pédopsychiatriques sans contexte traumatique documenté).

2.3. Les variables recueillies

Les variables recueillies portaient sur : les données sociodémographiques (médiane d'âge, sexe, milieu socio-économique, structure et cohésion familiale) ; les caractéristiques de l'agression (type d'actes, fréquence, nature de la relation avec l'agresseur, contexte de révélation) ; les antécédents personnels et familiaux, les diagnostics psychiatriques établis selon les critères du DSM-5 lors des consultations ; et les différentes dimensions du retentissement clinique (psychique, fonctionnel, somatique, développemental).

2.4. Les considérations éthiques

Tous les participants ont été informés des modalités et des objectifs de l'étude et ont donné leur consentement pour la collecte de leurs informations. L'enquête était anonyme et sans aucune incitation. La confidentialité des informations des participants a été respectée. Notre étude a été réalisée en accord avec les normes éthiques.

3. Résultats

3.1. Les données sociodémographiques et contextuelles

La population étudiée présente une médiane d'âge de $13,3 \pm 3$ ans avec une légère prédominance féminine (55 % des cas). La majorité des sujets appartient à un milieu socio-économique défavorisé (60 %) et évolue dans un environnement familial perturbé. La demande de prise en charge émane principalement du service de médecine légale (72 %), des parents ou du patient lui-même (18 %), et des instances judiciaires (10 %).

Sur le plan du contexte familial, 61,3 % des patients vivent au sein de familles non séparées. Une altération significative de la cohésion familiale est retrouvée dans 75 % des cas, caractérisée par des conflits intrafamiliaux récurrents, une instabilité relationnelle ou un climat d'insécurité, avec une notion de maltraitance et de négligence associée dans 71 % des cas.

3.2. Les antécédents personnels et familiaux

Des antécédents psychiatriques personnels sont retrouvés chez 49 % des patients, dominés par des troubles de l'humeur (32 %), des troubles neurodéveloppementaux (10 %) et des troubles du comportement (3 %). Des antécédents personnels d'agressions sexuelles préalables sont rapportés chez 25 % des patients. Des antécédents familiaux psychiatriques sont présents dans 44 % des cas,

principalement des troubles dépressifs (20 %), des troubles organiques (12 %) et des troubles anxieux (5 %).

3.3. Les caractéristiques des agressions

Les formes d'agressions sont variées : attouchements isolés (30 %), association attouchements-pénétration (60 %), et exploitation sexuelle incluant l'exposition à des contenus pornographiques (environ 10 %). Les agressions sont répétées dans 49 % des cas. L'agresseur est dans la grande majorité des cas, une personne connue de la victime (87 %), appartenant à l'entourage familial (22 %) ou social proche. Les faits se déroulent hors du domicile familial et hors du cadre scolaire dans 71 % des situations.

3.4. Le profil clinique

Sur le plan clinique, l'état de stress aigu, défini selon les critères du DSM-5 (durée < 1 mois), constitue le diagnostic principal, retrouvé dans 61,3 % des cas (n = 19), avec des durées d'évolution entre 2 et 3 semaines chez la majorité de nos patients. Cette prévalence élevée reflète la proximité temporelle entre l'événement traumatique et la consultation. Le trouble dépressif caractérisé est identifié dans 35,5 % des cas (n = 11). Le trouble de stress post-traumatique évoluant depuis plus d'un mois est retrouvé dans 29 % des cas (n = 9).

Les comorbidités psychiatriques sont fréquentes. L'usage de substances psychoactives concerne 16,1 % des patients. Des troubles dissociatifs sont observés dans 10 % des cas, tandis que des troubles du comportement alimentaire sont retrouvés dans 6,5 % des cas. Un trouble anxieux isolé et un trouble neurologique fonctionnel sont retrouvés chacun dans 3,2 % des cas. Plusieurs patients présentent des associations de troubles.

