

# Table des matières

---

<b>1. INTRODUCTION .....</b>	<b>29</b>
<b>2. GÉNÉRALITÉS.....</b>	<b>30</b>
2.1. LES DIFFÉRENTS TRAUMATISMES DE L'ENFANCE .....	30
2.1.1. <i>La maltraitance : définition</i> .....	30
2.1.1.1. La maltraitance physique .....	31
2.1.1.2. La maltraitance psychologique .....	32
2.1.1.3. La maltraitance sexuelle .....	32
2.1.1.4. La négligence.....	33
2.1.2. <i>Les dysfonctionnements familiaux</i> .....	34
2.1.3. <i>Le syndrome de stress post traumatique</i> .....	34
2.2. PRISE EN CHARGE DES TRAUMATISMES DE L'ENFANCE .....	36
2.2.1. <i>Prise en charge juridique des traumatismes sexuels de l'enfance</i> .....	36
2.2.2. <i>Les recommandations actuelles concernant la prise en charge de la maltraitance sexuelle</i> .....	37
2.2.2.1. Y penser.....	37
2.2.2.2. Aborder la maltraitance sexuelle .....	38
2.2.2.3. Orienter et accompagner les victimes de maltraitements sexuelles .....	38
2.2.2.4. Traiter les victimes des maltraitements sexuelles.....	39
<b>3. MATÉRIELS ET MÉTHODES.....</b>	<b>40</b>
<b>4. RÉSULTATS .....</b>	<b>43</b>
4.1. PREMIÈRE PARTIE : RELATIONS ENTRE TRAUMATISMES DE L'ENFANCE ET PATHOLOGIES À L'ÂGE ADULTE.....	43
4.1.1. <i>Les études illustratrices du concept</i> .....	43
4.1.1.1. L'étude d'ACE Study, Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults, Vincent J. Felitti [1]. .....	43
4.1.1.2. The impact of adverse childhood experiences on health problems : evidence from four birth cohort dating back to 1900, DUBE Shanta [13] .....	44

4.1.2. <i>Le lien entre traumatismes de l'enfance et pathologies à l'âge adulte</i> .....	45
4.1.2.1. Liens entre traumatismes de l'enfance et pathologies neuro-psychiatriques.....	45
4.1.2.1.1. Liens entre traumatismes de l'enfance et troubles mentaux .....	45
4.1.2.1.2. Liens entre traumatismes de l'enfance et hallucinations visuelles ou/et auditives.....	46
4.1.2.1.3. Liens entre traumatismes de l'enfance et troubles du sommeil .....	47
4.1.2.1.4. Liens entre traumatismes de l'enfance et migraine.....	49
4.1.2.2. Liens entre traumatismes de l'enfance et pathologies pulmonaires .....	51
4.1.2.2.1. Liens entre traumatismes de l'enfance et broncho-pneumopathie obstructive chronique (BPCO).....	51
4.1.2.2.2. Liens entre traumatismes de l'enfance et cancer pulmonaire [20].....	52
4.1.2.2.3. Liens entre traumatismes de l'enfance et asthme [21].....	52
4.1.2.3. Liens entre traumatismes de l'enfance et pathologies cardiovasculaires .....	53
4.1.2.3.1. Liens entre traumatismes de l'enfance et hypertension artérielle [22].....	53
4.1.2.3.2. Liens entre traumatismes de l'enfance et diabète de type 2.....	54
4.1.2.3.3. Liens entre traumatisme de l'enfance et infarctus [24].....	55
4.1.2.3.4. Liens entre traumatismes de l'enfance et maladies auto-immune.....	56
4.1.3. <i>Liens entre traumatismes de l'enfance et conduites à risque</i> .....	58
4.1.3.1. Liens entre traumatisme de l'enfance et addictions .....	58
4.1.3.1.1. Liens entre traumatismes de l'enfance et tabac [26].....	58
4.1.3.1.2. Liens entre traumatisme de l'enfance et anomalie de l'indice de masse corporelle (IMC).....	59
4.1.3.1.3. Liens entre traumatismes de l'enfance et alcool [28].....	59
4.1.3.1.4. Liens entre traumatismes de l'enfance et toxicomanie .....	60
4.1.3.2. Liens entre traumatismes de l'enfance et comportements à risques.....	61
4.1.3.2.1. Liens entre traumatisme de l'enfance et tentative de suicide.....	61
4.1.3.2.2. Liens entre traumatisme de l'enfance et tendance à la conduite à risque.....	62
4.1.3.2.3. Liens entre traumatisme de l'enfance et mort prématurée .....	63
4.1.4. <i>Tableau récapitulatif du lien entre traumatismes de l'enfance et pathologies de l'adulte</i> .....	65
4.1.5. <i>Physiopathologie du lien entre traumatisme de l'enfance et pathologie de l'adulte</i> .....	66
4.1.5.1. Hypothèse comportementale.....	66
4.1.5.2. Hypothèse épigénétique.....	68
4.1.5.3. Traumatisme de l'enfance et dérégulation de l'axe endocrinien hypothalamo-hypophysaire-surrénalien.....	69
4.1.5.4. Traumatismes de l'enfance et dérégulation de l'axe neuroendocrinien du stress.....	71

4.1.5.5. Traumatismes de l'enfance et dérégulation du cycle du cortisol.....	73
4.1.5.6. Traumatismes de l'enfance et neuroplasticité.....	74
4.1.5.7. Stress et pathologies.....	75
4.1.5.7.1. Traumatismes de l'enfance, stress et dépression [35].....	75
4.1.5.7.2. Traumatismes de l'enfance et troubles mnésiques [35].....	75
4.1.5.7.3. Stress et diabète [35].....	76
4.1.5.7.4. Stress et tube digestif [35].....	76
4.2. DEUXIÈME PARTIE : COMMENT DÉPISTER ET PRENDRE EN CHARGE LES TRAUMATISMES DE	
L'ENFANCE ?.....	78
4.2.1. Les signes d'appels et les syndromes.....	78
4.2.2. Les phases d'adaptations au stress de l'enfant expliquant par la suite les symptômes [42].....	80
4.2.3. Etat des lieux du dépistage des traumatismes de l'enfance : trois études.....	81
4.2.3.1. L'étude américaine de Linda Weinreb [43].....	81
4.2.3.2. L'étude de cas de Linda Weinreb [44].....	86
4.2.3.3. L'étude de Richardson J. [45].....	87
4.2.4. Propositions méthodologiques pour les dépistages des traumatismes de l'enfance et la prise en	
charge [12-42-46-annexe 5].....	88
4.2.4.1. Propositions méthodologiques pour l'interrogatoire.....	88
4.2.4.1.1. Les barrières.....	88
4.2.4.1.2. Les méthodes proposées à l'interrogatoire.....	88
4.2.4.1.3. Les remarques concernant l'interrogatoire.....	89
4.2.4.2. Proposition méthodologique pour l'examen clinique.....	89
4.2.4.3. Proposition méthodologique pour la tenue du dossier.....	90
4.2.4.4. Proposition méthodologique pour la prise en charge des victimes après dévoilement.....	90
4.2.4.4.1. Propositions méthodologiques concernant la prise en charge immédiate.....	90
4.2.4.4.2. Les vérifications nécessaires après le dévoilement.....	90
4.2.4.4.3. Propositions méthodologiques pour le suivi du dévoilement.....	91
4.2.4.4.4. Place du judiciaire dans la prise en charge.....	91
4.2.4.4.5. Récapitulatif des recommandations consensuelles des différents auteurs.....	92
4.2.4.5. L'importance d'établir une connexion entre maladie et traumatismes de l'enfance.....	92

4.2.4.6. Difficulté du dévoilement lié à la dissociation : avis d'un expert en psycho-traumatismes, Louis JEHÉL (cf. Annexe 5) .....	93
4.2.4.7. Une aide diagnostique, la triade de l'inceste.....	93
<b>5. DISCUSSION.....</b>	<b>95</b>
5.1. UNE RÉELLE RELATION ENTRE TRAUMATISMES DE L'ENFANCE ET PATHOLOGIES DE L'ADULTE .....	95
5.2. L'OBJECTIF DU DÉPISTAGE DES TRAUMATISMES DE L'ENFANCE .....	100
5.3. QUELLE EST ALORS LA PLACE DU MÉDECIN GÉNÉRALISTE ? QUELLE POURRAIT ÊTRE LA PRISE EN CHARGE QU'IL POURRAIT PROPOSER? .....	101
5.3.1. <i>La demande des victimes</i> .....	101
5.3.2. <i>Le ressenti des médecins généralistes, leurs attitudes actuelles et les causes</i> .....	101
5.3.3. <i>Proposition de recommandations pour le dépistage</i> .....	103
5.3.4. <i>Propositions de recommandations pour la prise en charge des traumatismes de l'enfance</i> .....	105
5.3.5. <i>Les propositions pour améliorer le dépistage et la prise en charge hors contexte du cabinet médical</i> .....	107
5.3.6. <i>Tableau récapitulatif des recommandations pour le dépistage et la prise en charge des traumatismes de l'enfance de l'adulte par le médecin généraliste</i> .....	109
5.4. LES LIMITES DES PROPOSITIONS ET DE L'ÉTUDE.....	110
<b>6. CONCLUSIONS.....</b>	<b>112</b>
<b>7. ANNEXES .....</b>	<b>113</b>
7.1. ANNEXE 1 : TABLEAUX RÉCAPITULATIFS DES ARTICLES.....	113
7.2. ANNEXE 2 : RÉCAPITULATIF DES PEINES ENCOURUS POUR VIOL ET AGRESSIONS SEXUELLES .....	121
7.3. ANNEXE 3: TABLEAU RÉCAPITULATIF DES LIENS ENTRE TRAUMATISMES DE L'ENFANCE ET TROUBLES MENTAUX.....	123
7.4. ANNEXE 4 : ODDS RATIOS DES PATHOLOGIES DE L'ADULTE EN FONCTION DU TYPE DE TRAUMATISMES DE L'ENFANCE.....	125
7.5. ANNEXE 5 : INTERVIEW DE LOUIS JEHÉL, PSYCHIATRE SPÉCIALISÉ EN PSYCHO-TRAUMATISMES, LE 16 DÉCEMBRE 2011 À L'HÔPITAL TENON.....	126

<b>8. BIBLIOGRAPHIE .....</b>	<b>129</b>
TITRE EN ANGLAIS .....	133
RÉSUMÉ EN ANGLAIS.....	133
KEYWORDS: ADVERSE CHILDHOOD EXPERIENCES, ADULT DISEASE, ACE STUDY, GENERAL PRACTITIONER, SCREENING, CARE, PREVENTION .....	133
RÉSUMÉ EN FRANÇAIS.....	134
MOTS-CLÉS : TRAUMATISME DE L'ENFANCE, PATHOLOGIE DE L'ADULTE, ACE STUDY, MÉDECIN GÉNÉRALISTE, DÉPISTAGE, SUIVI, PRÉVENTION .....	134

---

# 1. Introduction

---

Pour de nombreux psychanalystes, l'environnement, le mode de vie et les événements survenant durant l'enfance influencent le caractère de l'individu, son comportement et son psychisme à l'âge adulte. En particulier, la maltraitance, la négligence, les dysfonctionnements familiaux, les accidents de la vie et les catastrophes naturelles sont des facteurs négatifs pour l'épanouissement de l'enfant. Ainsi, une étude américaine, l'ACE Study [1], suggère qu'il existe une relation entre pathologies de l'adulte et traumatismes de l'enfance. Qu'en est-il réellement ? Et quels en sont les mécanismes physiopathologiques ?

Dans le cas où cette hypothèse est confirmée, quelle doit être la place du médecin généraliste ? Doit-il réaliser un dépistage ? Et si oui, à quel moment, comment, et pourquoi ? Et quelle prise en charge peut-il proposer si le dépistage est positif ?

Telles sont les questions auxquelles nous attacherons à répondre dans ce travail.

Nous présenterons successivement dans une première partie des généralités concernant les traumatismes de l'enfance et leur prise en charge puis nous présenterons la méthode utilisée, les résultats obtenus au moyen de cette méthode et nous finirons par une discussion de ces résultats.

## 2. Généralités

---

### 2.1. Les différents traumatismes de l'enfance

#### 2.1.1. La maltraitance : définition

Le Larousse définit la maltraitance comme un mauvais traitement envers une catégorie de personnes (enfants, personnes âgées, etc...).

L'ODAS (Observatoire nationale Décentralisé de l'Action Sociale) définit l'enfant maltraité comme une victime de violences physiques, de cruauté mentale, d'agressions sexuelles, de négligences lourdes ayant des conséquences graves sur son développement physique et psychologique [2].

Pour l'OMS, la maltraitance à enfant désigne les violences et la négligence envers toute personne mineure. Elle comprend toutes les formes de mauvais traitements physiques et/ou affectifs, de négligence, de sévices sexuels, d'exploitation commerciale ou autre. Elle entraîne un préjudice réel ou potentiel pour la santé de l'enfant, son développement, sa survie ou sa dignité. Elle se réalise dans une relation de responsabilité, de confiance ou de pouvoir. La prévalence de cette maltraitance est élevée : des études internationales révèlent qu'environ 20% des femmes et 5 à 10% des hommes déclarent avoir été victimes de violences sexuelles dans l'enfance, et 25 à 50% des enfants disent avoir été physiquement maltraités (données OMS août 2010) [3]. Il s'agit donc d'un véritable problème de santé public. Au 1er janvier 2007, sur l'ensemble de la France, 1,9% des moins de 18 ans soit 266000 mineurs et 0,9% des 18-21 ans soit 21400 jeunes majeurs bénéficieraient d'une mesure de protection de l'enfance (données ONED 2007 : Observatoire Nationale de l'Enfance en Danger). La spécificité de la maltraitance est qu'elle se passe dans le cadre intrafamilial. Elle rend l'enfant encore plus vulnérable car ce dernier est dépendant de son persécuteur pour sa survie (logement,

nourriture, affectif...). De nombreuses victimes attendent plus de dix ans avant de révéler le traumatisme, révélation qui se fait souvent à l'âge adulte et parfois jamais car le sujet reste « tabou » dans la société.

#### 2.1.1.1. La maltraitance physique

Elle correspond à des actes physiques dirigés contre le corps de l'enfant : coups, brûlures, secousses violentes. Celles-ci sont responsables de plaies, fractures, lésions viscérales, hématome sous-dural etc... le plus souvent d'âges différents. De toutes les formes de maltraitance, les violences physiques sont celles les plus visibles. Elles sont plus facilement repérables, mesurables et identifiables. Elles sont souvent liées au fait que l'adulte cherche par la violence à se faire obéir, à sanctionner, à maîtriser l'enfant et à le dominer. Il est fréquent que l'enfant masque les traces de coups, ne souhaitant pas que l'on voie ses blessures ni que l'on désigne son persécuteur car il en est affectivement et physiquement dépendant.

Le syndrome de Münchhausen est particulier. Il correspond à une maltraitance où le persécuteur (souvent la mère) inflige des soins, des investigations et des traitements non justifiés à l'enfant. Ceci pouvant aller de la simple altération de l'histoire médicale, de la falsification d'analyses médicales, à provoquer volontairement des infections à l'enfant. Ce syndrome est dangereux car responsable de morts subites du nourrisson chaque année. La difficulté est le diagnostic pour l'équipe médicale. Le maltraitant est souvent très attentionné, s'intéressant particulièrement à la santé de son enfant et entretient généralement de bons rapports avec l'équipe soignante. Il ne faut pas non plus le confondre avec l'attitude de jeunes parents anxieux. Les éléments qui pourraient aider au diagnostic sont l'accumulation de soins dont les résultats ne sont pas satisfaisants et/ou une équipe médicale qui n'arrive pas à comprendre l'origine des symptômes. L'absence de troubles lors de la séparation de l'enfant

avec les parents, des antécédents de morts subites ou d'hospitalisations à répétitions dans la fratrie, l'histoire d'un parent hospitalisé pour troubles factices (Münchhausen simple) peuvent être des pistes.

#### 2.1.1.2. La maltraitance psychologique

Il s'agit de la forme de maltraitance la plus méconnue et la plus difficile à identifier. Elle correspond à un comportement de la part du parent ou de l'adulte en charge de l'enfant qui remet en cause son intégrité et porte atteinte à son développement psychoaffectif. Il associe le plus souvent le terrorisme, l'indifférence affective voire le mépris et le rejet de l'enfant, le dénigrement, la dévalorisation systématique, l'humiliation (qu'elle soit faite ou non en public), l'isolement de l'enfant par rapport au monde extérieur et même l'exploitation pour des activités antisociales et des conduites déviantes.

#### 2.1.1.3. La maltraitance sexuelle

Elle correspond au fait que l'enfant est soumis à une stimulation sexuelle inappropriée à son âge et à son niveau de développement psycho-sexuel. Il existe plusieurs niveaux d'abus<sup>1</sup> : les abus avec atteinte corporelle réalisée avec ou sans violence pouvant aller jusqu'à la prostitution et les abus sans atteinte corporelle qui se caractérisent par des attitudes malsaines, des comportements incestueux voire pornographiques.

Dans les atteintes corporelles, il faut différencier :

---

<sup>1</sup> A noter, nous utiliserons pour la thèse, le terme « abus sexuel » en traduction de l'anglais « sexual abuse ». Le terme approprié français aurait été « agression sexuelle » voire « crime sexuel ».

- Les abus avec violence comprenant le viol correspondant à l'acte de pénétration sexuelle, l'agression sexuelle qui s'identifie par tout acte sexuel commis avec de la violence, de la contrainte, avec menace ou par surprise, l'exhibition sexuelle et le harcèlement sexuel qui se traduit par le fait d'harcéler avec des menaces, des ordres ou de la contrainte afin d'obtenir des actes de nature sexuels.
- Les abus sans violence consistant à toucher les parties génitales ou les zones érogènes de l'enfant (caresses, masturbations, les relations sexuelles complètes, attouchements avec pénétration,...).

Dans les atteintes non corporelles, il y a la corruption de mineurs (par exemple utilisation de médias pornographiques en présence d'un enfant), le voyeurisme, les propos obscènes....

#### 2.1.1.4. La négligence

Elle est définie comme une privation de soin, d'attention, de nourriture pouvant entraîner une atteinte à l'intégrité physique ou morale de l'enfant. Parfois des accidents domestiques peuvent conduire au décès prématuré de l'enfant (un bébé laissé sans surveillance pendant le bain, un enfant sans surveillance dans une pièce avec des animaux, l'oubli d'administration de médicament lorsque ce dernier est malade, la sous-nutrition, la privation de l'éducation (qu'elle soit scolaire ou non...)). [4]

### **2.1.2. Les dysfonctionnements familiaux**

Un environnement non propice au développement de l'enfant peut être considéré comme un traumatisme. Ainsi la toxicomanie parentale, la violence maternelle, la violence conjugale, l'alcoolisme, la précarité familiale, l'antécédent carcéral d'un des parents, une maladie psychiatrique parentale sont les principaux dysfonctionnements retenus. [1]

### **2.1.3. Le syndrome de stress post traumatique**

Le syndrome de stress post traumatique parfois appelé stress réactionnel est défini comme une souffrance psychologique que le patient présente à plus d'un mois de l'événement traumatisant.