3.5. Le retentissement développemental

Le retentissement individuel sur le sujet est multidimensionnel et concerne la majorité des patients (environ 85 %). Sur le plan psychique, une symptomatologie anxieuse, des troubles de l'humeur et des difficultés relationnelles sont prédominantes. Un retentissement fonctionnel est objectivé dans près de la moitié des cas, se traduisant par un retrait social, une altération du fonctionnement global, et des difficultés scolaires significatives. Une déscolarisation totale ou partielle est observée dans 38 % des cas.

Le retentissement somatique concerne environ 75 % des patients, avec des troubles du sommeil, des plaintes somatiques fonctionnelles (céphalées, douleurs abdominales), des troubles de l'appétit et une fatigue persistante.

Enfin, un retentissement développemental psychoaffectif est fréquemment observé, avec une altération de l'image du corps chez environ 45 % des patients et de l'estime de soi chez 75 % des patients, associée à des sentiments de culpabilité, de honte et de dévalorisation. Des perturbations du développement affectif sont également retrouvées chez près de 40 à 50 %, incluant des difficultés d'attachement, une méfiance interpersonnelle et des troubles de la régulation émotionnelle. Un impact sur le développement psychosexuel est noté dans environ 30 % des cas, se manifestant par des comportements sexualisés inadaptés, une inhibition ou des conduites à risque.

3.6. L'évolution et le suivi.

Le suivi a pu être maintenu pour 40 % des cas, avec un taux important de perte de vue (60 %). Concernant les procédures judiciaires, les informations n'étaient pas disponibles. Les causes de décrochage du suivi sont généralement, le sentiment de honte familial et personnel, la culpabilité, la

peur du jugement social, la pression familiale, le déménagement, le non-accrochage des parents au suivi et la perte de vue à l'âge de transition.

4. Discussion

Les **ASM** se définissent comme tout acte à caractère sexuel imposé à un enfant ou un adolescent, avec ou sans contact, dans un contexte d'asymétrie de pouvoir, de contrainte, de manipulation ou d'incapacité de consentement. Elles englobent un spectre large allant des attouchements aux viols, en passant par l'exploitation sexuelle et l'exposition à des contenus à caractère sexuel. Au-delà de leur dimension pénale, elles constituent une atteinte majeure à l'intégrité physique et psychique de l'enfant, avec des conséquences potentiellement durables sur le développement.

La reconnaissance des ASM a connu un tournant majeur en 1989, marqué par la Convention relative aux droits de l'enfant, qui consacre le droit de l'enfant à être protégé contre toute forme de violence, y compris sexuelle. Depuis les années 2000, les législations se sont renforcées avec une meilleure définition des infractions, un durcissement des sanctions et le développement de dispositifs de signalement et de prise en charge. Cette évolution traduit une reconnaissance croissante des agressions sexuelles comme violences graves nécessitant une réponse coordonnée, médico-légale et thérapeutique.

Dans ce contexte, l'analyse de notre cohorte permet d'éclairer les caractéristiques cliniques et les enjeux de prise en charge des mineurs victimes d'agressions sexuelles, à la lumière des données actuelles.

Le profil épidémiologique et les caractéristiques de la population

Notre cohorte, composée de 31 patients sur deux ans, retrouve une médiane d'âge de $13,3 \pm 3$ ans avec une prédominance féminine de 55 %. Ces données s'inscrivent globalement dans les tendances de la littérature, tout en montrant certaines particularités.

L'âge observé est supérieur à celui rapporté dans plusieurs études, notamment tunisiennes (âge moyen ≈ 10 ans ; 60 % entre 12–18 ans)[4] et algériennes ($11,7 \pm 4,4$ ans)[5], ainsi qu'aux données de l'enquête IPSOS situant les premières violences autour de 10 ans. Cet écart suggère un retard de révélation et de prise en charge, probablement lié au tabou, à la stigmatisation, à une orientation fréquente via le médico-légal, et à une consultation souvent motivée par l'apparition de symptômes cliniques.

La prédominance féminine (55 %), bien que concordante avec les tendances internationales, reste inférieure aux estimations globales (jusqu'à ≈ 80 % de filles selon l'UNICEF)[2]. Cette différence peut refléter une sous-déclaration chez les filles, des biais de recrutement hospitalier et des facteurs socioculturels influençant la révélation des agressions et l'accès aux soins.

Ainsi, ces résultats suggèrent que notre cohorte ne reflète pas la prévalence réelle des ASM, mais plutôt la part visible et médicalisée du phénomène, soulignant l'intérêt d'améliorer le dépistage systématique, améliorer la coordination médico-légale et sanitaire et l'accès aux dispositifs de prise en charge.

Les modalités de révélation et le délai de prise en charge

Le mode de révélation des faits, souvent indirect et médié par l'entourage ou les instances médico-légales (72%) dans notre série, est également décrit dans la littérature. Plusieurs études montrent que les violences sexuelles chez l'enfant sont fréquemment révélées tardivement, en raison de la peur des répercussions, de la culpabilité, de la nature de la relation avec l'agresseur et la crainte de la

désintégration familiale. Ce délai entre la survenue des faits et la prise en charge constitue un facteur aggravant majeur, favorisant la chronicisation des symptômes[6,7].

Les facteurs environnementaux et la vulnérabilité psychopathologique

Les caractéristiques des agressions observées, marquées par la répétition (51%) des faits, avec 87 % d'agresseurs connus, dont 22 % appartenant à la sphère familiale, sont concordantes avec les données de la littérature. Selon l'enquête IPSOS 2019, la majorité des violences sexuelles sont faites sur des enfants de moins de 10 ans, et des filles dans 83% des cas, ces violences sont incestueuses dans 44% des cas, l'agresseur est un homme dans 9 cas sur 10, mineur dans 30% des cas, 5% des victimes étaient en situation de handicap au moment des violences. Ce contexte de violation de la confiance par une figure relationnelle proche est associé à une majoration du retentissement psychique et à un risque accru de chronicisation des troubles [8,9].

L'altération de la cohésion familiale, retrouvée dans 75 % de notre cohorte, constitue un facteur de vulnérabilité majeur, à l'inverse, un environnement familial sécurisant et un soutien post-traumatique adapté constituent des facteurs protecteurs contre la chronicisation des troubles[10].

Ces éléments s'éclairent à la lumière de la théorie de l'attachement de Bowlby (1969). Lorsque les figures d'attachement primaires sont défaillantes, absentes ou directement impliquées dans le traumatisme, les capacités de résilience de l'enfant sont altérées. Dans ces configurations-là, ce qui est atteint ne se limite pas à la mémoire de l'événement, mais concerne plus largement les systèmes qui organisent la régulation émotionnelle, la perception de soi, les capacités de mentalisation de l'enfant et la manière d'entrer et de rester en lien avec autrui. La possibilité d'éprouver le lien comme un espace stable, prévisible et suffisamment sécurisant, est mise à mal, ce qui favorise l'émergence de formes plus sévères et complexes de psychotraumatisme[6,11].

Les antécédents d'agressions sexuelles (25 %) constituent un facteur particulièrement péjoratif, et sont classiquement associés à des tableaux plus complexes, marqués par des manifestations dissociatives, des troubles du comportement et un retentissement développemental plus important.

Les antécédents familiaux psychiatriques (44 %), dominés par les troubles dépressifs et anxieux, suggèrent l'existence de facteurs à la fois génétiques et environnementaux (climat émotionnel, modèles de coping, qualité de l'attachement), susceptibles d'influencer la réponse au traumatisme. Ils peuvent contribuer à la sévérité des symptômes, mais aussi à la capacité d'accès et d'adhésion aux soins.

Ainsi, l'ensemble de ces antécédents participe à moduler le profil clinique observé, en influençant à la fois la nature, l'intensité et l'évolution des manifestations psychopathologiques.

Le profil clinique

Les résultats de notre étude mettent en évidence une prédominance de l'état de stress aigu (61,3%), traduisant une exposition récente au traumatisme, contre une proportion moindre de troubles de stress post-traumatique.