L'événement initial peut être de nature très diverse. L'intégrité physique du patient a pu être menacée ou lésée, ou bien ce dernier a été témoin de blessures graves ou de mort violente d'autres personnes, ou bien encore, on lui a annoncé la mort brutale d'un proche. Tous ces événements ont pour point commun d'entraîner un sentiment de peur intense, d'horreur et d'impuissance auprès du patient. Parmi eux, on peut citer un accident grave, une catastrophe naturelle, une guerre, un attentat, une agression physique ou sexuelle... Il convient de noter que toutes les personnes confrontées à un événement traumatisant ne développent pas un syndrome psychotraumatique. Un même événement peut à la fois engendrer un réel traumatisme chez une personne et ne représenter qu'un moment désagréable pour une autre. [5-6]

Les étapes chronologiques d'un traumatisme sont les suivants :

- le choc, la surprise, l'effroi mettant les victimes face à une menace possible de leur intégrité physique.

- l'état de stress aigu correspondant à l'ensemble des symptômes survenant du moment du traumatisme jusqu'à un mois après et est marqué par la présence de syndrome de répétition (pensées, rêves, images, flashbacks...), d'évitement des lieux et circonstances pouvant éveiller la mémoire du traumatisme. Un syndrome anxieux persistant accompagné de troubles neurovégétatifs (troubles de concentration, de la mémoire, du sommeil, agitation, irritabilité, hyperémotivité...) peut être présent. Le patient est en état d'alerte et ressent une insécurité permanente. [7]
- Le syndrome de stress post traumatique : il correspond à la persistance des symptômes à plus d'un mois du traumatisme. Il est décrit par les critères suivant (DSM IV):
  - reviviscence des événements traumatisants pouvant prendre plusieurs formes :
    - Pensées intrusives avec souvenirs répétitifs et envahissants (cauchemars, flashbacks voire des hallucinations),
    - ruminations mentales des causes et conséquences de l'événement
  - réactivité physiologique intense ou souffrance psychologique lorsque le sujet est exposé à des événements évoquant le traumatisme
  - conduite d'évitement avec évitement des activités éveillant le souvenir du traumatisme (lieux, personnes...), évitement de la pensée, des sensations éprouvées et des conversations liées au traumatisme, amnésie du traumatisme et sentiment de détachement envers l'événement et ses conséquences.
  - syndrome d'hypervigilance se caractérisant par au moins deux manifestations parmi :
    - Difficultés à s'endormir ou à maintenir le sommeil
    - difficultés de concentration
    - réaction de sursaut exagéré
    - irritabilité, accès de colère, labilité de l'humeur. [8]

L'évolution naturelle du stress post traumatique est la résolution des symptômes dans l'année qui suit ce traumatisme chez deux tiers des patients. En France métropolitaine, la prévalence des syndromes de stress post traumatique se chiffre à 0,7% de la population générale (étude SMPG réalisé par CCOMS de 1999-2003).

## **2.2. Prise en charge des traumatismes de l'enfance**

### **2.2.1. Prise en charge juridique des traumatismes sexuels de l'enfance**

L'agression sexuelle est définie par le code pénal : « Constitue une agression sexuelle toute atteinte sexuelle commise avec violence, contrainte, menace ou surprise. Le viol et les autres agressions sexuelles sont constitués lorsqu'ils ont été imposés à la victime dans les circonstances prévues par la présente section, quelle que soit la nature des relations existant entre l'agresseur et sa victime, y compris s'ils sont unis par les liens du mariage (article du code pénal 222-22).

Concernant les droits de la victime, si et seulement si celle-ci le souhaite, la cour d'assises prononce le huis clos pour tout ce qui est dans le cadre du viol, de tortures ou d'actes de barbarie accompagnés d'agressions sexuelles. Pour les autres types d'agression le huis clos reste à l'appréciation du tribunal.

La victime peut être indemnisée du préjudice résultant de l'agression. Elle doit se constituer partie civile. Les souffrances physiques et psychiques, les frais médicaux et les dégâts matériels lors de l'agression seront étayés et pris en compte pour évaluer le préjudice.

Les peines maximales encourues sont de 15 ans de réclusion criminelle en cas de viol et 5 ans d'emprisonnement accompagné d'une amende pour les autres agressions sexuelles (art 222-27 du Code pénal). Elles peuvent être augmentées jusqu'à 20 ans de réclusion criminelle en cas

de circonstances aggravantes, à 30 ans si l'acte a entraîné la mort de la victime et à perpétuité si accompagné d'actes de barbaries en cas du viol. Elles sont augmentées à 7 ans et une amende dans le cas d'agressions sexuelles (cf. annexe 2).

Il est possible de porter plainte pour les agressions sexuelles passées. En effet, les délais de prescription ne commencent qu'à la date de la majorité de la victime. Si le cas concerne des délits d'agressions sexuelles et que l'agresseur est un ascendant légitime, naturel ou adoptif ou une personne abusant de son autorité, le délai de prescription est de dix ans. S'il s'agit d'un crime, le délai est de vingt ans. [9-10]

NB : Le viol est un crime (défini par une agression sexuelle avec acte de pénétration), les autres formes d'agressions sexuelles sont considérées comme des délits.

### **2.2.2. Les recommandations actuelles concernant la prise en charge de la maltraitance sexuelle**

La septième conférence de consensus 2003 de la fédération française de psychiatrie sur les conséquences des maltraitances sexuelles propose une prise en charge. [11] Nous ne retiendrons ici que les recommandations adaptables aux maltraitances sexuelles pendant l'enfance découvertes à l'âge adulte.

#### 2.2.2.1. Y penser

Il convient de repérer les éléments évocateurs d'une maltraitance sexuelle dans l'enfance. Toute psychopathologie peut être retrouvée. Le syndrome de stress post traumatique est la première manifestation des traumatismes de l'enfance mais toute pathologie psychosomatique peut avoir comme origine une maltraitance sexuelle. L'anxiété, le syndrome dépressif et les

conduites additives, les troubles de l'alimentation, les conduites à risques (prise de risque ou conduites sexuelles) sont connus pour être les signes accompagnateurs d'une maltraitance sexuelle.

#### 2.2.2.2. Aborder la maltraitance sexuelle

La révélation ou la découverte opiniâtre par un tiers est toujours éprouvant pour la victime. Il s'agit d'une situation de crise avec possibilité de confusion. Cela doit se faire dans des locaux adaptés. L'entretien doit être ni suggestif ni humiliant et doit se limiter à ce que peut révéler la victime. L'examen clinique doit être prudent, respectueux et commenté avec des gestes annoncés et expliqués afin de ne pas reproduire le traumatisme.

#### 2.2.2.3. Orienter et accompagner les victimes de maltraitances sexuelles

Cette prise en charge doit être faite de manière pluridisciplinaire. La souffrance de la personne doit être prioritaire au traumatisme physique. Il est recommandé d'avoir une écoute empathique et de noter les propos de la victime de manière détaillée et à l'identique. La difficulté du dévoilement notamment devant le possible lien entre l'agresseur et la victime (inceste) doit être prise en compte et la victime félicitée pour son courage.

La question du dépôt de plainte doit être abordée dès la première consultation (tous les services de police ou de gendarmerie pourront recevoir la plainte). Les droits, la pénibilité des procédures judiciaires et le soutien médical possible durant les démarches doivent être exposés.

Sur le plan judiciaire, la victime fait le choix d'être partie civile (auquel cas elle a des droits pour accéder à la procédure et obtenir réparation) ou bien d'être simple témoin (où elle n'aura aucune prise sur l'enquête). L'expertise est menée par le procureur de la république puis parfois par le juge d'instruction. Le but est de vérifier la validité des propos de la victime et de réaliser une évaluation clinique prenant en compte à la fois les répercussions physiques et psychiques sur la victime et les conséquences psychopathologiques qui en découlent. Celle-ci doit être régulièrement informée des décisions prises à son égard (médicales ou judiciaires).

Après la révélation, une prise en charge en urgence peut être envisagée si nécessaire. Le médecin peut orienter les victimes vers des structures spécialisées ou avoir recours à un spécialiste.

#### 2.2.2.4. Traiter les victimes des maltraitances sexuelles

Le suivi doit être constitué à la fois d'un travail de soutien et d'accompagnement médical et judiciaire mais doit aussi prendre en charge les pathologies liées aux traumatismes notamment les troubles psychologiques liés à l'abus. Il convient d'être empathique pour établir une relation de confiance, d'être précis dans l'interrogatoire et de ne pas laisser la victime face au silence du médecin. La psychothérapie est très importante. Elle permet d'avoir une continuité dans la prise en charge. Les traitements médicamenteux peuvent être utiles. Dans le cas du syndrome dépressif des antidépresseurs comme les inhibiteurs de recaptures de la sérotonine peuvent être proposés.

### 3. Matériels et Méthodes

---

Il s'agit d'une méta-analyse réalisée sur la base de données MEDLINE complétée par une interview d'un spécialiste.

Deux articles (l'ACE study par Vincent J. FELLITI [1], et celui de John READ [12]) ont posé les bases de la recherche : le lien entre traumatismes de l'enfance et pathologies de l'adulte et la difficulté concernant sa prise en charge.

La recherche sur MEDLINE s'est réalisée par l'intermédiaire d'une recherche sur PUBMED en utilisant des mots-clés via le système MESH. La première difficulté était liée au système d'indexation. Afin de répondre à la question du traumatisme de l'enfance et des pathologies de l'adulte ainsi qu'à sa prise en charge par le médecin généraliste, le travail devait être séparé en deux parties. Dans un premier temps, le lien entre traumatismes de l'enfance et pathologies de l'adulte devait être prouvé. Les mots-clés utilisés sont adult survivor of child abuse couplés avec les termes suivants (cf. tableau 1) :

*Tableau 1 : Nombres de résultats trouvés et retenus pour le lien entre traumatismes de l'enfance et pathologies de l'adulte.*

<b>Termes MESH</b>	Nombres de résultats trouvés	Nombres de résultats retenus
<b>Diagnosis</b>	4	0
<b>Complications</b>	45	2
<b>Cause of death</b>	0	0
<b>Physiopathologie</b>	22	3
<b>Disease</b>	2	1
<b>Symptoms</b>	36	6

Dans un second temps, l'objectif était de rechercher les articles traitant de la prise en charge. Ont alors été couplés les termes adult survivor of child abuse et les termes suivants (cf. tableau 2) :

*Tableau 2 : Nombres de résultats trouvés et retenus pour la prise en charge du lien entre traumatismes de l'enfance et pathologie de l'adulte.*

<b>Termes MESH</b>	Nombres de résultats trouvés	Nombres de résultats retenus
<b>Health professionals</b>	11	0
<b>Primary health care</b>	1	0
<b>Physician primary care</b>	0	0
<b>Care health survey</b>	0	0
<b>Delivery of health care</b>	3	0
<b>Wound healing</b>	0	0
<b>Psychiatrie</b>	7	0
<b>Early medical intervention</b>	0	0
<b>speech</b>	1	0

Le nombre d'articles retenus est de douze. Pour chaque article, les critères d'inclusion sont la langue (française ou anglaise), un titre répondant à la question du lien entre traumatismes de l'enfance et les pathologies à l'âge adulte et/ou la prise en charge par le médecin généraliste, un résumé répondant également à la question de manière pertinente.

Devant le faible rendement de cette méthodologie, une recherche par lien direct a été effectuée. En effet, via PUBMED, pour chaque article trouvé des liens sont proposés vers d'autres articles. En allant d'articles en articles ceci nous a permis d'en sélectionner de nouveaux. Enfin un dernier tour par PUBMED en utilisant directement les termes adult

survivor child abuse rassemble un total de cinq cent trente quatre articles en vrac. La lecture des titres uniquement, ont permis d'augmenter le nombre d'articles totaux éligibles.

Au final, cent quatre articles pour la thèse ont été retenus, seuls trente et un seront utilisés (cf. annexe 1). Les critères d'exclusion sont l'absence de pertinence de l'étude, la redondance des résultats (dans ce cas seul l'article nous semblant le plus pertinent est sélectionné).

La consultation du site d'ACE Study <http://acestudy.org/>, a permis de clarifier certaines données, de même que la consultation de plus de huit autres sites internet.

Enfin l'interview d'un psychiatre Louis JEHEL, spécialisé dans les psycho-traumatismes, a renforcé les données recueillies pour la prise en charge.

Les données bibliographiques sont rares concernant le sujet. De nombreux articles ne traitent pas de tous les types de traumatismes de l'enfance. Pour la réflexion et la discussion, les données retrouvées ont été extrapolées. En effet, la plupart des articles notamment ceux traitant de la prise en charge, s'appuient sur un seul type de traumatisme (le plus souvent la maltraitance sexuelle ou la maltraitance physique). Dans la recherche concernant les répercussions physiopathologiques des traumatismes de l'enfance sur la santé adulte, l'hypothèse posée est que les pathologies adultes liées à ces traumatismes résultent d'un même mécanisme physiopathologique. Les données concernant la prise en charge de ces traumatismes sont par conséquent considérées par hypothèse comme applicables à l'ensemble des traumatismes de l'enfance.

Concernant les résultats statistiques, l'ensemble des odds ratios retenus et répertoriés sont significatifs avec  $p < 0.05$ .

## 4. Résultats

---

### 4.1. Première partie : Relations entre traumatismes de l'enfance et pathologies à l'âge adulte

#### 4.1.1. Les études illustratrices du concept

4.1.1.1. L'étude d'ACE Study, Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults, Vincent J. Felitti [1].

Dans cette étude, réalisée au centre de permanence de soin KAISER de la clinique de San Diego, plus de la moitié des patients interrogés ont été exposés à une catégorie d'abus (sexuel, physique ou psychologique) ou de dysfonctionnement familial (exposition à une toxicomanie parentale, à une maladie mentale parentale, à une mère battue, à l'incarcération parentale).

Un effet cumulatif des traumatismes a été retrouvé.

La prévalence est augmentée pour les facteurs de risque de morbi-mortalité lorsque le nombre d'expositions aux abus et dysfonctionnements augmentent et ceci de manière proportionnelle (tabac, obésité morbide, sédentarité, dépression, tentatives de suicide, toxicomanie, partenaires sexuels multiples et antécédents de maladies sexuellement transmissibles qui correspondent aux dix facteurs de risques favorisant le plus la morbi-mortalité aux Etats-Unis).

Pour les sujets ayant plus de quatre traumatismes ( $ACE \geq 4$ ) en comparaison avec ceux n'en ayant pas, une augmentation du risque pour les pathologies de l'adulte a été retrouvée (cf. tableau 3) et ceci de manière dose dépendante.

Tableau 3 : Odds ratios des pathologies pour ACE $\geq$ 4

<b>Pathologies de l'adulte</b>	<b>Odds ratios pour ACE<math>\geq</math>4</b>
Diabète	1.6
Broncho-pneumopathies chroniques obstructives	3.9
Infarctus du myocarde	2.2
Cancers	1.9
Accidents vasculaires cérébraux	2.4
Fractures	1.6
Hépatites et ictères	2.4
Mauvaise estimation de son état de santé	2.2

4.1.1.2. The impact of adverse childhood experiences on health problems : evidence from four birth cohort dating back to 1900, DUBE Shanta [13]

Cette étude reprend la même population que l'ACE Study et y intègre l'effet de génération avec son changement des mœurs.

Une relation significative a été retrouvée, pour chaque génération étudiée, entre traumatisme de l'enfance et les pathologies ou les conduites à risques et ceci de manière proportionnelle : maladies mentales (dépression et tentatives de suicides), partenaires sexuels multiples (>30), maladies sexuellement transmissibles (MST), alcool et tabac (cf. tableau 4).

*Tableau 4 : Odds ratios des conduites à risque et de dépression pour ACE=1 et ACE≥4*

Pathologies	1900-1931		1932-1946		1947-1961		1962-1978	
	ACE 1	ACE≥4						
Dépression	1,2	3,8	1,7	3,7	1,6	3,5	1,3	3,6
Tentatives de suicides	1,5	10,9	1,4	9,4	2,7	13,2	2,1	10,2
Partenaires sexuels multiples	1,9	3,6	1,1	3,1	1,1	3,7	3,6	8,1
MST	1,1	3,4	1,8	2,8	1,4	2,9	1,6	2,7
Alcool	1,3	2,4	1,3	2,1	1,1	2,6	1,4	3,1
Tabac	1,8	5,1	1,9	7	2	7,3	3,1	10,9

#### **4.1.2. Le lien entre traumatismes de l'enfance et pathologies à l'âge adulte**

##### 4.1.2.1. Liens entre traumatismes de l'enfance et pathologies neuro-psychiatriques

###### 4.1.2.1.1. Liens entre traumatismes de l'enfance et troubles mentaux

L'article de Tracie Afifi [14] souligne une augmentation significative du risque de troubles mentaux lors de l'exposition à des traumatismes dans l'enfance (dépression, troubles anxieux, troubles alimentaires, troubles de conduite, abus de substances et tendances suicidaires) (cf. annexe 3). Dans le terme maltraitance, elle inclut les abus physiques, sexuels, émotionnels

ainsi que la négligence. Un début précoce des traumatismes est associé à un niveau de santé mental bas. Enfin en fonction du sexe de la victime, les troubles mentaux seront différents. Les hommes auront plus tendance à avoir des comportements antisociaux alors que les femmes seront plutôt dépressives ou sujettes au syndrome de stress post-traumatique (PTSD) et à la dépendance de substances.

#### *4.1.2.1.2. Liens entre traumatismes de l'enfance et hallucinations visuelles ou/et auditives*

SHEVLIN Mark [15] montre que les abus physiques et viols dans l'enfance sont responsables d'une augmentation du risque d'hallucinations visuelles et auditives. Parmi les hallucinations rapportées, les visuelles sont plus fréquentes que les auditives, le risque de celles-ci n'étant augmenté qu'à partir de deux types d'abus ou en cas de viol (cf. tableau 5).

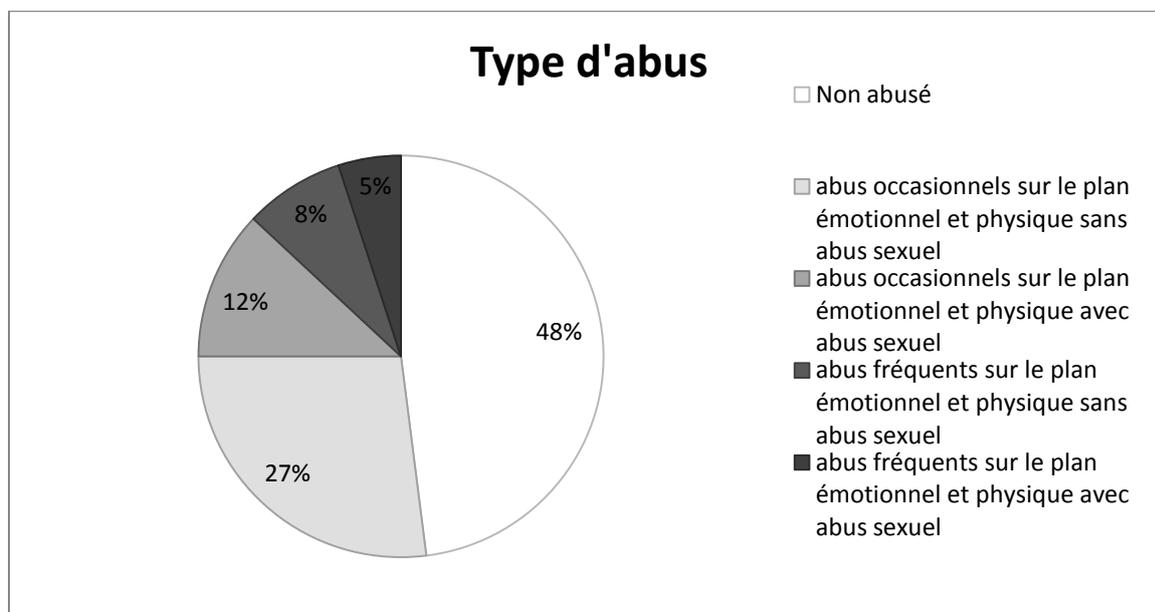
*Tableau 5 : Odds ratios des hallucinations visuelles et auditives en fonction du type et du nombre d'abus dans l'enfance.*

Type de traumatismes	Hallucinations visuelles Odds ratios	Hallucinations auditives Odds ratios
Abus physiques	<b>3.22</b>	<b>4.55</b>
Abus sexuels autres	1	1
Viols	<b>3.41</b>	<b>2.79</b>
Un seul abus	<b>2.71</b>	1
≥2 abus	<b>13.9</b>	<b>11.01</b>

#### 4.1.2.1.3. Liens entre traumatismes de l'enfance et troubles du sommeil

Dans l'article [16], les traumatismes sont séparés en quatre catégories (cf. figure 1).

Figure 1 : Pourcentage des différents abus en fonction de leur fréquence.



Une relation significative entre trouble du sommeil (incluant les troubles globaux du sommeil, la mauvaise estime personnelle de la qualité du sommeil, les perturbations du sommeil, l'usage de somnifères nécessaire au sommeil, la perturbation des activités diurnes, le temps d'endormissement important et la faible efficacité du sommeil) et les traumatismes de l'enfance est retrouvée et étayée dans le tableau 6 :

- Plus les abus sont fréquents, plus le risque de troubles du sommeil est élevé.
- En présence d'abus sexuels fréquents, nous observons une augmentation spécifique du risque de perturbation du sommeil.

*Tableau 6 : Odds ratios des différents types de troubles du sommeil en fonction du type et de la fréquence des abus subis dans l'enfance.*

catégorie d'abus	abus occasionnels sans abus sexuels OR	abus occasionnels avec abus sexuels OR	abus fréquents sans abus sexuel OR	abus fréquents avec abus sexuels OR
troubles globaux du sommeil	1	1,68	3,27	3,65
faible estime de sa qualité de sommeil	1	1	2,14	2,58
perturbation du sommeil	1,55	1	2,61	3,51
usage de somnifères	1	1	2,38	2,49
perturbations dans les activités diurnes	1	1,89	2,01	2,61
temps d'endormissement	1	1,82	2,65	1
faible efficacité du sommeil	1	1	1,74	1
durée de sommeil sans réveil	1	1	1	1

#### 4.1.2.1.4. Liens entre traumatismes de l'enfance et migraine

Le premier article [17] souligne la prévalence non négligeable de la maltraitance dans l'enfance et de la revictimisation à l'âge adulte dans une population migraineuse de onze centres de la migraine du Royaume-Uni et du Canada. (cf. tableau 7)

Tableau 7 : Prévalence des différents types de maltraitance dans l'enfance.

Type de maltraitances	Prévalence de la maltraitance
Abus sexuel	25%
Abus physique	21%
Maltraitance psychologique	38%
Négligence physique	22%
Négligence émotionnelle	38%
Revictimisation à l'âge adulte	43%

Dans le second article [18], l'objectif est d'évaluer la relation entre abus et/ou négligence pendant l'enfance et les caractéristiques de la migraine à l'âge adulte (cf. tableau 8) :

- Les céphalées chroniques sont plus importantes chez les migraineux ayant subi des abus physiques et psychologiques.
- La fréquence de passage à la chronicité est augmentée pour les mêmes catégories d'abus.
- Seuls les patients ayant subi une maltraitance psychologique présentent une invalidité importante liée à la migraine. Ces patients ont également rapporté un début de migraine plus précoce que les autres.

*Tableau 8 : Odds ratios des différents types de migraines selon le type d'abus dans l'enfance.*

	abus physique	abus sexuel	Maltraitance psychologique	négligence physique	négligence émotionnelle
migraine chronique (>15jours/mois)	1,79	1	2,01	1,69	1,54
passage à la chronicité de la migraine	2,14	1,71	2,23	1,81	1,76
migraine journalière	1	1	1	1	1
invalidité migraineuse	1	1	1,54	1	1
migraine associé à l'allodynie	1	1	1	1	1

Les patients ayant subi une maltraitance psychologique sont ceux étant le plus à risque à développer une migraine. Celles-ci sont chroniques, invalidantes et précoces.

#### 4.1.2.2. Liens entre traumatismes de l'enfance et pathologies pulmonaires

##### 4.1.2.2.1. Liens entre traumatismes de l'enfance et broncho-pneumopathie obstructive chronique (BPCO)

L'article d'ANANDA Robert [19] montre une relation significative et proportionnelle avec l'ACE Score entre les traumatismes de l'enfance et :

- la BPCO auto-déclarée
- les hospitalisations pour BPCO
- Le taux de prescriptions de bronchodilatateurs utilisés pour le traitement de la BPCO (cf. tableau 9)

Tableau 9 : Odds ratios de la BPCO auto-déclarée/hasards ratios des hospitalisations liées à la BPCO/risques relatifs de la prescription des bronchodilatateurs en fonction du nombre de traumatismes dans l'enfance.

	BPCO auto-déclarée (OR)		hospitalisations pour BPCO (HR)		taux de prescriptions de bronchodilatateurs (RR)	
	ACE 1	ACE ≥5	ACE 1	ACE ≥5	ACE 1	ACE ≥5
OR/HR/RR	1.4	2.6	1	2.0	1.3	1.6

#### 4.1.2.2.2. Liens entre traumatismes de l'enfance et cancer pulmonaire [20]

Il existe une relation significative et proportionnelle entre traumatismes de l'enfance et :

- Comportements tabagiques
- Cancer pulmonaire (démontrée sur deux bases de recueil de données : celle des hospitalisations et celle des décès) (cf. tableau 10).

Les patients ayant subi plus de six abus ont une diminution de l'espérance de vie de 13 ans par rapport à ceux n'en ayant pas eu.

Tableau 10 : Odds ratios des différents types de tabagisme ainsi que des cancers pulmonaires (sur 2 bases de données différentes) en fonction du nombre de traumatismes dans l'enfance.

	Tabagisme précoce (<15ans)		Tabagisme supérieur à 100 cigarettes (en totalité depuis le début du tabagisme)		Tabagisme actif durant le suivi		Tabagisme >1 paquet/jour		Cancer pulmonaire (base de recueil des hospitalisations)		Cancer pulmonaire (base de recueil des décès)	
	OR		OR		OR		OR		RR		RR	
ACE score	ACE	ACE	ACE	ACE	ACE	ACE	ACE	ACE	ACE	ACE	ACE	ACE
	1	≥6	1	≥6	1	≥6	1	≥6	1	≥6	1	≥6
OR/RR	1.53	7.06	1.29	3.27	1.1	2.08	1.12	2.46	0.73	3.18	0.75	2.70

#### 4.1.2.2.3. Liens entre traumatismes de l'enfance et asthme [21]

Il existe une relation significative entre début de l'asthme à l'âge adulte et les traumatismes de l'enfance (> 2 abus).

Le biais introduit par la dépression et les troubles anxieux n'altère pas le lien qui reste significatif (cf. tableau 11).

Tableau 11 : Odds ratios de l'asthme et de l'asthme ajustés avec la dépression et l'anxiété en fonction du nombre d'abus dans l'enfance.

Nombres d'abus	OR	OR ajustés avec la dépression et l'anxiété
1 abus	1	1
2 abus	1.49	1.42
≥ 3 abus	1.71	1.50

#### 4.1.2.3. Liens entre traumatismes de l'enfance et pathologies cardiovasculaires

##### 4.1.2.3.1. Liens entre traumatismes de l'enfance et hypertension artérielle [22]

Il existe un lien entre l'apparition d'hypertension artérielle à l'âge adulte et les abus dans l'enfance (≥2 abus).

Les facteurs psychologiques (la dépression, l'anxiété et la colère) favorisent l'hypertension.

En analyse multivariée, la relation entre traumatisme de l'enfance et hypertension artérielle reste pour les patients ayant subi plus de 3 abus. (cf. tableau 12)

Tableau 12 : Hasards ratios de l'hypertension artérielle en fonction du nombre de traumatismes dans l'enfance.

	Hypertension artérielle HR (hasards ratios)	Hypertension artérielle ajustée à la dépression et à l'anxiété
ACE 1	1	1
ACE 2	1.19	1
ACE ≥3	1.28	1.21

Parmi les onze catégories d'abus dans l'enfance étudiées, six sont significativement associées à une augmentation de l'hypertension à l'âge adulte (cf. tableau 13).

*Tableau 13 : Hasards ratios de l'hypertension artérielle en fonction du type de traumatismes dans l'enfance.*

Type d'abus	HR
<b>Abus physique</b>	1.23
<b>Instabilité du foyer familial</b> (adoption, vivre en pension, vivre dans un autre foyer ou avoir quitté le foyer familial avant 16 ans)	1.26
<b>Maladie psychiatrique parentale</b>	1.29
<b>Toxicomanie parentale</b>	1.30
<b>Violence intrafamiliale</b>	1.17
<b>Comportement criminel dans la famille</b>	1.33
<b>Problèmes financiers familiaux</b>	1
<b>Divorce parental</b>	1
<b>Décès parental</b>	1
<b>Négligence</b>	1
<b>Abus sexuel</b>	1

#### 4.1.2.3.2. Liens entre traumatismes de l'enfance et diabète de type 2

L'article de Janet RICH-EDWARDS [23] montre que les abus physiques et sexuels dans l'enfance sont associés à une augmentation du risque de diabète de type 2 et cela de manière dose dépendante:

- Les patientes ayant subi une maltraitance physique modérée à sévère présentent un risque augmenté.

- Les patientes ayant subi abus sexuels sont également plus à risque de développer un diabète de type 2. (cf. tableau 14)

*Tableau 14 : Hasards ratios du diabète de type 2 en fonction de la présence d'abus sexuel/physique et en fonction de leur fréquence.*

Importance abus physique / sexuel	Abus physique HR	Abus physique sans abus sexuel HR	Abus sexuel HR	Abus sexuel sans abus physique HR
Faible/attouchement sexuel	1	1	1,16	1
Modéré/viol unique	1,26	1,19	1,34	1
Sévère/viols répétés	1,54	1	1,69	1,56

#### 4.1.2.3.3. Liens entre traumatisme de l'enfance et infarctus [24]

- Une relation significative a été retrouvée entre infarctus et traumatismes de l'enfance sauf pour le cas des parents divorcés. (cf. tableau 15)
- Les facteurs de risque psychologiques comme la dépression et la colère sont des facteurs de risques d'infarctus ayant une relation significative plus puissante que pour les facteurs de risque cardio-vasculaires traditionnels. (cf. tableau 16)

*Tableau 15 : Odds ratios de l'infarctus en fonction du type d'abus dans l'enfance.*

Type d'abus	Maltraitance psychologique	Abus physique	Abus sexuel	Mère battue	Divorce parental	Maladie mentale	Toxicomanie parentale	Antécédent de crime parental	Négligence émotionnelle	Négligence physique
OR	1.7	1.5	1.4	1.4	1	1.4	1.3	1.7	1.3	1.4

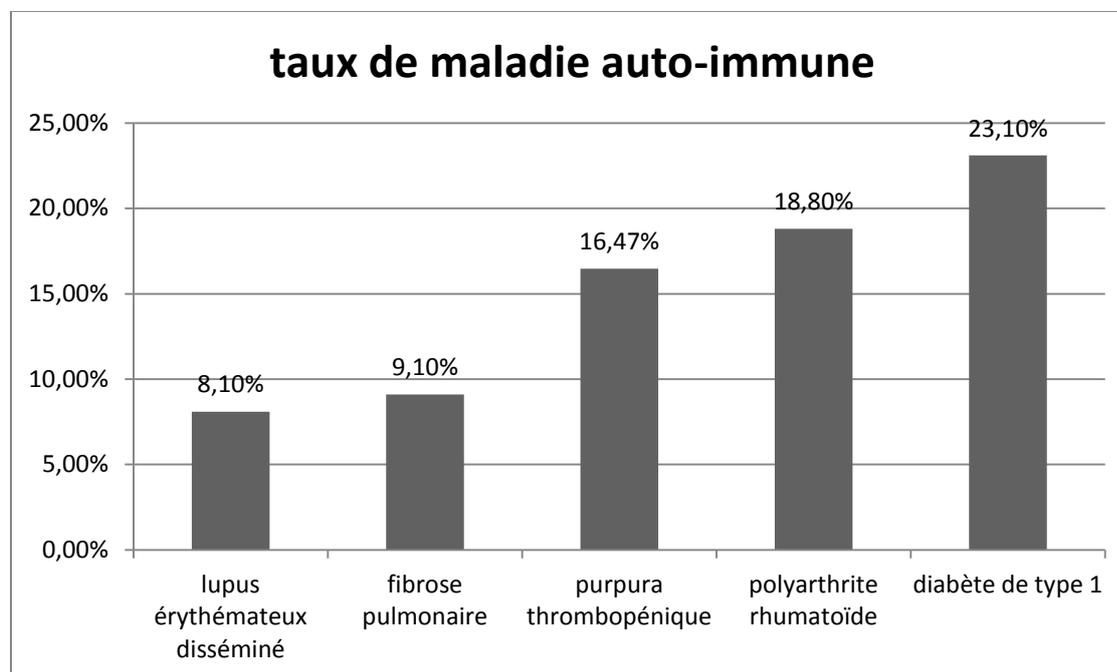
*Tableau 16 : Odds ratios de l'infarctus en fonction des facteurs de risque psychologiques et cardio-vasculaires traditionnelles.*

Facteur de risque d'infarctus	Diabète	HTA	Tabac	Sédentarité	BMI	Dépression	Colère
OR	1.9	1.9	1.3	1.6	2.7	2.1	2.5

#### *4.1.2.3.4. Liens entre traumatismes de l'enfance et maladies auto-immune*

Dans l'article de DUBE Shanta [25], les maladies auto-immunes les plus retrouvées lors d'une première hospitalisation pour maladie auto-immunes sont les suivants (cf. figure 2) :

Figure 2 : Prévalence des différentes maladies auto-immune lors d'une première hospitalisation pour découverte de maladies auto-immunes.



Il existe une relation significative entre traumatisme de l'enfance et première hospitalisation dans le cadre d'une maladie auto-immune lorsqu'il y a plus de 2 abus.

Les hommes sont plus à risque d'être hospitalisés pour une maladie auto-immune de type Th1 que les femmes. Les femmes sont plus à risque d'être hospitalisées pour une maladie auto-immune Th2. (cf. tableau 17)

Tableau 17 : Hasards ratios du risque d'hospitalisation pour maladies auto-immunes et du type Th1/Th2 en fonction du nombre de traumatismes dans l'enfance.

1 <sup>ère</sup> hospitalisation	ACE 1 HR	ACE 2 HR	ACE ≥3 HR	Th1 HR	Th2 HR	Th1 ACE ≥2	Th2 ACE ≥2
Femmes	1	1	2.1	0.6	1.5	1.7	1.8
Hommes	1	1	1	1	1		

### **4.1.3. Liens entre traumatismes de l'enfance et conduites à risque**

#### 4.1.3.1. Liens entre traumatisme de l'enfance et addictions

##### *4.1.3.1.1. Liens entre traumatismes de l'enfance et tabac [26]*

- Toutes les catégories d'abus sont associées à un tabagisme actif durant le suivi, à un tabagisme important (supérieur à 100 cigarettes fumées en totalité dans leur vie) et à un début précoce du tabagisme (avant 15 ans). (cf. tableau 18)
- Il existe une relation proportionnelle et significative entre le nombre d'abus et chaque type de tabagisme. (cf. tableau 19)
- Le début du tabagisme est plus précoce lorsqu'il y a eu des abus (17.3 ans en cas de présence des huit catégories d'abus versus 20.9 ans lorsqu'il n'y en a pas).

*Tableau 18 : Odds ratios du tabagisme précoce et actif en fonction du type de traumatismes de l'enfance.*

	Maltraitance psychologique	Abus physique	Abus sexuel	Mère battue	Toxicomanie parentale	Maladie mentale	Parents divorcés	Parents incarcérés
Tabagisme précoce	2,3	2	2	1,7	1,9	1,7	1,8	2,1
Tabagisme actif	1,6	1,3	1,4	1,6	1,5	1,3	1,3	1,2

*Tableau 19 : Odds ratios des différents types de tabagismes en fonction du nombre de traumatismes de l'enfance.*

	Tabagisme précoce	Tabagisme après 19 ans	Tabagisme > 100 cigarettes	Tabagisme actif	Tabagisme >1 paquet/jour
ACE 1	1,6	1,2	1,4	1,3	1,1
ACE ≥5	5,4	1,6	3,1	2,1	2,8

#### *4.1.3.1.2. Liens entre traumatisme de l'enfance et anomalie de l'indice de masse corporelle (IMC)*

Dans son article, STINE Roenhol [27] souligne :

- Le syndrome de stress post traumatique est associé à un sous-poids.
- Il existe une relation significative entre les symptômes du syndrome de stress post traumatique et les abus dans l'enfance .
- Les abus émotionnels sont spécifiquement associés à un sous-poids. Les abus sexuels et les abus multiples sont associés à un surpoids.

#### *4.1.3.1.3. Liens entre traumatismes de l'enfance et alcool [28]*

Il existe un lien significatif entre traumatismes de l'enfance et un alcoolisme précoce (avant l'âge de 15 ans). Parmi la liste des dix traumatismes de l'enfance répertoriés dans l'étude, cinq ont été associés de manière significative à une initiation à l'alcoolisme avant l'âge de 15 ans (cf. tableau 20). Le fait d'avoir subi 3 abus ou plus est significativement lié à un début précoce de l'alcoolisme (cf. tableau 21).

Une tendance à boire pour faire face aux difficultés est notée de manière significative pour les patients ayant subi des traumatismes par rapport à ceux n'en ayant pas eu.

Tableau 20 : Odds ratios de l'alcoolisme précoce en fonction du type de traumatismes de l'enfance.