L'état de stress aigu survient au décours immédiat des faits et dans les heures et jours suivants <1 mois. Il s'agit de troubles anxieux majeurs, où dominent des comportements d'évitement phobique, des pensées intrusives (ruminations, cauchemars traumatiques, flashbacks), et des signes somatiques (hypervigilance, état d'alerte et troubles du sommeil : réveils, insomnies). Le sentiment d'effraction témoigne du traumatisme comme la sensation d'un corps étranger interne, invivable. L'adolescent est habité par les faits et peut osciller entre isolement anxieux et dépressif (culpabilité), et besoin fusionnel de protection parfois assez régressif.

Cette distribution s'inscrit dans le continuum décrit par le DSM-5, selon lequel les réactions précoces au traumatisme peuvent évoluer vers des formes chroniques en l'absence de prise en charge adaptée.

D'où l'intérêt d'une coordination structurée entre les services médico-légaux et les structures de soins

des enfants et adolescents victimes d'agressions sexuelles. Elle facilite un accès précoce à une prise en charge adaptée, limite les ruptures de suivi et contribue à réduire le risque de stigmatisation et d'évolution défavorable.

Les comorbidités psychiatriques

La fréquence des troubles dépressifs et des comorbidités observées chez une proportion significative de nos patients présentant des agressions répétées (51 %), est également en accord avec la littérature. La méta-analyse de Hashim et al. Portant sur 78 études et 189 393 sujets, a mis en évidence une corrélation positive entre les agressions sexuelles et l'ensemble du spectre psychopathologique de l'adolescent (dépression, trouble de stress post traumatique, idéations suicidaires, usage de substances, comportements sexuels à risque), avec des tailles d'effet importantes (IC 95 % [0,04-0,28])[12]. Ceci peut être expliqué par les remaniements neurophysiologiques profonds et dynamiques liés à l'adolescence, notamment le décalage de maturation entre les structures impliquées dans le traitement des émotions et de la récompense (l'amygdale et le noyau accumbens), qui atteignent une maturité fonctionnelle relativement précoce, par rapport au cortex préfrontal, siège des fonctions exécutives telles que l'inhibition, la planification et la régulation émotionnelle, qui mûrit plus tardivement (jusqu'à ~25 ans).

La neuroplasticité maximale, marquée par un élagage synaptique intense et une myélinisation progressive, confère au cerveau adolescent une capacité remarquable de réorganisation et d'apprentissage, mais constitue un facteur de vulnérabilité en cas d'exposition à des stress chroniques ou à des expériences traumatiques, susceptibles d'altérer durablement les circuits neuronaux en développement et favoriser l'émergence de troubles dépressifs, anxieux et de comportement. L'association entre état de stress post traumatique et usage de substances retrouvée chez 16,1 % de notre population, peut être comprise comme une stratégie dysfonctionnelle d'adaptation face à la détresse émotionnelle et à la reviviscence traumatique[13]. L'hyperréactivité du système de récompense, sous-tendue par des modifications du fonctionnement dopaminergique, favorise l'exploration, l'apprentissage et l'autonomisation, mais expose également à des conduites à risque et à une vulnérabilité accrue aux comportements addictifs.

Les troubles des conduites alimentaires (TCA), retrouvés dans 6,5 % de notre cohorte, sont également en cohérence avec les données de la littérature. L'umbrella review de Hailes et al. établit une association significative entre ASM et TCA, qui s'inscrit dans le cadre des troubles de l'image corporelle et de la régulation des affects caractéristiques du psychotraumatisme complexe[14].

Le retentissement développemental

Le retentissement multidimensionnel observé dans notre étude s'explique par l'interaction des facteurs neurophysiologiques spécifiques à l'adolescence décrits ci-haut, les modifications fonctionnelles et psychiques des psycho-traumatismes, et les facteurs environnementaux, en cohérence avec les modèles actuels du traumatisme développemental.

L'exposition à un traumatisme sexuel durant l'enfance induit des altérations structurelles et fonctionnelles des mécanismes impliqués dans la régulation émotionnelle, la mémoire et la réponse au stress. Murphy et al. ont synthétisé les données sur la dysrégulation de l'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien (HHS), et des perturbations du feedback glucocorticoïde, conduisant à un état d'hyperréactivité chronique au stress[15].