Type d'abus	Abus physique	Abus sexuel	Divorce parental	Maladie mentale parentale	Toxicomanie parentale	Négligence émotionnelle	Négligence physique	Maltraitance psychologique	Mère battue	Antécédents carcérale parentale
OR	2	3.2	1.7	2	2	1	1	1	1	1

Tableau 21 : Odds ratios de l'alcoolisme précoce en fonction du nombre de traumatismes de l'enfance

Nombres d'abus	ACE 1	ACE 2	ACE 3	ACE ≥4
OR	1	1	2.1	3.6

#### 4.1.3.1.4. Liens entre traumatismes de l'enfance et toxicomanie

Shanta Dube [29], souligne une relation significative et proportionnelle entre les traumatismes de l'enfance et le risque d'initiation précoce aux drogues (<15ans), l'usage de drogues, le fait d'avoir des problèmes liés à la drogue, de devenir addict et l'usage de drogues intraveineuses. (cf. tableau 22 et 23)

Tableau 22 : Odds ratios de l'initiation aux drogues de manière précoce et de l'usage de drogue en fonction du type de traumatismes de l'enfance.

	Maltraitance psychologique	Abus physique	Abus sexuel	Négligence émotionnelle	Négligence physique	Maladie mentale parentale	Mère battue	Toxicomanie parentale	Divorce parentale	Incarcération parentale
Initiation aux drogues précoces	2.4	1.8	2.8	2.4	2.5	2.3	2.1	3.7	2.5	3.3
Usage de drogues	2.1	2	2	1.8	1.3	1.9	1.6	2.1	1.7	1.9

*Tableau 23 : Odds ratios des différents types de toxicomanie en fonction du nombre de traumatismes de l'enfance.*

	Initiation précoce aux drogues	Usage de drogues	Problèmes liés à la drogue	Etre addict	Usage de drogues intraveineuses
ACE 1	1	1.5	1.9	2.3	1
ACE <sub>≥</sub> 5	9.1	4.3	6.5	7.7	10.1

#### 4.1.3.2. Liens entre traumatismes de l'enfance et comportements à risques

##### 4.1.3.2.1. Liens entre traumatisme de l'enfance et tentative de suicide

Dans un article du JAMA, DUBE Shanta [30], décrit une augmentation du risque de tentatives de suicide de 2 à 5 fois lorsqu'il y a eu traumatisme(s) dans l'enfance. (cf. tableau 24).

Il souligne également que cette relation est dose-dépendante. (cf. tableau 25)

La relation a également été retrouvée après ajustement avec les paramètres alcool, dépression et toxicomanie. (cf. tableau 25)

*Tableau 24 : Odds ratios des tentatives de suicides en fonction du type de traumatismes de l'enfance.*

	Maltraitance psychologique	Abus physique	Abus sexuel	Mère battue	Toxicomanie parentale	Maladie mentale	Parents divorcés	Parents incarcérés
Tentatives de suicide OR	5	3.4	3.4	2.6	2.1	3.3	1.9	2.5

Tableau 25 : Odds ratios des tentatives de suicides en fonction du nombre de traumatismes de l'enfance.

	ACE 1	ACE 4	ACE ≥7
Tentatives de suicide OR	1.9	6.2	31.1
Tentatives de suicide OR ajustées avec alcool, dépression et toxicomanie	1.7	3.9	17.0

*4.1.3.2.2. Liens entre traumatisme de l'enfance et tendance à la conduite à risque*

Ramino Laurie [31] met en évidence un lien entre les traumatismes de l'enfance et les conduites à risque. Il convient de noter qu'il s'agit d'une population aux Philippines.

- Un tabagisme précoce, un alcoolisme précoce, un usage de drogue illicite, une tendance à avoir des partenaires multiples, une sexualité précoce, des grossesses indésirées, des maladies sexuellement transmissibles, des tentatives de suicides ont été retrouvés de manière plus fréquente chez les personnes abusées (cf. tableau 26).
- Un environnement familial non propice au développement de l'enfant entraîne une augmentation du risque de comportements à risques.

*Tableau 26 : Odds ratios des comportements à risque en fonction du type de traumatismes de l'enfance.*

	tabagisme actif	tabagisme précoce	alcoolisme	conduite alcoolisée	usage de drogue	relations sexuelles précoces	partenaires sexuels multiples	grossesses précoces	grossesses indésirées	obésité	tentatives de suicides
Maltraitance psychologique	1,7	2,1	1	1	2,1	1	2,1	1	2,2	1	2,1
abus physique	1	11,2	1		1	1	1	1	1	1	1
abus sexuel	1	2,1	1	1	2,9	11,6	2,6	8,5	1	1	5,2
négligence physique	1	1,6	2,1	1	2	1	1,9	1	1	1	1
négligence psychologique	1	1,8	1	1	1,6	1	2	1	1	1	5
toxicomanie parentale	2,3	1	1	1	3,1	1	1	1	2	1	4,6
alcoolisme parentale	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
maladie mentale parentale	1	1	1	1	5,1	3,8	2,3	3,8	2,3	1	11,9
mère battue	1	2,4	1,7	1	1,7	1	1	2,1	1	1	1
incarcération parentale	1	1	1	1	5	1	1	1	1	1	1
divorce parentale	1	2,1	1	1	2,1	1	1,7	1	2,1	1	1

NB : On note une forte relation entre:

- abus physique et tabagisme précoce ;
- abus sexuel et relations sexuelles précoces ainsi que abus sexuels et grossesses précoces;
- maladie mentale parentale et tentatives de suicide.

#### *4.1.3.2.3. Liens entre traumatisme de l'enfance et mort prématurée*

Dans l'article de BROWN David [32], la mort prématurée des personnes ayant subi des traumatismes de l'enfance est étayée.

Les patients décédés étaient plus âgés, de sexe masculin, non caucasiens, célibataires avec un niveau d'éducation plus faible et des problèmes financiers plus importants que les survivants. Les cinq causes de décès les plus fréquentes (90%), par ordre décroissant, sont les troubles de la circulation (infarctus et accident vasculaire cérébral), les néoplasies, les maladies neurologiques, les maladies pulmonaires et les pathologies digestives.

La relation entre décès et traumatismes de l'enfance a été observée lorsque le patient présentait plus de six traumatismes. En deçà, il n'a pas été noté de relation significative. (cf. tableau 27)

Les patients ayant plus de six abus décédaient en moyenne 20 ans avant ceux n'en ayant pas. En analyse multivariée, les patients ayant subi plus de six abus ont un risque augmenté pour les décès avant 75 ans et avant 65ans. (cf. tableau 28)

Tableau 27 : Hasards ratios de la mort prématurée en fonction du nombre de traumatismes de l'enfance.

	ACE 1	ACE 2	ACE 3	ACE [4 – 5]	ACE ≥6
HR	0.87	0.97	1.03	0.84	1.47

Tableau 28 : Hasards ratios de la mort prématurée (avant 75 ans et avant 65ans) en cas de plus de six traumatismes de l'enfance.

	Décès avant 75 ans	Décès avant 65 ans
HR ACE ≥6	1.73	2.39

#### **4.1.4. Tableau récapitulatif du lien entre traumatismes de l'enfance et pathologies de l'adulte**

Le tableau 29 regroupe les Odds ratios minimaux de chaque catégorie de pathologies par rapport à un type d'abus dans l'enfance. Un tableau plus détaillé est consultable en annexe 4.

On note :

- Les abus physiques et psychologiques augmentent le risque de maladies pulmonaires.
- Les abus sexuels augmentent les 5 catégories de pathologies étudiées et surtout le risque d'obésité (dont le risque est d'ailleurs accru principalement par les abus sexuels par rapport aux autres traumatismes de l'enfance).
- La négligence et la précarité sont fortement liées aux troubles du comportement et aux maladies neuropsychiatriques.
- Le fait d'avoir un ou des parents atteints d'une maladie mentale semble être le facteur de risque qui augmente le plus les troubles du comportement.

Tableau 29 : Odds ratios minimaux des différents pathologies de l'adulte en fonction du type de traumatismes de l'enfance

Maladies cardiovasculaires hors diabète de type 2 (1)	1,2	1,1	1,03	1,3	1,3	1,3	1	1,03	1,7
Maladies pulmonaires (2)	1,9	1,3	1	1,3	1,5	1,4	1,2	1	2
Maladies neuro-psychiatriques (3)	1,3	1,4	1,5						
Troubles du comportement (4)	1	1,1	1,4	1	2,3	1	1,1	1,1	1
Obésité	1	2,2	1	1	1	1	1,1	1	1,1
Abus de substances (5)	1	1,4	1,1	1,1	1,1	1,3	1,3	1,1	1,8
OR (Abus ; pathologies de l'adulte)	Abus physiques / psychologiques	Abus sexuels	Négligence/ Précarité	Abus de substance parentale (6)	Maladie mentale parentale	Incarcération parentale	Instabilité familiale (7)	ACE 1	ACE ≥4

(1) HTA et infarctus

(2) Bronchopneumopathie chronique, cancer pulmonaire, asthme

(3) Troubles du sommeil et migraines

(4) Tentatives de suicide, relations sexuelles précoces, partenaires sexuels multiples, grossesse inattendue et indésirée, conduite automobile dangereuse

(5) Alcool quotidien, alcoolisme précoce, tabac, toxicomanie

(6) Toxicomanie parentale et alcoolisme parentale

(7) Mère battue, parents séparés ou divorcés, parent(s) décédé(s)

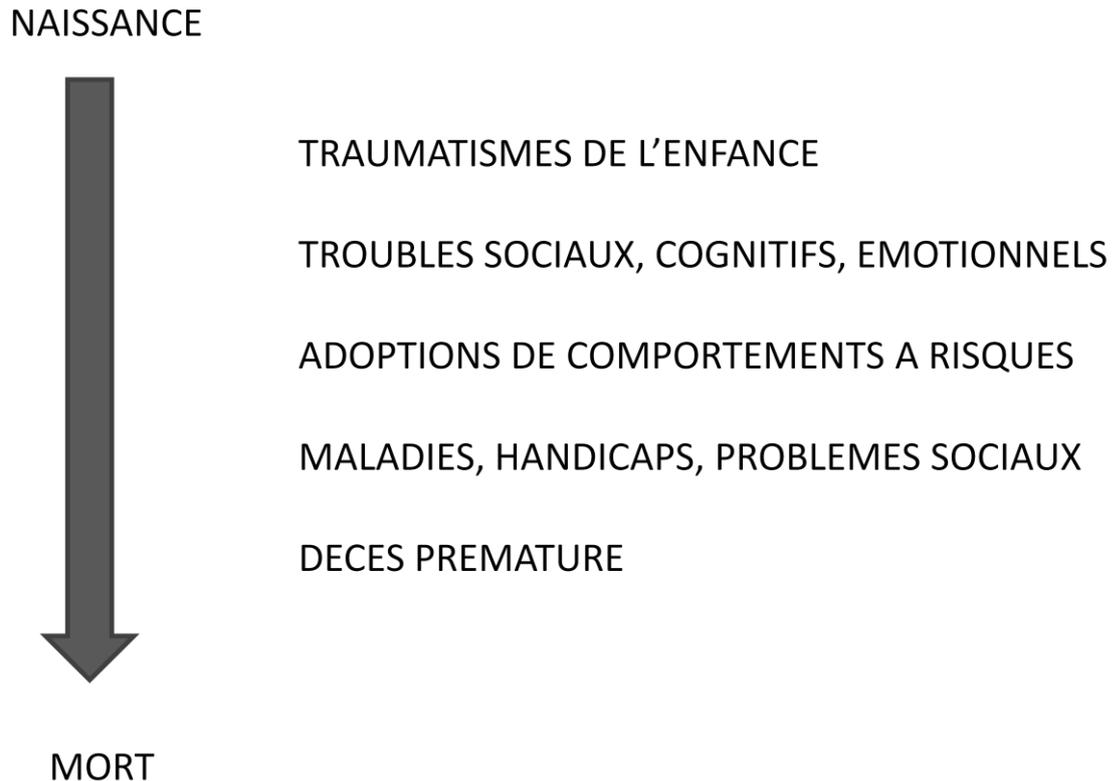
#### **4.1.5. Physiopathologie du lien entre traumatisme de l'enfance et pathologie de l'adulte**

##### 4.1.5.1. Hypothèse comportementale

L'hypothèse de Vincent Felitti [1] est qu'un haut niveau d'exposition à ces traumatismes est responsable d'anxiété, de colère, de syndromes dépressifs... rendant nécessaire l'usage de facteur de risque comme le tabac, les drogues, l'alcool ou les conduites à risques en tant que

produit de contrôle de ces troubles. Ces derniers étant par la suite à l'origine de véritables maladies (cf. figure 3).

Figure 3 : Hypothèse comportementale des conséquences des traumatismes de l'enfance d'après V. Felitti.



Concernant les migraines [18], nous savons qu'elles sont déclenchées et peuvent devenir chroniques à cause d'événements stressants. Les abus dans l'enfance sont des événements stressants et chroniques. Un stress chronique affecte la nociception périphérique et centrale et entraîne un état d'allodynie, d'hyperalgie et de douleurs chroniques.

Dans le cas du diabète de type 2 [23], Janet Rich Edwards suggère que les abus dans l'enfance sont responsables d'une augmentation considérable de l'IMC. Ils favorisent alors la survenue du diabète futur.

L'infarctus du myocarde est expliqué [24] par le besoin de tabac, de sédentarité et d'hyperalimentation. Ceci permet de lutter contre les effets du stress engendré par les abus dans l'enfance.

L'usage d'alcool, comme outil de maîtrise du stress, est retrouvé plus fréquemment chez les patients ayant subi des traumatismes de l'enfance [28]. La seconde hypothèse est qu'une carence parentale permet un accès plus facile à l'alcool et donc un alcoolisme précoce.

#### 4.1.5.2. Hypothèse épigénétique

Audrey TYRKA [33] montre une diminution de la longueur des télomères chez les sujets ayant subi des traumatismes, et spécifiquement ceux ayant subi une négligence physique et émotionnelle.

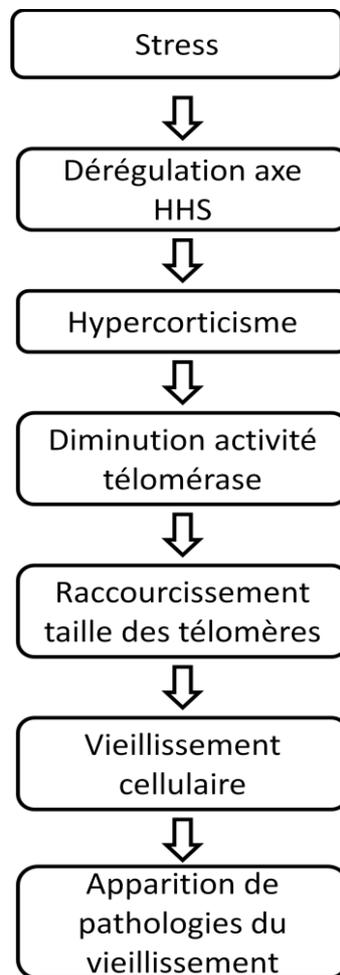
Lawrence PRICE [34], met en évidence un lien entre raccourcissement des télomères et maladies, et un lien entre raccourcissement des télomères et stress psychosocial.

Les télomères sont les extrémités des chromosomes formées par des bases répétées et reconstituées à chaque division cellulaire par l'enzyme télomérase. Une altération de la taille du télomère est un marqueur de dysfonctionnement organique. Un raccourcissement des télomères a été retrouvé dans les pathologies liés au vieillissement comme le diabète, les cardiopathies, les cancers...

Dans le cas du stress psychosocial, il a été noté que le raccourcissement est concomitant à la dérégulation de l'axe Hypothalamo-Hypophysaire-Surrénalien (HHS). Le stress est responsable d'une diminution de l'activité de la télomérase par le biais de l'hypercortisolémie.

(cf. figure 4)

Figure 4 : Schéma explicatif concernant la physiopathologie du raccourcissement des télomères et sa conséquence.



#### 4.1.5.3. Traumatisme de l'enfance et dérégulation de l'axe endocrinien hypothalamo-hypophysaire-surrénalien

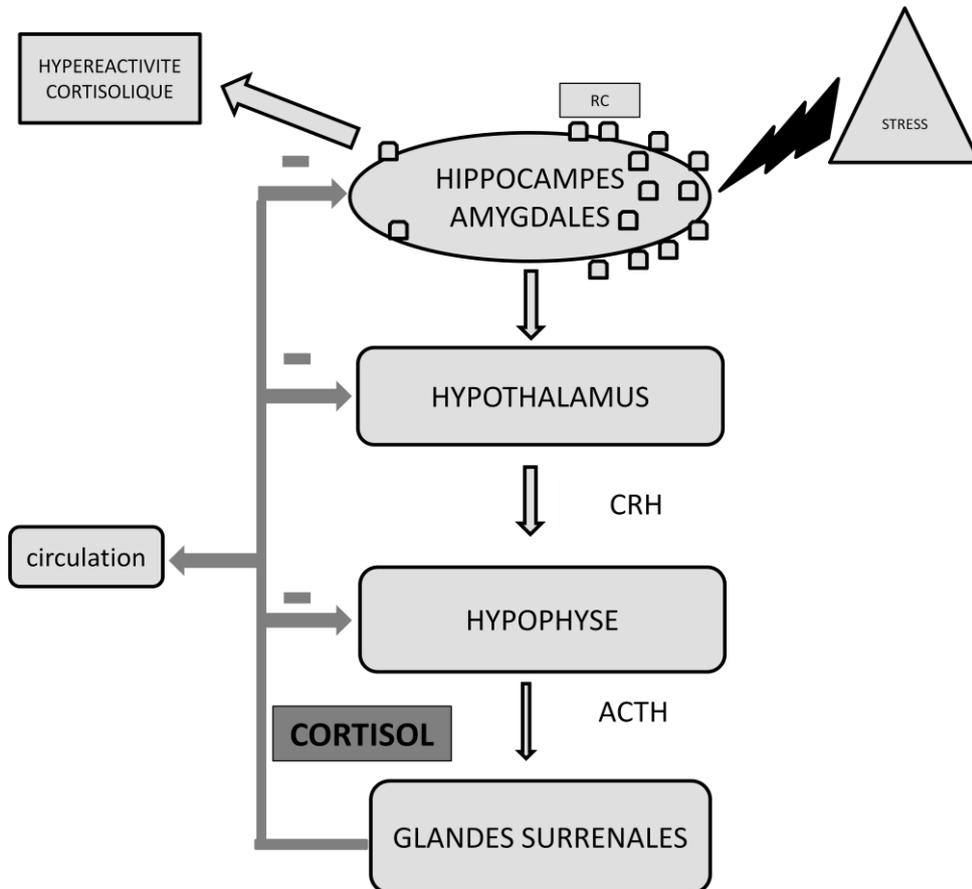
LAI Ming-Chi expose l'influence du stress précoce sur l'axe HHS.

Le stress est un état réactionnel de l'organisme en réponse à des agressions extérieures. C'est un processus complexe qui allie réponse physiologique, biologique et psychologique face à une agression, une menace, une contrainte physique ou psychique ou une situation imprévue

traumatisante. C'est une réaction en chaîne qui entraîne une adaptation de l'organisme. [35] Lors d'un stress, l'hypothalamus libère la CRH (Corticotropin-Releasing Hormone). Elle entraînera la production d'ACTH (Hormone Adrénocorticotrophine) par l'hypophyse. Cette dernière induira la sécrétion de cortisol par les surrénales, permettant ainsi à l'organisme d'avoir une réponse adaptée à la stimulation.

Il existe un système de rétrocontrôle du système HHS par les glucocorticoïdes. Elle met en jeu des récepteurs aux glucocorticoïdes situés sur l'hippocampe. L'exposition à un stress chronique entraîne une hyperactivité de l'axe HHS et une surproduction de l'ARNm de la CRH dans l'hypothalamus et les amygdales. Ceci réduit l'expression des récepteurs aux glucocorticoïdes de l'hippocampe et entraîne un hypercorticisme en réponse à un stress aigu futur par diminution du rétrocontrôle. [36] (cf. figure 5)

*Figure 5 : L'axe hypothalamo-hypophysaire-surrénalien : fonctionnement et régulation.*



#### 4.1.5.4. Traumatismes de l'enfance et dérégulation de l'axe neuroendocrinien du stress

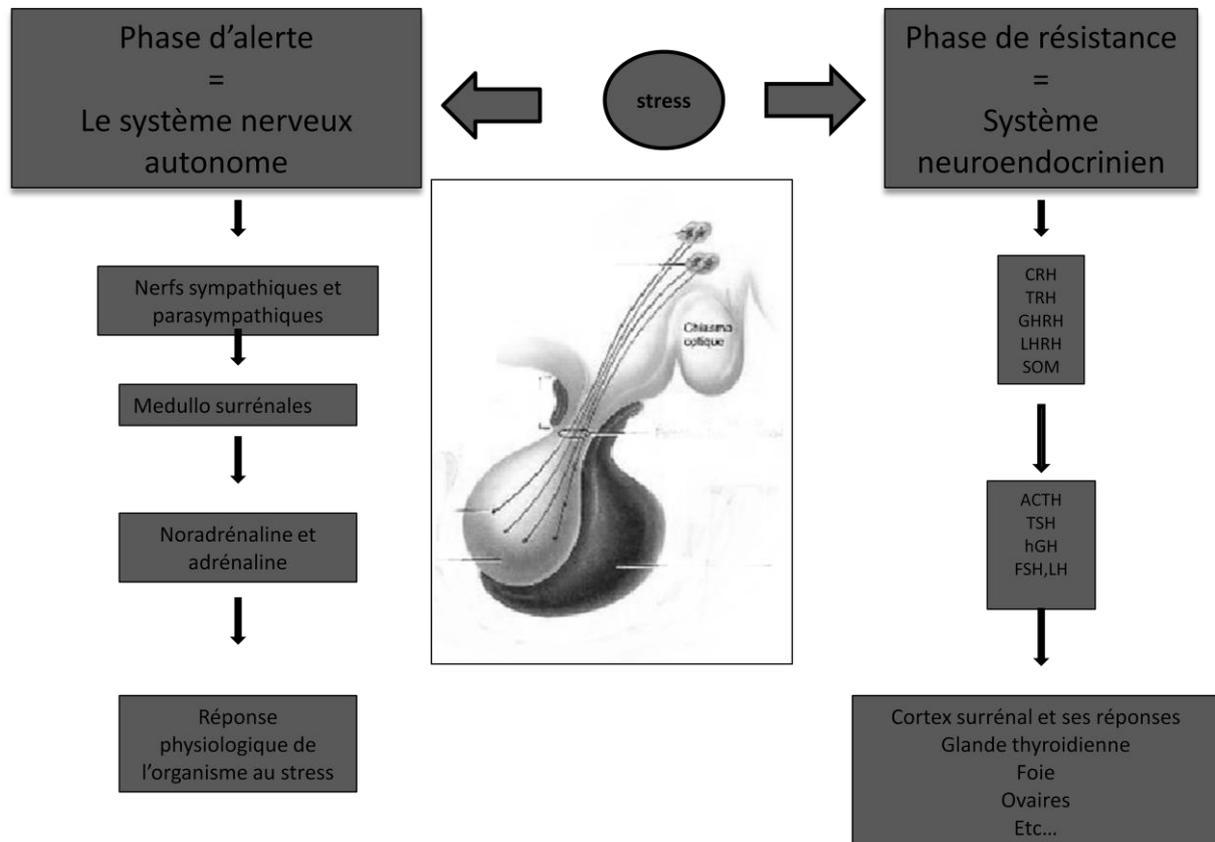
Sur le plan anatomique, les structures neuroendocriniennes mises en jeu débutent au niveau de l'hippocampe et des amygdales. Après avoir reçu le stimulus stressant, l'hypothalamus libère des neuropeptides : la CRH (hormone corticotrope), la LHRH (hormone lutéinisante), la TRH (hormone thyroestimuline), la SOM (somatostatine). Ceux-ci vont contrôler la libération des hormones hypophysaires comme la POMC (pro-opiomélanocortine), l'ACTH (hormone adrénocorticotrope), les endorphines, la LH (hormone lutéinisante), la FSH (hormone folliculo-stimulante), la GH (hormone de croissance), la TSH (hormone

thyroïdostimulante), l'ocytocine etc... qui vont influencer sur le fonctionnement des différents organes. Dans le stress, l'axe majeur est le corticosurrénalien avec la libération de la CRH et de l'ACTH.

La réaction se fait en deux phases. La première est nommée la phase d'alerte [37]. Elle correspond à une stimulation par des influx nerveux du système nerveux autonome (système sympathique et parasympathique). Ces derniers vont stimuler la glande médullo-surrénalienne qui sécrètera de l'adrénaline (80%) et de la noradrénaline (20%). En découlent les différentes réponses organiques au stress aigu : l'augmentation de la fréquence cardiaque et de la force de contraction du cœur, la vasoconstriction des vaisseaux sanguins de la plupart des viscères et de la peau, la contraction de la rate, la glycogénolyse dans le foie, la lipolyse, la transpiration, la dilatation des voies aériennes et le ralentissement du tube digestif.

La seconde phase est la phase de résistance. Elle fait intervenir le système neuro-endocrinien. Le cortisol résultant de la stimulation de l'ACTH sur le cortex surrénal augmente la néoglucogénèse, le catabolisme des protéines et la lipolyse, réduit l'inflammation, potentialise les effets de l'adrénaline et donc renforce la contractilité myocardique et la vasoconstriction. La GH agit sur le foie et entraîne la néoglucogénèse, la glycogénolyse et l'augmentation de la lipolyse. Les hormones thyroïdiennes contrôlent la thermogénèse, la glycolyse, la lipolyse et la stimulation des récepteurs Béta-adrénergiques des tissus cardiaques, musculaires et digestifs. La figure 6 schématise les différents mécanismes.

Figure 6 : Les deux phases du stress et les réponses biologiques consécutives à leur activation.



#### 4.1.5.5. Traumatismes de l'enfance et dérégulation du cycle du cortisol

Nancy NICOLSON [38] montre une relation entre le niveau de cortisol diurne et les maltraitances chez des patientes présentant des douleurs chroniques. La population étudiée est celle des patientes fibromyalgiques et des patientes souffrant d'ostéoarthrite. Plus le niveau de maltraitance est sévère et plus le taux de cortisol est élevé, notamment pour l'abus sexuel et émotionnel.

Linda CARPENTIER [39] retrouve une réponse atténuée de la sécrétion de cortisol en réponse à un stress psychologique et physiologique chez les patients ayant subi un abus

physique dans l'enfance. (A noter que ce stress correspond à un protocole incluant un discours public des jeux de rôles et des tests de calcul mental face à une confédération de juges).

Enfin Penelope K. TRICKETT [40] tend à concilier les résultats divergents des différents articles. Sa recherche consiste en une étude prospective qui compare le taux de cortisol à six moments de l'enfance à l'adolescence jusqu'à l'âge adulte, chez des femmes ayant subi des abus sexuels dans l'enfance et celles n'en ayant pas subi. Elle retrouve une atténuation de l'activité du cortisol à partir de l'adolescence avec des taux significativement plus bas à l'âge adulte. L'activité du cortisol post-abus est d'abord très élevée puis s'atténue progressivement à l'âge adulte par perturbation de la neurobiologie du stress.

#### 4.1.5.6. Traumatismes de l'enfance et neuroplasticité

Chez les patients victimes de traumatismes, il a été constaté des anomalies du volume des hippocampes et des amygdales. Il a été suggéré que l'atrophie hippocampique serait une conséquence de longues séries de stress. Lorsque le stress traumatique a débuté très tôt dans l'enfance, il peut entraîner un trouble du développement cérébral. Certaines pathologies et troubles du comportement ont des effets toxiques sur l'hippocampe (dépression, alcool, toxicomanie). Le stress affecte le développement du système nerveux central et déstabilise l'homéostasie de la neuroplasticité naturelle (notamment de l'hippocampe et des amygdales). Il supprime la neurogenèse du gyrus dentelé avec apparition d'atrophie des cellules pyramidales et des cellules dendritiques [35].

#### 4.1.5.7. Stress et pathologies

##### *4.1.5.7.1. Traumatismes de l'enfance, stress et dépression [35]*

Le stress active la sécrétion de corticoïdes. Ceci inhibe la transmission sérotoninergique centrale : les récepteurs de la sérotonine 5-HT1A (qui se trouvent sur l'hippocampe) sont inhibés par les glucocorticoïdes. Or la sérotonine joue un rôle essentiel dans l'humeur et, notamment, son manque favorise la dépression. L'exemple révélateur est celui de la maladie de Cushing. Il s'agit d'un hypercorticisme accompagné de manière fréquente d'un syndrome anxio-dépressif. Or celui-ci régresse après l'abaissement du taux de cortisone. Ainsi, l'augmentation chronique de corticoïde périphérique serait la cause de l'installation de l'état dépressif.

##### *4.1.5.7.2. Traumatismes de l'enfance et troubles mnésiques [35]*

Des tests réalisés sur des sujets atteints de la maladie de Cushing ont démontré des déficits portant sur les épreuves de mémoire verbale. Ceux-ci sont corrélés avec le degré de cortisolémie et d'atrophie hippocampique mesurée par IRM (imagerie par résonance magnétique). Il a été observé une normalisation des tests après guérison. Concernant l'atrophie hippocampique, une hypothèse neurotoxique a été posée. L'hippocampe est l'une des structures du cerveau les plus plastiques et les plus sensibles aux effets du stress. L'hypersécrétion de corticoïdes entraînerait une perte des cellules pyramidales de l'hippocampe. Des études ont montré que les troubles cognitifs et la perte neuronale des cellules pyramidales de l'hippocampe observés au cours du vieillissement chez des rats pouvaient être ralentis par une surrénalectomie et que l'atrophie de dendrites apicales était également retrouvée lors d'administrations répétées de corticostéroïdes. Ainsi il existe bien

une neurotoxicité des corticoïdes responsable d'atrophie hippocampes et de toutes ses conséquences physiopathologiques.

#### *4.1.5.7.3. Stress et diabète [35]*

Dans le cas d'un stress aigu, les systèmes sympathiques sollicités libèrent l'adrénaline et la noradrénaline dans les extrémités nerveuses. L'adrénaline diminue l'effet de l'insuline en stimulant la sécrétion d'hormone de croissance (GH) qui entraîne la néoglucogenèse hépatique et la glycolyse. Elle est alors responsable d'une hyperglycémie. Ceci peut être responsable d'un déclenchement du diabète ou de sa décompensation. Le stress induit également la production d'ACTH et d'endorphine qui inhibent la sécrétion de l'insuline. L'hypothèse est que le stress jouerait un rôle précipitant dans le déclenchement ou la décompensation du diabète.

#### *4.1.5.7.4. Stress et tube digestif [35]*

Le rôle du stress dans les troubles fonctionnels intestinaux est particulièrement discuté. De nombreuses études ont montré une corrélation entre exacerbation des symptômes et la survenue d'un stress dans les trois mois.

Concernant la motricité, le mécanisme des effets moteurs gastriques et coliques au cours du stress aigu implique l'action centrale de la CRH. Celle-ci inhibe la vidange gastrique et stimule la motricité colique. Ceci explique la sensation de plénitude, de nausées, de ballonnements et de troubles digestifs de type diarrhéique.

Sur le plan sensitif, la CRH est de nouveau impliquée. La CRH augmente la production de la substance P. En activant les récepteurs NK1 situés sur les mastocytes, elle restimule la libération de médiateurs (histamine, cytokine et substance P...) qui agissent sur les terminaisons des neurones afférents primaires digestifs. Par un réflexe axonal, ils libèrent des neurotransmetteurs favorisant une sensibilisation des terminaisons nerveuses sensibles et l'apparition d'un état d'hypersensibilité.

Ainsi nous avons montré l'existence d'une relation véritable entre traumatisme de l'enfance et les pathologies de l'adulte. Cette relation a une cause comportementale, mais résulte également d'une modification biologique de l'organisme. Faut-il dépister ces traumatismes ? Comment ? Quand ? Et pourquoi ?

## **4.2. Deuxième partie : comment dépister et prendre en charge les traumatismes de l'enfance ?**

### **4.2.1. Les signes d'appels et les syndromes**

Le collège américain des obstétriciens et gynécologues [41] s'est posé la question des différents symptômes que peuvent présenter les femmes victimes d'abus sexuels dans l'enfance.

- Les premières répercussions des abus sexuels dans l'enfance se font sur trois principaux plans :
  - Sur le plan émotionnel, un sentiment de peur, de honte, d'humiliation, de culpabilité et d'auto-blamation peut entraîner par la suite une dépression ou une anxiété permanente.
  - Les symptômes du stress post traumatique sont souvent retrouvés (pensées récurrentes et intrusives, cauchemars, flashbacks, comportements d'évitements...).
  - Une perception du soi faussée peut entraîner un mécanisme d'autodestruction.
- Les symptômes physiques retenus sont des douleurs chroniques et diffuses (notamment au niveau abdominal et pelvien), une baisse du seuil de sensibilité de la douleur et des désordres alimentaires.
- Les effets sur la sexualité sont une perturbation du désir sexuel associant l'acte sexuel au viol subi et à la douleur (dyspareunies et vaginisme). On note à l'inverse, une augmentation du risque d'avoir des partenaires multiples (> 50 partenaires), des infections sexuellement transmissibles et de contracter le VIH. Les grossesses accidentelles et la prostitution sont également des éléments associées aux abus sexuels.

BALA Martha [42], décrit les différents symptômes qui permettent de reconnaître un adulte ayant survécu à un abus sexuel dans l'enfance.

Le premier symptôme est la dissociation. Il s'agit d'un moyen de défense de l'enfant lors des abus. Il se dissocie de son corps pendant l'abus pour se projeter soit dans un objet inanimé soit dans un autre endroit. A l'âge adulte, les situations de stress comme les visites chez le médecin ou les rapports intimes peuvent rappeler les abus dans l'enfance et mener la victime adulte à se dissocier. La répétition des épisodes de dissociation peut être responsable d'une amnésie du traumatisme. Il rend alors d'autant plus difficile le diagnostic et renforce l'incompréhension du médecin concernant le comportement du malade.

Le second tableau est un syndrome de stress post traumatique. Il est décrit par des idées intrusives, des flashbacks, des cauchemars. Ils sont responsables d'hypervigilance et d'insomnie et entraîne une appréhension au coucher avec des horaires très tardifs. Des rituels de vérifications répétés de l'environnement de la chambre, l'impossibilité de dormir sans lumière ou musique, des positions particulières du lit, l'obligation d'une tenue pour dormir et des réveils nocturnes répétés doivent faire évoquer le diagnostic d'abus.

L'auto-abus doit également être évocateur. L'enfant a une baisse de l'estime de soi et s'auto-blâme. Il considère l'abus comme mérité car pensant être mauvais. Il pense que s'il s'améliore l'abus s'arrêtera. Or ceci est rarement le cas. L'adulte peut donc avoir des comportements d'autodestruction, des comportements d'automutilations, d'abus de substances ou d'aliments, de prise de drogues et d'alcool ainsi qu'un comportement sexuel et une conduite à risque. L'usage du corps comme monnaie d'échange est parfois retrouvé.

Les pathologies psychiatriques peuvent être des éléments indicateurs d'abus sexuel dans l'enfance (la dépression, l'anxiété voire l'attaque panique, la perte d'estime de soi, les troubles de la personnalité, les syndromes dissociatifs...).

Enfin, il s'agit souvent de patients étiquetés « difficiles ». Ils présentent de nombreuses plaintes somatiques sans cause organique retrouvée (les céphalées chroniques incluant les migraines, les douleurs abdominales ou pelviennes, les douleurs thoraciques, les troubles fonctionnels intestinaux etc...).

#### **4.2.2. Les phases d'adaptations au stress de l'enfant expliquant par la suite les symptômes [42]**

- La première est le secret et le silence. Non seulement la honte ou la peur mais aussi des menaces du persécuteur maintiennent l'isolement et le secret de l'enfant (le persécuteur peut prétexter nuire à la fratrie en absence de coopération ou affirmer qu'il remplace le rôle de la mère qui ne fait pas son devoir).
- La seconde phase est la vulnérabilité de l'enfant dépendant souvent de son persécuteur pour vivre (nourriture, toit, famille...). Il est essentiel lors de la prise en charge thérapeutique, de souligner à la victime l'état de vulnérabilité dans lequel elle se trouvait et de permettre une déculpabilisation.
- La troisième phase est l'accablement. L'enfant s'auto-blâme en concluant que ce qui lui arrive est mérité car il est mauvais. Cette attitude l'exposera à des dépressions et des comportements d'auto-abus et d'autodestruction.
- La dernière phase est le dévoilement. Elle est souvent mise au silence par un adulte par la réprimande (« pourquoi ne me l'as-tu pas dit avant »), ou par le déni (« où vas-tu chercher cette idée ? Ton père/beau-père te montre juste son affection. »). Enfin, les menaces du persécuteur par l'explication des conséquences d'une révélation maintiennent le silence (police, séparation familiale, conséquences sur toute la famille). Il rend la situation si insoutenable pour l'enfant qui préférera ne rien dire.