Ces perturbations neuroendocrinologiques s'accompagnent de modifications volumétriques de l'hippocampe (impliqué dans la consolidation mnésique et la contextualisation des souvenirs traumatiques), de l'amygdale (réponse à la peur et conditionnement au stress) et du cortex préfrontal médian (Extinction de la réponse conditionnée et contrôle inhibiteur de l'amygdale). La revue de

Teicher et Samson, a mis en évidence des altérations de la connectivité entre ces régions chez les enfants victimes de maltraitance, corrélées à la sévérité des symptômes dissociatifs et post-traumatiques[16].

Sur le plan somatique, les troubles du sommeil et les plaintes fonctionnelles sont fréquents, notamment chez l'enfant, chez qui l'expression du traumatisme est souvent corporelle[17].

Le retentissement développemental constitue un élément particulièrement important. L'altération de l'image de soi et de l'estime de soi (75%), associée à des sentiments de honte et de culpabilité, est largement rapportée chez les enfants victimes de violences sexuelles [18]. Le retentissement sur le développement sexuel, observé chez certains patients, est également en accord avec les données de la littérature, qui décrivent des comportements sexualisés inadaptés ou, à l'inverse, une inhibition. Ces manifestations traduisent une désorganisation des repères corporels et affectifs dans une période développementale marquée par un questionnement sur soi, son image corporelle et son désir, une hypersensibilité au regard d'autrui, ainsi qu'une ambivalence (besoin d'attachement mais aussi de séparation et d'autonomisation) et s'intègrent dans les conséquences du traumatisme complexe [19,20], décrit lors d'expositions répétées dans un contexte relationnel pathologique [9,11].

Les ASM constituent un facteur de risque majeur et transversal de psychopathologie. Ils sont associés à une augmentation significative des troubles psychoaffectifs, du trouble de stress post-traumatique, des conduites addictives, des troubles du comportement ainsi que des conduites suicidaires. Cette vulnérabilité s'explique par l'impact du traumatisme sur les systèmes de régulation émotionnelle, les processus cognitifs et la construction de l'identité, dans une période développementale particulièrement sensible.

Au-delà des manifestations cliniques immédiates ou différées, les ASM s'inscrivent fréquemment dans des dynamiques de transmission transgénérationnelle du traumatisme.

La répétition des agressions sexuelles peut s'observer selon différentes modalités. Elle peut relever d'une répétition traumatique, où des expériences non intégrées sont rejouées de manière inconsciente, exposant le sujet à des situations de revictimisation. Elle peut également s'inscrire dans des processus d'identification à l'agresseur, concept décrit par Sándor Ferenczi, où l'enfant, confronté à une situation de domination extrême, internalise la position de l'agresseur comme modalité de défense face à l'angoisse, pouvant secondairement se traduire par des conduites agressives ou des passages à l'acte. Ces phénomènes s'intègrent dans le cadre plus large du traumatisme complexe, caractérisé par une exposition répétée à des violences interpersonnelles dans un contexte relationnel pathologique. Ils soulignent que les agressions sexuelles ne se limitent pas à un événement isolé, mais peuvent s'inscrire dans des trajectoires développementales marquées par la chronicité, la désorganisation des liens et la persistance des vulnérabilités.

Les ASM constituent un facteur de risque indépendant et majeur pour le développement du trouble de personnalité borderline (TPB), avec une prévalence d'antécédents de violences sexuelles chez 40 à 71 % des sujets diagnostiqués avec un TPB. La triade clinique dissociation-dérégulation émotionnelle-difficultés relationnelles, observée dans notre cohorte, s'inscrit dans ce continuum psychopathologique.