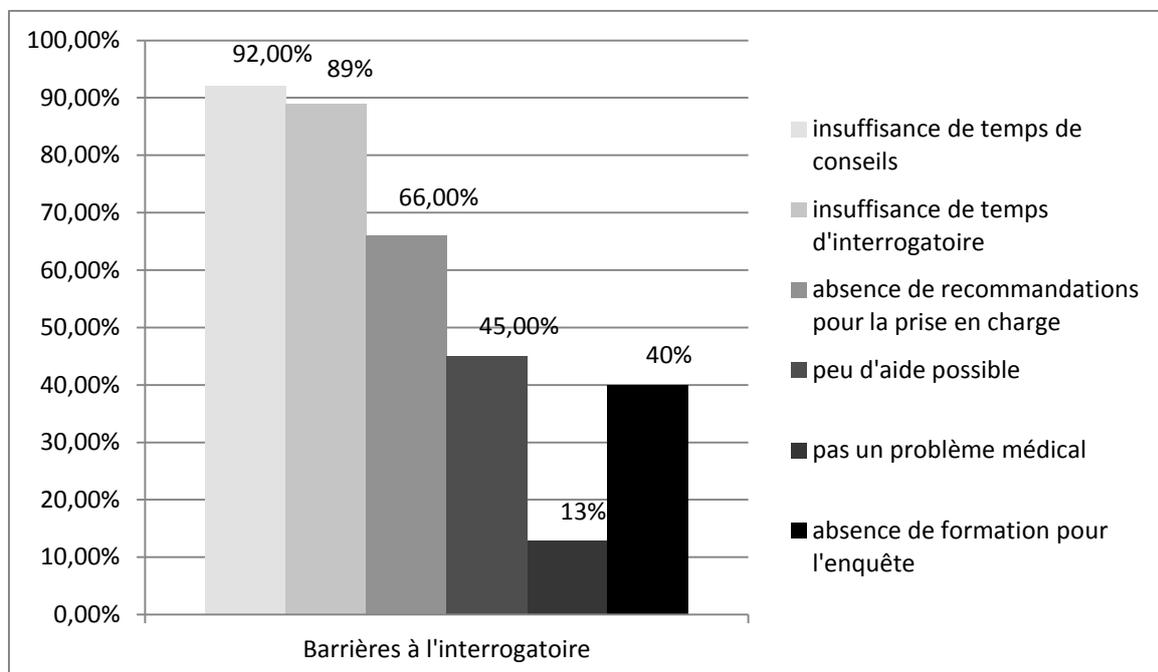
### **4.2.3. Etat des lieux du dépistage des traumatismes de l'enfance : trois études**

#### 4.2.3.1. L'étude américaine de Linda Weinreb [43]

- Les habitudes des praticiens sont :
  - 30% des praticiens réalisent l'enquête de manière fréquente ou systématique.
  - 75% de manière occasionnelle.
  - 79% d'entre eux pensent que leur rôle consiste à enquêter sur cet antécédent, mais seulement la moitié d'entre eux se sentent qualifié.
  
- Les éléments évocateurs du diagnostic:
  - La dépression, l'anxiété, les troubles psychiatriques et l'abus de substance.
  - Les douleurs et les symptômes chroniques sont peu retrouvés comme éléments évocateurs.

- Les trois principales barrières à cet interrogatoire sont :
  - Le fait de ne pas avoir le temps d'évaluer et de conseiller les victimes d'abus dans l'enfance (92%).
  - Ne pas avoir le temps d'interroger sur l'histoire de l'abus (89%).
  - L'absence de recommandations concernant la conduite à tenir (66%) (cf. figure 7).

*Figure 7 : Les barrières à l'interrogatoire.*

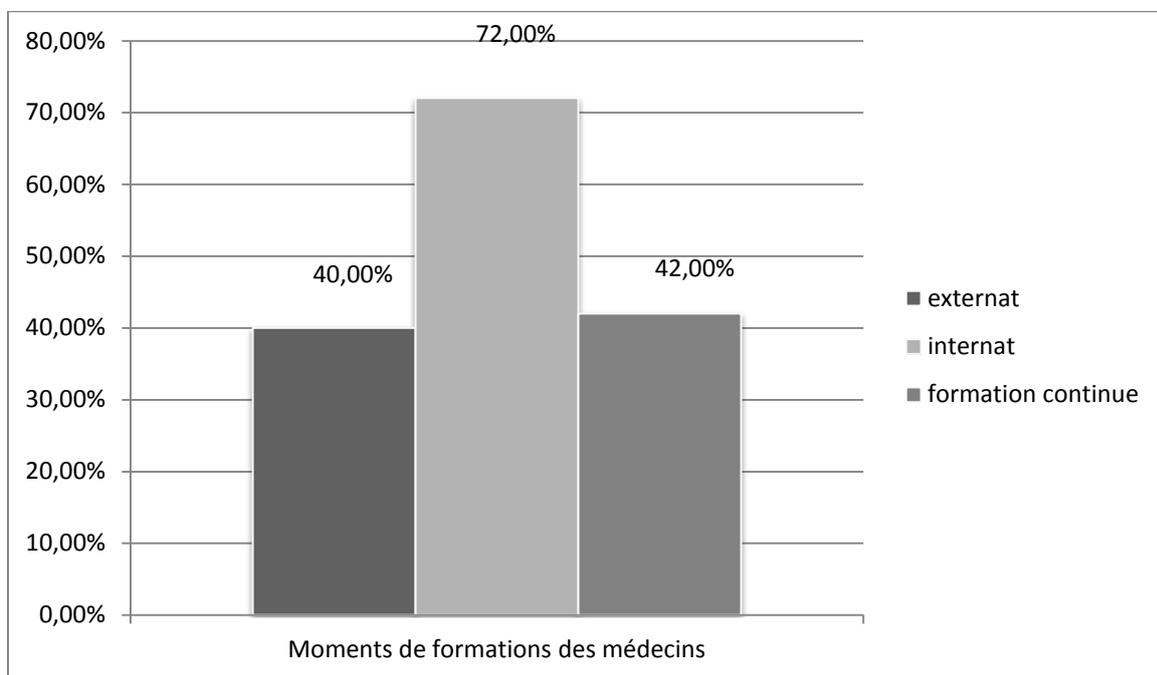


- Les autres barrières sont :
  - La conviction de ne pas pouvoir faire grand-chose après le dévoilement de la personne.
  - Ne pas avoir une formation suffisante pour pouvoir enquêter sur ces abus.
  - 12% pensent qu'il ne s'agit pas d'un problème médical.

- La formation des praticiens :

- 40% pensent ne pas avoir assez d'expérience pour une prise en charge adéquate.
- Parmi ceux déclarant avoir un entraînement suffisant :
  - 40% ont été formés pendant l'externat,
  - 72% pendant l'internat
  - 42 % en formation continue (cf. figure 8).

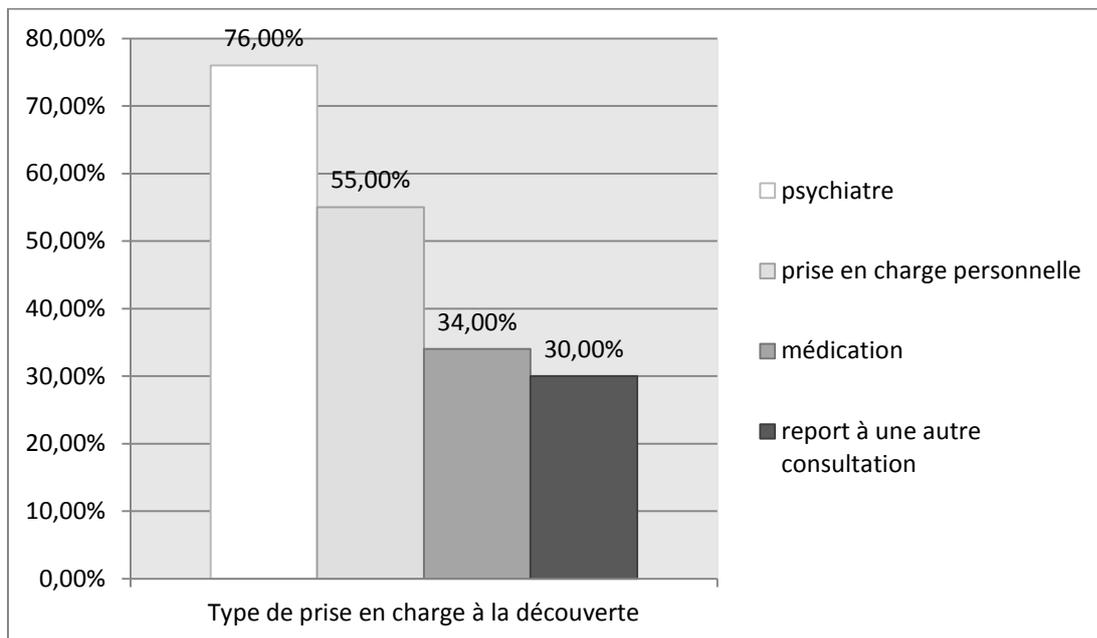
*Figure 8 : Moments de formations des médecins.*



- Conduite thérapeutique des médecins :

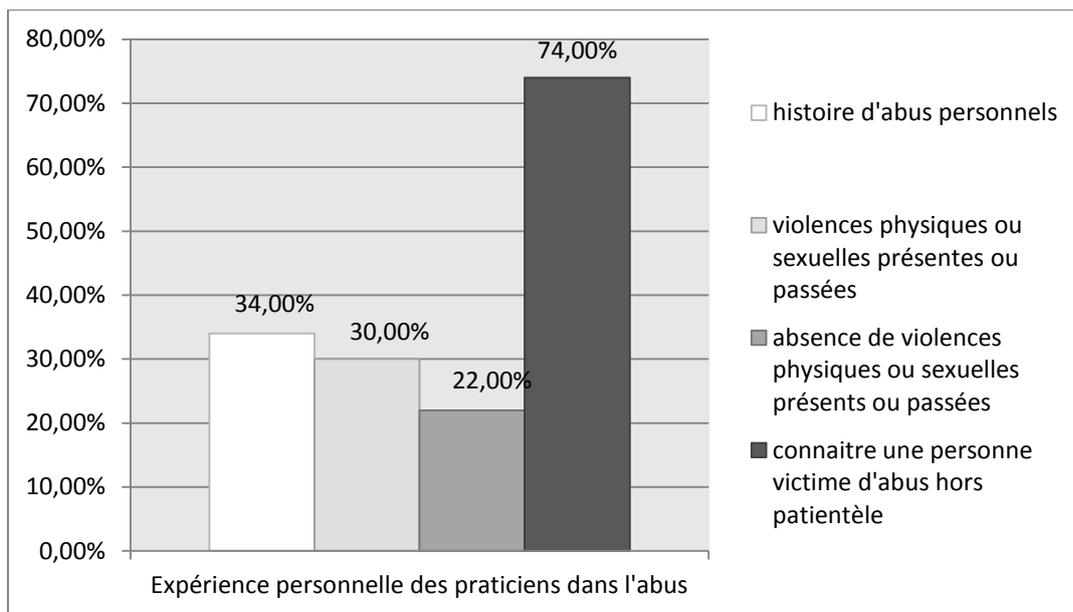
- 76% font appel au psychiatre
- 55% d'entre eux discutent du problème et de ses conséquences avec le patient
- 34% d'entre eux soulèvent la possibilité d'une médication
- 30% reportent la découverte de l'abus à une prochaine consultation (cf. figure 9).

Figure 9 : Type de prise en charge par les médecins à la découverte



- les caractéristiques des praticiens ayant répondu au questionnaire (cf. figure10)
  - 34% ont reconnu une histoire d'abus personnels (abus physique ou sexuel) ou de traumatismes personnels (comprenant aussi le témoignage de violence parentale).
  - 30% (43% des femmes et 24% des hommes) déclarent des violences physiques ou sexuelles présentes ou passées contre 22,4% qui n'en déclarent aucune.
  - 74% connaissent une personne hors patientèle (ami, un membre de la famille, etc) ayant eu des antécédents de traumatismes de l'enfance.

*Figure 10 : Expérience personnelle des praticiens dans les abus de l'enfance.*



- Les facteurs favorisant l'enquête :
  - Le fait d'être une femme, d'avoir connu une personne ayant subi un traumatisme dans l'enfance, ou d'avoir travaillé dans l'obstétrique.
  - Ceux qui programment une consultation dédiée à la prise en charge du traumatisme.

- Ceux qui se sentent confiants en leur capacité à réaliser l'enquête.
- Ceux qui pensent que ceci fait partie de leur rôle.
- L'inquiétude quant à retraumatiser le patient par l'enquête n'a pas de relation significative avec la fréquence d'enquête.

#### 4.2.3.2. L'étude de cas de Linda Weinreb [44]

Seul un tiers des femmes ayant été abusées en parlent à leur médecin. La majorité des patients soignés souhaite être interrogée par des interrogatoires de routine. L'étude interroge un groupe de 47 médecins généralistes, également enseignants dans quatre universités du Massachusetts au département de médecine générale et travaillant dans le centre de santé du Massachusetts, sur leur expérience clinique concernant la prise en charge des traumatismes de l'enfance.

Seuls six praticiens ont répondu au questionnaire. Les autres ne voyaient pas l'utilité d'un interrogatoire concernant les traumatismes de l'enfance. Les cinq principales idées émergeant du questionnaire sont :

- Les praticiens ne poseront pas de questions concernant les abus dans l'enfance en absence de symptômes inexplicables.
- Les praticiens qui ont plus d'expérience concernant le domaine de l'abus dans l'enfance seront plus amenés à soulever le problème en consultation.
- Les praticiens pensent qu'il est plus utile de s'intéresser aux abus du temps présent plutôt que ceux du passé.
- Les praticiens ne pensent pas qu'un interrogatoire sur des abus passés pourrait réactiver des troubles émotionnels et pensent que cela peut être utile pour le patient d'en discuter.

- Les praticiens pensent qu'ils feraient plus souvent l'enquête sur les traumatismes de l'enfance s'ils avaient plus de recommandations quant à la conduite à tenir.

#### 4.2.3.3. L'étude de Richardson J. [45]

L'enquête a été réalisée chez 380 médecins généralistes, 180 infirmières et 140 auxiliaires médicales travaillant dans l'Est de Londres. Le taux de réponse était de 57%.

- Les croyances médicales :
  - 81% des participants ne croient pas en la possibilité de séquelles à l'âge adulte des traumatismes de l'enfance.
  - 80% des répondants ne sont pas d'accord sur le fait qu'il n'y a rien à faire pour aider les femmes ayant subi des traumatismes sexuels dans l'enfance.
  - Moins de 10% des interrogés pensent qu'il faut faire un interrogatoire de routine.
  - 38% ont reçu une formation pour aider les femmes sexuellement abusées dans l'enfance. A peine la moitié donne une information écrite.
- Les caractéristiques des interrogés :
  - Les infirmières sont moins amenées à réaliser une enquête que les auxiliaires de vie.
  - Après ajustement avec le sexe, les médecins généralistes femmes sont ceux qui pensent le plus qu'il s'agit d'un véritable problème de santé.
  - Ceux qui souhaitent le plus une formation sont les auxiliaires de vie.

#### **4.2.4. Propositions méthodologiques pour les dépistages des traumatismes de l'enfance et la prise en charge [12-42-46-annexe 5]**

##### 4.2.4.1. Proposition méthodologique pour l'interrogatoire

###### *4.2.4.1.1. Les barrières*

Les principales barrières à l'interrogatoire sont liées d'une part à un malaise du médecin pour la prise en charge des traumatismes (peur de remuer le passé ou de bouleverser le patient, crainte d'incompétence, culpabilité du médecin qui a méconnu les faits [13, annexe 5]) mais également à l'absence de recommandations sur lesquelles ce dernier pourrait s'appuyer (comment interroger avec tact et répondre, y-a-t-il des risques de fausses mémorisations ? [12, 46, Annexe 5]).

###### *4.2.4.1.2. Les méthodes proposées à l'interrogatoire*

L'interrogatoire systématique est préconisé même en absence de signe d'appel [12, 42, annexe 5]. Différentes méthodologies sont proposées. La manière directe correspond à un questionnement au cours de l'interrogatoire initial. L'autre, appelée sensitive, se réalise en posant la question soit par étapes d'antécédents (familiaux puis psychosociaux puis concernant l'enfance), soit par un interrogatoire sur les souvenirs d'enfance.

Louis JEHEL préconise un interrogatoire systématique au cours de la première consultation et un questionnement sur les traumatismes de l'enfance en présence d'événements ou de signes évocateurs (cf. annexe 5).

Enfin, John READ souligne la difficulté de reposer la question en absence de signes évocateurs si celle-ci n'a pas été posée lors de l'interrogatoire initiale [12].

#### *4.2.4.1.3. Les remarques concernant l'interrogatoire*

Le ton du respect et du soutien doit être entendu par le patient [42]. Il ne faut pas chercher une affirmation ou un dévoilement instantané, le but de l'interrogatoire est l'ouverture au dialogue. De plus, seule la moitié des abus qui ont été retrouvés l'ont été par l'usage du mot abus : les questions doivent être des exemples précis comme « quand-vous étiez enfant, est ce qu'un adulte vous a déjà corrigé avec par la suite des traces d'ecchymoses, de griffures, de coupures ? », « quand vous étiez enfant vous a-t-on fait quelque chose de sexuel qui vous a dérangé ? » [12]. Martha BALA [42] souligne qu'une réponse négative peut avoir plusieurs significations : un manque de confiance envers le praticien et/ou un mécanisme de défense psychologique (déli, dissociation, minimisation, mauvaise interprétation à tort de l'abus comme un signe d'affection).

#### *4.2.4.2. Proposition méthodologique pour l'examen clinique*

Candice SCHACHTER [48] souligne que les gestes médicaux peuvent rappeler l'abus et entraîner des flashbacks, des dissociations ou des émotions inadaptées comme l'anxiété, la peur, la colère durant l'examen physique ou la prise en charge clinique. Il convient donc de guider les patients pas à pas durant l'examen clinique en décrivant précisément les différents gestes avec ou non l'usage d'instrument.

#### 4.2.4.3. Proposition méthodologique pour la tenue du dossier

Pour la tenue du dossier John READ [12] conseille de prendre des notes précises avec des guillemets comme pour un certificat lésionnel initial.

#### 4.2.4.4. Proposition méthodologique pour la prise en charge des victimes après dévoilement

##### *4.2.4.4.1. Proposition méthodologique concernant la prise en charge immédiate*

Le dévoilement est l'étape phare de la prise en charge. Elle constitue en elle-même une thérapie et est le noyau de la psychothérapie. Il convient lors de la révélation de ne pas chercher à avoir tous les détails. Une médication ne doit pas être systématique. Tous les auteurs s'accordent sur le fait qu'il est essentiel que le médecin indique au patient l'importance de la révélation, mais aussi sa reconnaissance en la difficulté pour la réaliser. Le médecin doit encourager le patient et lui faire comprendre qu'une prise en charge va être proposée. L'impact des abus sur la santé des victimes doit être notifié ainsi que le lien entre les plaintes du patient et les traumatismes qu'il a subit [12, 42, Annexe 5]. Enfin, les examens futurs doivent être adaptés au type de traumatisme (environnement de la salle d'examen, examen physique de certaines parties du corps non supportable par les victimes, examens complémentaires inadéquat tel l'usage d'un spéculum ou les coloscopies). [46]

##### *4.2.4.4.2. Les vérifications nécessaires après le dévoilement*

Il convient de s'assurer qu'il n'y ait pas eu de dévoilement antérieur. Dans le cas contraire, les prises en charges précédentes doivent être étayées. John READ recommande de vérifier l'état

émotionnel, le ressenti du dévoilement et la sécurité du patient voir des autres victimes potentielles vis-à-vis des abus [12, 42].

#### *4.2.4.4.3. Proposition méthodologique pour le suivi du dévoilement*

Tous les auteurs s'accordent sur le fait que le suivi psychologique est le cœur de la prise en charge. Celle-ci peut parfois nécessiter l'intervention du psychiatre. Des consultations doivent être programmées et permettront de reparler du problème. Les conséquences des abus telles les addictions devront être prises en charge.