Le retentissement scolaire et fonctionnel

Un retentissement scolaire pouvant aller jusqu'à des situations de déscolarisation a été observé dans 38% des cas. Ces résultats sont en accord avec la littérature récente, qui souligne que l'exposition à des violences sexuelles, est associée à des troubles post-traumatiques, anxieux et dépressifs, qui s'accompagnent de difficultés de concentration, de troubles attentionnels et mnésiques, ainsi que d'une baisse des performances académiques [21,22].

À cela s'ajoutent des manifestations comportementales, telles que le retrait social, l'évitement ou au contraire l'agitation, pouvant entraîner des difficultés d'adaptation en milieu scolaire et favoriser l'absentéisme [23].

La déscolarisation, constitue un marqueur de gravité, souvent en lien avec une symptomatologie sévère ou une absence de repérage et de prise en charge précoce, d'où le rôle du milieu scolaire comme espace de repérage et de soutien, les professionnels de l'éducation étant souvent parmi les premiers à identifier les signes de souffrance psychique [24].

Les approches thérapeutiques

La prise en charge durant la phase immédiate observée dans notre étude repose sur l'alliance thérapeutique, la psychoéducation, la psychothérapie de soutien, des groupes de parole avec des ateliers de compétences psychosociales favorisant la mobilisation des capacités de résilience.

Un traitement médicamenteux, notamment des antihistaminiques H1 pour les troubles du sommeil, des inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS) et Neuroleptique atypique (NL), étaient associés dans certains cas de comorbidités dépressives ou anxieuses ou de symptomatologie sévère, (Risperidone 0,5 à 1,5 mg) bien que son utilisation reste ponctuelle et complémentaire à la psychothérapie. Les recommandations internationales déconseillent l'usage des benzodiazépines dans le trouble de stress aigu et le trouble de stress post-traumatique (TSPT). Leur utilisation doit rester exceptionnelle, limitée à des situations aiguës d'anxiété ou d'insomnie sévères, pour une durée brève et sous surveillance spécialisée, en raison de l'absence d'efficacité sur les symptômes centraux, du risque de dépendance, d'effets paradoxaux et de leur possible interférence avec les processus d'élaboration du trauma.

La réhabilitation du traumatisme constitue l'objectif central après la phase aiguë. Elle vise la réintégration du vécu traumatique dans une continuité psychique supportable, sans envahissement ni évitement.

Sur le plan psychothérapeutique, les approches centrées sur le trauma permettent une élaboration progressive de l'événement, en transformant les souvenirs traumatiques fragmentés et sensoriels en une narration intégrée. Ce travail s'accompagne d'une diminution des reviviscences, de l'hypervigilance et de l'évitement, ainsi que d'un renforcement des capacités de régulation émotionnelle. La restauration d'un sentiment de sécurité interne constitue un préalable indispensable. L'implication de la famille est essentielle afin de soutenir l'environnement affectif et limiter les facteurs de maintien.

La relaxation thérapeutique méthode Bergès est également proposée, comme approches psycho-corporelle visant la réappropriation du corps et des affects, souvent altérés après une agression sexuelle. Le travail thérapeutique vise à atténuer le vécu de honte, de culpabilité et de dévalorisation, et à restaurer une image de soi plus stable à travers une relation thérapeutique sécurisante.

Le suivi :

Le suivi n'a pas pu être maintenu pour la majorité des cas avec un taux important de perte de vue (60 %). Le taux moindre de décrochage par rapport à la littérature internationale peut être expliqué par un accès aux soins psychiques se faisant trop souvent en situation d'urgence et de manifestations aiguës, or une évaluation du décrochage ne peut être définitive qu'après plusieurs mois, voire années, car le traumatisme peut ressurgir à l'adolescence après une phase de « latence » [25].

Une étude Tunisienne montre que bien qu'une amélioration initiale soit souvent notée, 91,2 % des patients sont finalement perdus de vue [26]. Cela démontre que la réponse médicale à l'urgence aiguë

ne garantit absolument pas l'adhésion au processus de cicatrisation psychique, beaucoup plus long. Après l'épisode aigu, la famille a tendance à vouloir retourner au secret pour préserver son équilibre ou par peur de la stigmatisation sociale particulièrement en cas d'inceste[25,26].

L'étude de Casablanca rappelle que la pauvreté (56 % des cas) et les problèmes d'instabilité familiale (divorce, décès) sont des facteurs prédisposants qui compliquent l'accès régulier aux soins [27].

Nos résultats rejoignent ceux de la littérature internationale concernant la difficulté à assurer la continuité des soins par manque de coordination et de coopération entre les instances juridiques, sanitaires et sociales.

Face à ces constats, nos perspectives seraient :

Structurer des circuits de prise en charge clairs et fluides, depuis le repérage jusqu'au suivi spécialisé, afin de limiter les pertes de vue et les ruptures de parcours.

Mettre en place des équipes référentes pluridisciplinaires, formées au psychotraumatisme de l'enfant et de l'adolescent, assurant la coordination entre les différents acteurs.

Renforcer la sensibilisation aux droits de l'enfant, tant auprès des professionnels que du grand public, afin de favoriser le repérage précoce et la protection des victimes.

Consolider le cadre juridique et organisationnel, en facilitant les échanges encadrés entre les secteurs judiciaire et sanitaire, dans le respect du secret professionnel et de l'intérêt supérieur de l'enfant.

Former les professionnels de première ligne (médecins généralistes, pédiatres, urgentistes, personnel scolaire) au **repérage et au dépistage systématique** des violences sexuelles, afin d'améliorer l'identification précoce et l'orientation vers des structures spécialisées.

Conclusion :

Notre étude met en évidence la prédominance des formes aiguës, dominées par l'état de stress aigu, un retentissement développemental important et un taux élevé de décrochage du suivi. Elle souligne également l'absence de profil spécifique des victimes, tout enfant pouvant être concerné par des agressions sexuelles.

Ces résultats mettent en avant la nécessité d'un repérage précoce, d'une coordination renforcée entre les secteurs juridique, sanitaire et social afin de garantir un accès rapide aux soins et de prévenir la chronicisation, ainsi que de stratégies visant à améliorer l'adhésion thérapeutique et la continuité du suivi.

Points clés :

- **L'agression sexuelle ne se limite pas à l'acte sexuel** : elle s'inscrit dans une dynamique de violence, de contrainte et d'emprise, avec un impact psychique et relationnel majeur.
- **Absence de profil type des victimes** : tout enfant ou adolescent peut être concerné, indépendamment de caractéristiques individuelles spécifiques.
- **Facteur de risque psychopathologique majeur** : association à de nombreux troubles (anxiété, dépression, ESPT, conduites addictives et à risque).
- **Retentissement développemental** : atteinte globale touchant les sphères psychique, somatique, fonctionnelle et développementale.
- **Nécessité d'une approche multidisciplinaire** : dépistage précoce et prise en charge coordonnée impliquant les acteurs juridiques, médicaux et sociaux.

Déclaration de liens d'intérêts : Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