#### *4.2.4.4.4. Place du judiciaire dans la prise en charge*

Il faut informer la victime de ses droits et de la possibilité de porter plainte. Cependant les points positifs et négatifs du procès notamment sa pénibilité doivent être soulignés [12, annexe 5]. Une assise correspond à un face à face avec les traumatismes passés et les problèmes présents ainsi qu'à un face à face avec l'agresseur. Elle demande également un dévoilement de l'intimité de la victime et la reviviscence de la situation (annexe 5). Les aides médicales durant le procès peuvent être proposées. D'autre part, la recherche d'autres victimes potentielles doit être faite.

#### 4.2.4.4.5. Récapitulatif des recommandations consensuelles des différents auteurs

Tableau 30 : tableau récapitulatif des recommandations consensuelles des différents auteurs

	Thèmes des méthodologies abordées par tous les auteurs	Propositions consensuelles des auteurs
L'interrogatoire	Les barrières	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Malaise du médecin : peur de remuer le passé, de bouleverser le patient, la culpabilité.</li> <li>- Absence de recommandation.</li> </ul>
	L'interrogatoire	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Systématique</li> <li>- Méthodologie directe ou sensitive (par étape de questionnement).</li> <li>- Faire entendre le ton du respect et du soutien.</li> <li>- Ne pas chercher à avoir tous les détails.</li> </ul>
Prise en charge	La prise en charge immédiate	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Le dévoilement est le début de la prise en charge.</li> <li>- Indiquer au patient l'importance de la révélation.</li> <li>- Indiquer la reconnaissance en la difficulté au dévoilement.</li> <li>- Notifier le lien entre les plaintes du patient, ses pathologies et les traumatismes de l'enfance.</li> <li>- Pas de médication systématique.</li> </ul>
	Les vérifications nécessaires après le dévoilement	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Rechercher un dévoilement antérieur.</li> <li>- Vérifier la stabilité émotionnelle et la sécurité du patient.</li> </ul>
	Le suivi du dévoilement	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Suivi psychologique essentiel.</li> </ul>
	La place du judiciaire	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Informer la victime de ses droits et de la possibilité de porter plainte.</li> <li>- Informer la victime de la pénibilité et des aides possibles au cours d'un procès.</li> </ul>

#### 4.2.4.5. L'importance d'établir une connexion entre maladie et traumatismes de l'enfance

John READ souligne [12] le désir des patients d'établir une connexion entre leur maladie et les événements malheureux qui leur sont arrivés. Il souligne que les patients pensent que leurs problèmes de santé sont causés par les mauvaises choses qui leur sont arrivées et espèrent être interrogés par le psychiatre. 69% des patients interrogés pensent qu'il existe une connexion

entre le fait d'avoir été abusé et leur maladie mentale et estiment qu'il appartient au psychiatre d'en établir la connexion.

#### 4.2.4.6. Difficulté du dévoilement lié à la dissociation : avis d'un expert en psychotraumatismes, Louis JEHEL (cf. Annexe 5)

Les traumatismes de l'enfance sont souvent la cause de syndrome de stress post traumatique avec flashbacks, cauchemars, conduite d'évitements etc... Il est important de souligner la dissociation, mécanisme de défense de l'enfant pour surmonter les abus (en séparant son corps de son esprit durant les abus et en se déconnectant de la réalité). Il s'agit d'un oubli inconscient : le patient ne se souvient pas de s'être dissocié. Le travail de psychothérapie vise à rétablir cette connexion pour pouvoir discuter du traumatisme et mieux le comprendre et ainsi guérir. Il convient de noter l'existence d'un effet cumulatif des traumatismes de l'enfance. Une personne ayant subi un traumatisme a une plus grande probabilité d'en avoir subi d'autres. Or, plus il y a de traumatismes, plus le risque de dissociation est grand, plus la révélation va être difficile et plus la prise en charge sera complexe.

#### 4.2.4.7. Une aide diagnostique, la triade de l'inceste

Dans un article, Louis JEHEL et al. [48] montre l'existence d'une triade diagnostique pour la survenue d'inceste dans l'enfance. Une réponse positive aux trois questions :

- Présence de troubles alimentaires compulsifs
- Idées ou impulsions suicidaires
- Phobies sociales

Le tableau 31 révèle ainsi une forte fiabilité de la triade avec des valeurs prédictives positives et négatives élevées.

*Tableau 31 : Valeur prédictive positive et négative de l'usage de la triade en fonction du sexe.*

	Valeur prédictive positive (réponse positive aux trois questions)	Valeur prédictive négative (au moins une réponse négative à l'un des trois questions)
Femmes	91%	82%
Hommes	76%	97%

## 5. Discussion

---

### 5.1. Une réelle relation entre traumatismes de l'enfance et pathologies de l'adulte

Un lien entre traumatismes de l'enfance et pathologies de l'adulte a été établi. Des études comme l'ACE Study ou le suivi de cohorte de R.DUBE, soulignent le lien de causalité. La recherche effectuée sur MEDLINE a permis de réunir des articles permettant d'attester d'un lien entre les traumatismes de l'enfance et des pathologies précises adultes. Les maladies comme les troubles mentaux (dépression, troubles anxieux, troubles alimentaires, troubles de conduites, toxicomanie et tendances suicidaires), les troubles du sommeil, la migraine, l'hypertension artérielle, la broncho-pneumopathie, le cancer pulmonaire, l'asthme, le diabète de type 2, l'infarctus, les maladies auto-immunes sont des pathologies pouvant découler d'un traumatisme de l'enfance. Les différents articles sont des études réalisées pour la plupart de manière rétrospective par le biais d'un suivi de cohorte, basé sur des questionnaires ou des recueils de données. Des augmentations de risques pour les pathologies citées ont été notées dans l'ensemble des articles pour les sujets ayant souffert de traumatismes de l'enfance par rapport à ceux n'en ayant pas eu et cela de manière croissante et proportionnelle au nombre de traumatismes subis. Les tableaux récapitulatifs concernant l'augmentation de risque des pathologies de l'adulte par rapport à chaque type de traumatismes de l'enfance (tableau 29 et annexe 4) soulignent que les abus sexuels semblent être le type d'abus ayant l'impact le plus important sur l'état de santé des victimes. Il augmente fortement le risque d'obésité et les comportements sexuels à risque (relations sexuelles précoces et les grossesses précoces). Les abus physiques et psychologiques augmentent le risque de maladies pulmonaires. Un lien probable avec le tabagisme serait à discuter. La négligence, la précarité, les maladies mentales parentales sont des facteurs de risque de troubles du comportement. Dans ces troubles sont

inclus les tentatives de suicides, les comportements sexuels à risque et leurs conséquences ainsi que les conduites automobiles à risque. La négligence, la précarité, les maladies mentales parentales correspondent à une carence à l'encadrement et à l'éducation parentale. Cela mène à penser que ces troubles du comportement sont directement liés à cette carence parentale (par manque d'éducation mais aussi comme un signe de révolte ?)

Pourquoi le fait d'avoir subi un ou des traumatismes de l'enfance peut-il prédisposer à développer une pathologie réelle et médicalement prouvée à l'âge adulte ? Quels en sont les mécanismes ?

La première hypothèse est comportementale. Un enfant ayant subi des traumatismes va traverser plusieurs phases. Celle du silence qui le renferme sur lui-même par peur de préjudice physique, psychique et affectif. La phase suivante est celle de la vulnérabilité. L'enfant est dépendant de l'adulte agresseur sur le plan de la survie (le gîte, le couvert, les vêtements et la représentation sociale). Cela place d'emblée l'enfant dans une position d'infériorité. La troisième partie du processus correspond à celle de la perte d'estime de soi. La dernière phase est celle de l'échec du dévoilement. L'enfant, qui a recherché de l'aide, est soumis à des reproches (car non cru ou non écouté, l'histoire étant tellement difficile à entendre ou à accepter par les autres adultes). Au décours, il va se renfermer, développer des mécanismes de défense (dissociations, dénis). Ceux-ci permettent à l'enfant de s'échapper pendant les moments difficiles mais constitueront une barrière au dévoilement futur puisqu'ils entraînent un oubli inconscient des abus. L'autre réaction possible est celle du syndrome de stress post-traumatique. En perdant de sa sociabilité, il se renferme sur lui-même et ne parviendra pas à acquérir un développement psycho-social adéquat à sa construction psychique. Peuvent alors apparaître des troubles psychiatriques comme une dépression, une psychose paranoïaque, des troubles anxieux, voire des idées suicidaires. Le fait de l'empêcher d'avoir une vie d'enfant « normale », est une barrière à son éducation et à son avenir. Ne pouvant se consacrer aux

études et aux loisirs habituels d'un enfant, il se retrouvera en difficulté scolaire puis en échec scolaire et par la suite en échec dans la vie professionnelle et sociale.

L'adoption de comportements à risque est un moyen de lutte contre le stress émotionnel engendré par les traumatismes de l'enfance. Il peut aussi être favorisé par l'absence de surveillance parentale. Cependant, la répétition de ces comportements à risque peut devenir délétère. Le tabac, la suralimentation, l'alcool, l'usage de drogues illicites, les tentatives de suicide, les conduites sexuelles à risque et le goût pour le danger comme la conduite au volant à risque sont des outils pour s'échapper d'un quotidien difficile, stressant et révoltant. Ces méthodes de gestion du stress et du désarroi ne sont qu'une solution transitoire et ont des effets négatifs : l'isolement social, le surendettement, la dépendance physique et psychique aux « drogues » (drogues illicites, alcool, tabac, addictions diverses (sexuelles, aux jeux, au danger)). Par exemple, le tabac est utilisé pour la nicotine et son effet anti-stress. Or il est le principal facteur de risque de la broncho-pneumopathie chronique et du cancer pulmonaire. Concernant les drogues illicites et/ou intraveineuses celles-ci sont connues pour augmenter le risque de maladies comme le VIH, les hépatites notamment B et C et par la suite la survenue de cirrhose. Ces drogues peuvent également engendrer des conduites à risque (comportements sexuels à risque, comportements à risque en voiture...). Dans le cas de l'alcool, il s'agit d'un facteur de risque de cirrhose, d'hépatite alcoolique mais aussi d'isolement social, de troubles de conduite et de dépression.

La seconde hypothèse est que les traumatismes de l'enfance modifient le fonctionnement physiologique et biologique de l'organisme. Les articles étudiés semblent montrer que les traumatismes de l'enfance exposent l'enfant à un stress d'abord aigu puis chronique. Un traumatisme va laisser l'enfant dans une phase de stress aigu, de choc. Ce traumatisme peut engendrer un syndrome de stress post traumatique. Celui-ci peut s'installer d'emblée du fait de sa violence ou de manière progressive (surtout s'il est répété). Le syndrome de stress post

traumatique est un stress chronique dans lequel l'enfant va être plongé pendant tout son développement. Des modifications physiologiques liées à ce stress chronique ont été retrouvées. Elles pourraient intervenir sur le plan chromosomique. Il s'agit d'une modification de l'épigénétique avec un raccourcissement de la taille des télomères. Le télomère étant promoteur de la stabilité chromosomique cellulaire, un raccourcissement est responsable et est le reflet d'un vieillissement cellulaire prématuré. Sur le plan cellulaire, le stress chronique induit une modification des axes neuroendocriniens dont le plus important est le corticotrope. En cas de stress prolongé, après une période d'hypercorticisme, un échappement avec un taux de cortisol bas et une hyperréactivité aux glucocorticoïdes apparaissent. Ce dérèglement du cycle de la cortisone est responsable d'une dérégulation de tout l'organisme quelque soit la phase du dérèglement. Une neuroplastie résultant de ce stress avec les atrophies hippocampiques et amygdaliennes entraînent l'apparition de troubles mnésiques. Une dépression peut s'installer par inhibition des récepteurs à la sérotonine par la cortisone. Le diabète, les troubles digestifs liés aux troubles de la motricité et sensibilité de l'appareil digestif sont d'autant d'exemples de perturbation du fonctionnement physiologique de l'organisme.

L'exemple de la fibromyalgie est illustratrice du concept [49]. La fibromyalgie est une maladie caractérisée par l'existence de douleurs diffuses et multiples avec des points douloureux à la palpation. Des manifestations multiples comme une fatigue chronique, des troubles du sommeil, de l'anxiété, une dépression...en sont également caractéristiques. Elle a une prévalence de 1.3% en Europe donc non négligeable. Les douleurs sont diffuses et permanentes. Elles sont pénibles et handicapantes pour les gestes de la vie quotidienne et sont aggravées par le froid, l'émotion, le manque de sommeil, etc... Celles-ci sont difficiles à décrire et à localiser. L'explication physiopathologique de la fibromyalgie est une désorganisation du système de la douleur. La douleur est subjective et composée à la fois

d'une part biologique et d'une part affective et sensorielle. La fibromyalgie est une mauvaise interprétation du message douloureux qui exacerbe le message et favorise l'allodynie. Les causes retrouvées sont une susceptibilité psychologique, des événements affectifs, une infection... Certaines études ont montré que les fibromyalgiques avaient tendance à avoir une grande émotivité, de la sensibilité et une fragilité, un manque d'estime et de confiance en soi. La survenue d'un événement traumatisant dans l'enfance est un facteur déclenchant ou favorisant reconnue dans la maladie fibromyalgique. Des études évoquent le fait que le traumatisme modifie la capacité de l'individu à réagir face à un stress nouveau et que le corps ne pouvant supporter l'épreuve réagit par des manifestations somatiques.

Les traumatismes de l'enfance sont responsables de deux types de pathologies, celles qui sont reconnues sur le plan médical et celle de l'entité « des pathologies multiples inexplicées ». Il s'agit d'un état intermédiaire entre la pathologie médicale et la sensibilité individuelle. Il existe dans ce syndrome un abaissement des seuils de la douleur, de l'émotivité lié aux mécanismes de régulation du stress chronique. Ceci entraîne une allodynie d'où les douleurs abdominales, pelviennes, les migraines, les douleurs articulaires etc... L'émotivité, la perte de capacité à faire face à des événements déstabilisants exacerbent tout événement pouvant survenir sur le plan organique. Il est important de bien identifier cette entité car elle est responsable d'un nomadisme médical du fait de sa diversité, de sa fluctuance et du manque de cause organique retrouvée (échec et conflits avec le corps médical, perte du suivi médical). Il convient de noter que la part psychologique est souvent évoquée par les médecins mais non entendue par le patient et aboutit à une absence de prise en charge. Or ces pathologies multiples, récidivantes et inexplicées peuvent être la conséquence d'un traumatisme de l'enfance.

## **5.2. L'objectif du dépistage des traumatismes de l'enfance**

Il y a un véritable enjeu de santé publique pour prendre en charge ces traumatismes de l'enfance. Leur dépistage permet de prendre en charge les pathologies multiples et inexpliquées. Le médecin ayant notion de ces traumatismes, pourra évaluer l'impact du stress chronique sur le patient et proposer des traitements appropriés, non seulement pour les symptômes mais aussi pour la prise en charge psychologique du traumatisme. Il s'agit de la prise en charge immédiate. Elle solutionne le nomadisme médical et diminue les dépenses de santé résultantes, évite le conflit avec le corps médical et l'exclusion au final du patient du système de santé.

D'autre part, il y a un travail de prévention secondaire consistant à empêcher l'apparition de maladies comme l'infarctus, le diabète, la broncho-pneumopathie, les maladies sexuellement transmissibles, etc... en contrôlant les facteurs de risque qui peuvent favoriser leur apparition. La prise en charge du tabac, de l'alcool, des conduites à risque, de la toxicomanie limite voire arrête le processus qui entraînerait par la suite l'apparition d'une maladie grave et diminue la morbi-mortalité du patient victime des traumatismes.

Enfin en prévention tertiaire, le fait que le patient se rende compte de son traumatisme permet de ne pas perpétuer ce dernier. En effet, il est possible que l'abus soit toujours présent. Les patients victimes de traumatismes de l'enfance ont tendance à être revictimisés. Le dévoilement permet de mettre en place des actions de protection pour le patient qui est alors une personne vulnérable. De plus, le persécuteur continue parfois les abus sur d'autres enfants. Le dévoilement peut donc mettre fin à ses actes et permettre la prise en charge des autres victimes.

### **5.3. Quelle est alors la place du médecin généraliste ? Quelle pourrait être la prise en charge qu'il pourrait proposer?**

#### **5.3.1. La demande des victimes**

Nombreuses sont les victimes qui attendent dix ans pour dévoiler leur(s) abus dans l'enfance ou qui ne le feront jamais. Elles souhaitent le questionnement de la part du praticien, ne sachant pas comment introduire le sujet. Elles ont besoin d'être rassurées : un environnement sécurisant, avec de la lumière, la disponibilité du médecin, la promesse de la confidentialité et du suivi sont des éléments favorisant le dévoilement. L'information que le médecin sera capable de prendre en charge le traumatisme aide à la révélation (feuilles d'informations, affiches dans la salle d'attente ou sur le bureau de consultation permettant aux patients d'être assurés d'une prise en charge adéquate). Enfin, elles souhaitent une prise en charge adaptée à leur traumatisme : certaines parties du corps (notamment abdominale et pelvienne) ou certains examens médicaux (frottis, coloscopie etc...) peuvent être mal supportés par les victimes car pouvant être déclencheurs de flashbacks, de dissociations, de terreurs. L'environnement, avec le médecin seul, face au patient en train de l'examiner, peut rappeler celui des abus, notamment si ces derniers étaient sexuels. Il est recommandé d'expliquer les différentes parties de l'examen clinique ou des examens complémentaires, de guider les patients pendant les différentes étapes de l'examen et de s'arrêter quand ceux-ci le demandent. Parfois, le fait de laisser une porte ouverte, ou la présence d'un tiers est un élément rassurant pour la victime.

#### **5.3.2. Le ressenti des médecins généralistes, leurs attitudes actuelles et les causes**

De nombreux praticiens sont d'accord sur le fait qu'il s'agit d'un problème de santé mais peu d'entre eux réalisent le dépistage et encore moins en systématique. Ils ne réaliseront pas de dépistage en absence de signes ou de symptômes évocateurs. Les différentes barrières à ce

dépistage sont la peur de remuer le passé et de perturber le patient mais aussi d'induire des fausses mémoires. Le fait de ne pas savoir comment réaliser le dépistage, la peur de ne pas pouvoir répondre par une prise en charge adéquate, la pensée qu'il est plus utile de s'intéresser aux problèmes actuels qu'à ceux du passé et le manque de temps pour une telle prise en charge sont d'autant de freins au dépistage.

Il existe une culpabilité de la part du médecin. Etant le médecin traitant, il est souvent aussi le médecin de famille et il a connu l'agresseur. Le fait de ne pas avoir décelé les événements au moment des faits, entraîne une part de déni de la part du praticien. De plus, le médecin a peur de gêner le patient par la question qu'il trouve intrusive et parfois même taboue. Or c'est la gêne du médecin qui entraîne la gêne du patient et non l'inverse.