Références

1. Krug EG, et al. Rapport mondial sur la violence et la santé. Genève: Organisation mondiale de la Santé; 2002,
2. **UNICEF**. A Familiar Face: Violence in the Lives of Children and Adolescents. New York: United Nations Children's Fund; 2017.
3. Association Amane. (2019). Les violences sur les enfants : un fléau qui se propage sous le silence. <http://amanemena.org/sexuelles-sur-enfants-un-fleau-qui-se-propage-sous-le-silence/>.
4. Rim Ben Soussia et al. Aspects épidémiocliniques et suites judiciaires des abus sexuels chez les mineurs à Monastir, Tunisie. *Pan African Medical Journal*. 2021;38(105). 10.11604/pamj.2021.38.105.21766
5. Y. Zerairia, F. Guehria, Y. Mellouki, L. Sellami, F. Kaious, A. Aouadi, H. Frigaa, N. Belkhedja, L. Saker, A. Zetili, A. Mira, Les enfants victimes d'abus sexuels : données sociodémographiques et cliniques de 94 cas colligés dans le service de médecine légale du centre hospitalo-universitaire d'Annaba, Algérie, *Archives of Legal Medicine*, Volume 15, Issue 1, 2024.
6. Cicchetti D, Toth SL. Child maltreatment and developmental psychopathology. *Dev Psychopathol*. 2005;17(2):541–62.
7. London K, Bruck M, Ceci SJ, Shuman DW. Disclosure of child sexual abuse. *Psychol Bull*. 2005;131(2):194–226.
8. Kessler RC, Sonnega A, Bromet E, Hughes M, Nelson CB. Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry*. 1995;52(12):1048–60.
9. Herman JL. Complex PTSD: a syndrome in survivors of prolonged trauma. *J Trauma Stress*. 1992;5(3):377–91.
10. Cloitre M, Garvert DW, Brewin CR, Bryant RA, Maercker A. Evidence for proposed ICD-11 PTSD and complex PTSD. *World Psychiatry*. 2013;12(3):258–69.
11. Bowlby J. *Attachment and Loss. Vol. 1: Attachment*. New York: Basic Books; 1969.
12. Hashim M, Iqbal N, Halligan S, Alimoradi Z, Pfaltz M, Farooqi SR, Khan I, Galán CA, Vostanis P. Association of Childhood Sexual Abuse with Adolescent's Psychopathology: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Trauma Violence Abuse*. 2025 Jul;26(3):483–496. doi: 10.1177/15248380241281365. Epub 2024 Sep 25. PMID: 39323210.
13. van der Kolk BA. Developmental trauma disorder. *Psychiatr Ann*. 2005;35(5):401–8.
14. Hailes, H. P., et al. "Long-Term Outcomes of Childhood Sexual Abuse: An Umbrella Review." *Lancet Psychiatry*, vol. 6, no. 10, Elsevier, 2019, pp. 830–39.
15. Murphy MO, Cohn DM, Loria AS. Developmental origins of cardiovascular disease: impact of early life stress in humans and rodents. *Neurosci Biobehav Rev*. 2017;74(Pt B):453–465. doi:10.1016/j.neubiorev.2016.07.018

16. Teicher MH, Anderson CM, Polcari A. Childhood maltreatment is associated with reduced connectivity in brain networks. *Proc Natl Acad Sci USA*. 2014;111(50):E5636–E5645. doi:10.1073/pnas.1410816111
17. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)*. 5th ed. Washington DC; 2013.
18. Trickett PK, Noll JG, Putnam FW. The impact of sexual abuse on female development. *Dev Psychopathol*. 2011;23(2):453–76.
19. Khantzian EJ. The self-medication hypothesis of substance use disorders. *Am J Psychiatry*. 1997;152(11):1259–64.
20. Kendall-Tackett KA, Williams LM, Finkelhor D. Impact of sexual abuse on children. *Psychol Bull*. 1993;113(1):164–80.
21. Perfect MM, Turley MR, Carlson JS, Yohanna J, Saint Gilles MP. School-related outcomes of traumatic event exposure. *J Sch Psychol*. 2016;55:1–16.
22. De Bellis MD, Zisk A. The biological effects of childhood trauma. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. 2014;23(2):185–222.
23. Porche MV, Fortuna LR, Lin J, Alegria M. Childhood trauma and school outcomes. *J Interpers Violence*. 2011;26(17):3392–412
24. Crosby SD. An ecological perspective on emerging trauma-informed teaching practices. *Child Youth Serv Rev*. 2015;57:223–30.
25. Boudabous J, Khemakhem K, Hamza D, Kraiem M, Ayadi H, Moalla Y. Violence sexuelle en milieu scolaire : étude de 30 dossiers d'expertises psychiatriques. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*. 2024;72:120–126.
26. Boussaid M, Guedria A, Manaa R, Soiniya R, Aissaoui A. Profil sociodémographique et clinique des enfants examinés en pédopsychiatrie dans un cadre médico-légal. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*. 2024;72:327–333.
27. Khaoulaa Gharib et al. *La maltraitance physique et sexuelle chez l'enfant : Experience Marocaine, Revue Marocaine de Santé Publique 2022, vol 9 , n°15.*