Les différentes enquêtes révèlent que les praticiens les plus amenés à réaliser l'interrogatoire sont souvent des femmes ou des praticiens qui ont connu un patient ou une personne de l'entourage victime de traumatismes de l'enfance. Ainsi le taux de dépistage est augmenté par une sensibilisation aux traumatismes de l'enfance. Une formation durant les études universitaires et durant l'internat serait donc propice au dépistage. On peut également se poser la question de la nécessité de journées de sensibilisation lors des cours de formation continue des médecins généralistes.

De nombreux praticiens affirment que le paramètre temps est un élément empêchant le dépistage. Le système de santé français est la plupart du temps une rémunération à l'acte. Les consultations ont une moyenne de quinze minutes, temps insuffisant en cas de dévoilement. Une revalorisation de l'acte pourrait être une aide favorisant le dépistage. En cas de découverte, une codification permettra au médecin de ne pas être réticent pour le dépistage et d'être rémunéré pour le temps passé. Le débat serait de savoir s'il faut appliquer une codification spécifique, auquel cas le secret médical serait partagé avec l'assurance maladie et

pourrait alors être une barrière du point de vue du patient ou bien une codification déjà préexistante, comme celle pour les visites d'urgences où le secret médical resterait protégé.

### **5.3.3. Proposition de recommandations pour le dépistage**

Concernant le dépistage, il existe deux niveaux. Le premier est celui du dépistage systématique. La question doit être posée en systématique, lors d'une première consultation. Elle s'intègre dans l'interrogatoire comme un facteur de risque à part entière, au même titre que l'alcool et le tabac.

Dans un second temps, un dépistage devant des symptômes (syndrome de stress post traumatique, syndrome des pathologies multiples et inexplicables), des conduites à risque, des troubles de conduite ou un comportement étrange au cabinet ou au cours de l'examen clinique doit être fait. Il convient de noter que certaines pathologies et encore plus certains regroupements de pathologies (cf. tableau 29 et annexe 4) doivent évoquer un abus dans l'enfance. Par exemple, la présence d'une obésité morbide, surtout si elle est couplée à des antécédents de comportements sexuels à risques (entraînant des grossesses précoces, des interruptions volontaires de grossesses précoces ou des maladies sexuellement transmissibles), peut être un signe d'abus sexuel dans l'enfance. De même, un tabagisme important surtout s'il y a une difficulté au sevrage, et s'il est accompagné d'une maladie pulmonaire et /ou d'un trouble du sommeil et/ou d'une migraine chronique, doit faire penser à des abus physiques ou à une maltraitance psychologique dans l'enfance. Enfin, les troubles du comportement doivent suggérer une carence parentale et donc la possibilité d'avoir eu un parent toxicomane ou ayant souffert d'une maladie mentale. Au total, il existe des pathologies et notamment des regroupements de pathologies qui doivent être des signes évocateurs de traumatismes de l'enfance. Les médecins doivent être attentifs à ceux-ci car ils permettent de

motiver un dépistage. Pour y parvenir, le médecin peut reprendre le schéma des antécédents avec une focalisation sur l'enfance (« Comment s'est passée votre enfance ? Quels sont vos meilleurs souvenirs de l'enfance, les moins bons ?? etc...»). L'autre versant plus sensitif serait que le médecin présente les choses dans l'intérêt du patient en le prévenant. (« Les choses que je vais vous demander sont peut être dures à entendre. », ou « y-a-t-il des choses que je dois connaître sur vous avant de vous examiner ? »). Dans tous les cas, le but est d'amener la question et d'aider le patient à se dévoiler, s'il y a nécessité.

Une réponse négative de la part du patient ne signifie pas l'absence de traumatisme. Il peut révéler un manque de confiance vis-à-vis du praticien pour la révélation ou un syndrome dissociatif ou un déni. Le but est de soulever la question pour qu'une fois prêt, le patient puisse s'ouvrir, se dévoiler et être pris en charge.

Dans le cas où le doute est important et que la réponse du patient est négative, l'usage de la triade diagnostique pour le cas de suspicion d'inceste peut être une aide pour le médecin traitant. Concernant les examens complémentaires, au niveau biologique, la question du dosage de la cortisolémie (qui est comme on le sait perturbée en cas de traumatisme de l'enfance) doit être discutée. Enfin l'IRM (imagerie par résonance magnétique) cérébrale à la recherche d'une atrophie hippocampique ou amygdalienne pourrait être un argument de plus pour des traumatismes de l'enfance.

Il convient pour le dépistage de ne pas chercher à avoir tous les détails, c'est au patient de considérer ce qu'il peut révéler. Le but étant uniquement la prise en charge en cas de traumatisme avec les différents niveaux de prévention cités ci-dessus.

Tout dévoilement doit être noté dans le dossier.

### **5.3.4. Propositions de recommandations pour la prise en charge des traumatismes de l'enfance**

La prise en charge se fait en deux étapes : la prise en charge immédiate au moment du dévoilement et la prise en charge de suivi.

Pour la prise en charge immédiate, il convient de féliciter immédiatement le patient. Le praticien doit notifier au patient sa reconnaissance en la difficulté du dévoilement ainsi que le début de sa prise en charge. Il doit également s'informer d'une prise en charge antérieure. Y-a-t-il quelqu'un d'autre au courant de la situation ? Quelle prise en charge et quel suivi a-t-il été proposé ? Y-a-t-il eu des améliorations des effets bénéfiques de ceux-ci ?

L'évaluation du patient sur le plan psychique et émotionnel doit être faite. Nécessite-t-il une prise en charge psychologique en urgence et/ou une médication ? Les médicaments ne doivent pas être systématiques, ils sont à prescrire en fonction de l'état et de la demande du patient. En cas de détresse trop importante une hospitalisation, une consultation aux urgences ou un séjour dans un centre d'accueil et de crises psychologiques peuvent être des alternatives. Une consultation proche doit être programmée pour le suivi et la suite du dévoilement. Le lien entre le traumatisme et les problèmes de santé du patient doit être souligné et expliqué. Il est essentiel qu'il sache que les symptômes qui l'handicapent ont une cause et une origine reconnues. Enfin, le médecin doit s'assurer de la sécurité de ce dernier. Il doit rechercher l'existence d'abus présents pour le patient ou pour un tiers. En cas de présence, s'il s'agit du patient, des astuces doivent lui être communiquées. Par exemple, le fait d'aller chez une amie, un proche non en lien avec l'agresseur peut être suggéré. En cas d'impossibilité de changement de domicile, les numéros d'urgence doivent être donnés, des plans de sauvegarde comme un sac prêt au départ, une amie prévenue de l'arrivée possible ou qui doit s'inquiéter en absence de nouvelles dans les vingt quatre heures peuvent être des solutions. Avec l'accord

du patient, le médecin peut également faire appel aux forces de l'ordre pour des surveillances rapprochées quant à la sécurité du patient. Dans le cas où le danger concerne un autre enfant, il y a levée du secret médical (pour tout sévice constaté sur les mineurs de moins de quinze ans et personnes vulnérables) et nécessité de saisir les autorités, notamment d'en faire la déclaration auprès du procureur de la République pour maltraitance. Cette étape est délicate car, souvent, le persécuteur étant un proche de la victime, cette dernière ne souhaite pas d'action judiciaire contre sa famille et est réticente au signalement. Il faut alors lui expliquer les obligations législatives ainsi que les bienfaits espérés de cette prise en charge.

La prise en charge de suivi se fait sur plusieurs consultations. Elle consiste en un suivi régulier avec une prise en charge psychologique pour le ou les traumatismes. Ce suivi peut être réalisé par le médecin généraliste ou par le psychiatre si le patient le demande ou si le médecin le juge nécessaire. L'évaluation de la gravité du traumatisme doit être systématiquement réalisée par le praticien. En effet, il existe un effet cumulatif des traumatismes. Un enfant ayant subi un traumatisme, a plus de probabilité d'en avoir subi d'autres. Plus il y a de traumatismes, plus la guérison et la prise en charge seront difficiles. Des mécanismes de déni ou de dissociation peuvent être présents en cas de traumatisme(s) important(s) ou grave(s). En fonction de l'importance du traumatisme, le suivi pourra être assuré par le médecin traitant ou par le psychiatre. Le rôle du médecin généraliste est d'aider la victime à se rendre compte de l'abus. Cela permet aussi d'éviter que ces gestes soient reproduits sur la génération future. Dans le cas de la dissociation, le patient ne se souvient pas des événements. Le diagnostic est évoqué par le médecin traitant devant un tableau de pathologies multiples et inexplicables, un regroupement de pathologies et parfois aidé par le contexte familial et social du patient ou la triade diagnostic de l'inceste. C'est là qu'intervient pleinement le psychiatre dont le travail est de permettre au souvenir de resurgir, d'être identifié. Il pourra ensuite mieux traiter et le guérir de son traumatisme. Le but de cette

psychothérapie est d'arrêter le processus de stress chronique et de permettre au patient de se rendre compte des effets du traumatisme de l'enfance sur sa santé. Le second but du suivi est de permettre de prendre en charge les facteurs de risque créés par le traumatisme et qui peuvent par la suite être responsables de pathologies graves ou chroniques. Enfin, le médecin doit informer le patient de ses droits et de ses possibilités de recours à la judiciarisation des événements. Il est nécessaire que le médecin informe le patient de la possibilité de porter plainte, jusqu'à vingt ans après sa majorité, mais aussi de la pénibilité des procédures. Il doit être informé de la possibilité d'une aide médicale au cours des procédures qu'elle soit d'ordre médicamenteuse ou hospitalière. Mener l'affaire en justice amènera le patient à faire face à son agresseur, à revivre les traumatismes et, parfois, à voir son entourage se diviser (l'agresseur faisant souvent partie de l'entourage familial).

### **5.3.5. Les propositions pour améliorer le dépistage et la prise en charge hors contexte du cabinet médical**

Pour améliorer le dépistage, une sensibilisation de l'opinion publique pourrait être une aide. Le sujet étant tabou, les victimes n'osent pas se confier ni se dévoiler. Des campagnes de prévention auprès des écoles maternelles et primaires, des PMI, des lieux d'accueil des parents pourraient lever cette inhibition. Les lieux pour la prise en charge des facteurs de risque comme les centres de désintoxication, les associations anonymes, les centres de prise en charge de tabacologie ou d'alcoologie, les plannings familiaux et même les hôpitaux sont également des lieux où des brochures, des affiches permettront de faire circuler l'information. De même, des spots publicitaires, des annonces à la télévision et à la radio, des actes de prévention auprès des enfants pourraient leur permettre de réaliser, si tel est le cas, l'anormalité de leur situation et la nécessité d'en parler. Cette information sera ensuite donnée

soit à un adulte soit, le cas échéant, à d'autres enfants qui pourront par la suite notifier le problème à un adulte.

La création d'associations permettra des échanges d'expériences et la levée du silence. Des sites internet, des blogs permettent d'établir une liaison entre les patients pour favoriser le partage et améliorer la compréhension des répercussions des conséquences des traumatismes. Ces associations permettent également de connaître l'existence d'une possibilité de prise en charge et de lever l'isolement social des victimes.

Enfin au plan plus national, la création d'un numéro spécial et anonyme pour les victimes des traumatismes de l'enfance tel que ceux existant pour la maltraitance à enfants ou les femmes battues, pourra diffuser l'information, répondre aux questions des victimes et favoriser la prise en charge.

**5.3.6. Tableau récapitulatif des recommandations pour le dépistage et la prise en charge des traumatismes de l'enfance de l'adulte par le médecin généraliste**

*Tableau 32 : Récapitulatifs des recommandations pour le dépistage des traumatismes de l'enfance et leur prise en charge à l'âge adulte*

Interrogatoire	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> <p><b>DEPISTAGE DE MASSE</b></p> <p>⇓</p> <p>EN SYSTEMATIQUE EN IERE CONSULTATION</p> <p>⇓</p> <p><small>*mode d'interrogatoire prioritaire</small></p> <p>- QUESTION SYSTEMATIQUE AU COURS DE L'INTERROGATOIRE AU MOMENT DES ANTECEDENTS</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p><b>DEPISTAGE CONTEXTUEL</b></p> <p>⇓</p> <p>CONTEXTE EVOCATEUR</p> <p>SYMPTOMES :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- SYNDROME DE STRESS POST TRAUMATIQUE</li> <li>- SYNDROME PATHOLOGIES MULTIPLES INEXPLIQUEES</li> <li>- TROUBLE DU COMPORTEMENT</li> <li>- REGROUPEMENT DE PATHOLOGIES</li> </ul> <p>⇓</p> <p>- INTRODUIRE LE SUJET*</p> <p>- ETRE DIRECT</p> <p>- TRIADE</p> </div> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>RECOMMANDATIONS SUPPLEMENTAIRES :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ne pas chercher à avoir tous les détails</li> <li>- Noter tous les renseignements dans le dossier médical</li> <li>- Faciliter le dépistage par l'information au cabinet (brochure, affiche...)</li> </ul> </div>
Prise en charge immédiate	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Féliciter le patient (importance du dévoilement et reconnaissance de la difficulté)</li> <li>- Rechercher les antécédents de dévoilement et leur prise en charge</li> <li>- Mettre en relation les plaintes du patient et le(s) traumatisme(s)</li> <li>- Evaluation psychologique du patient</li> <li>- Quantifier la sévérité du traumatisme</li> <li>- S'assurer de la sécurité du patient ainsi que des autres victimes potentielles</li> </ul>

Prise en charge secondaire	<p><b>Suivi psychologique après évaluation de la sévérité du traumatisme</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Médecin généraliste</li> <li>- Psychiatre</li> </ul> <p>Nb : Attention à la difficulté de la prise en charge psychologique :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Effets cumulatifs des abus</li> <li>- Dénier</li> <li>- Dissociation</li> <li>- Ignorance de l'abus</li> </ul>	
	<p><b>Juridique :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Plainte possible 20 ans après la majorité de la victime</li> <li>- Prévenir de la pénibilité</li> <li>- Possibilité d'aide médicale durant les procédures (hospitalisation ou médicaments)</li> </ul>	<p><b>Prise en charge des facteurs de risques résultant de l'abus :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- alcool</li> <li>- tabac</li> <li>- toxicomanie</li> <li>- maladies sexuellement transmissibles</li> <li>- troubles du comportement alimentaire</li> <li>- troubles de conduite</li> <li>- maladie psychiatrique etc...</li> </ul>
	<p>Lors d'examen clinique :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Favoriser un environnement sécurisant : lumière, portes, téléphone, présence d'un tiers</li> <li>- Description et explications des gestes médicaux et des étapes des examens complémentaires</li> </ul>	

#### 5.4. Les limites des propositions et de l'étude

Les limites de l'étude sont le fait qu'il s'agit d'une recherche limitée à Medline avec une difficulté à trouver des mots clés compatibles avec le sujet du fait du système d'indexation, nécessitant une recherche par la suite par liens directs entre articles proposés par le système Medline lui-même. L'étude est un travail de réflexion et de propositions de dépistage et de prise en charge appuyé par une interview d'un spécialiste en psycho-traumatisme. Une réflexion réalisée par des spécialistes pour établir des guides officiels de recommandations ou des conférences de consensus permettrait de consolider la valeur des idées proposées. Enfin,

une enquête auprès des médecins généralistes français concernant la prise en charge des traumatismes de l'enfance à l'âge adulte serait un complément intéressant à cette réflexion.

## 6. Conclusions

---

Il existe un véritable lien entre traumatismes de l'enfance et pathologies de l'adulte. Ces traumatismes sont responsables d'un stress chronique. Ce stress favorise la survenue des comportements à risque comme l'usage du tabac, d'alcool, de drogues, la conduite automobile à risques et les comportements sexuels à risque... Par la suite, des maladies graves et/ou chroniques peuvent en résulter. D'autre part, un ensemble de modifications biologiques (hypercortisolémie puis hypocortisolémie, raccourcissement des télomères...) de l'organisme en réponse à ces traumatismes et à ce stress chronique est à l'origine de symptômes multiples et de maladies. L'objectif du dépistage et de la prise en charge est de permettre aux patients de faire le lien entre les traumatismes de l'enfance et les pathologies dont ils souffrent. L'établissement de ce lien constitue à lui seul, une prise en charge thérapeutique, noyau de la psychothérapie. Il permettra ensuite, de prévenir la survenue des facteurs de risque et d'empêcher de nouvelles pathologies de s'installer. Il est recommandé de réaliser un dépistage systématique au cours de l'interrogatoire concernant les antécédents par une question concernant l'existence de traumatismes de l'enfance lors de la première consultation et un dépistage par un questionnaire plus précis en présence de signes ou de symptômes évocateurs. Le diagnostic fait, une prise en charge par psychothérapie devra être réalisée. Celle-ci relèvera soit du médecin généraliste soit du psychiatre en fonction de la gravité du traumatisme.

## 7. Annexes

---

### 7.1. Annexe 1 : Tableaux récapitulatifs des articles

Récapitulatif des articles concernant le lien entre pathologies de l'adulte et traumatismes de l'enfance

<b>TITRE</b>	<b>AUTEURS</b>	<b>JOURNAL</b>	<b>LIENS AVEC LA PATHOLOGIE</b>	<b>TYPE DE TRAUMATISMES</b>	<b>TYPE D'ETUDE</b>	<b>PAYS</b>
<b>Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults</b>	FELITTI J. Vincent, ANDA Robert F., WILLIAMSON David F., SPLITZ Alison M. et al.	American Journal of Preventive Medicine, 1998	Toutes pathologies confondues	Maltraitance Négligence Dysfonctions familiaux	Prospective et rétrospective	San Diego USA
<b>Impact of adverse childhood experiences on health problems : evidence from four birth cohort dating back to 1900</b>	DUBE R. Shanta, FELITTI Vincent J., DONG Maxia, GILES Wayne H. et al.	Preventive medicine, 2003	Toutes pathologies confondues	Maltraitance Négligence Dysfonctions familiaux	Prospective et rétrospective	San Diego USA
<b>The relationship between child maltreatment and axis I mental disorders: A summary of the published literature from 2006 to 2010</b>	AFIFI O. Tracie	Open journal of psychiatry, 2012	Troubles mentaux	Maltraitance Négligence	Revue de la littérature	Canada

<b>Childhood adversity and hallucinations : a community-based study using the national comorbidity survey replication</b>	SHEVLIN Mark, MURPHY Jamie, READ John, MALETT John et al.	Psychiatry epidemiology 2011	Hallucinations visuelles et auditives	Maltraitance physique et sexuelle Viol	Rétrospective nichée dans une cohorte	USA
<b>Childhood abuse as a risk factor for sleep problems in adulthood</b>	GREENFIELD A. Emily, LEE Chioun, FRIEDMAN EliotL., SPRINGER Kristen W.	Annals of behavioral medicine 2011	Insomnie	Maltraitance psychique physique et abus sexuel	Rétrospective nichée dans une cohorte	USA
<b>Childhood maltreatment and migraine : Prevalence and adult revictimization ( part I) ; Emotional abuse as a risk factor for headache chronification ( part 2)</b>	GRETCHEN E.Tietjen, BRANDES Jan L., PETERLIN Lee B., ELOFF Arnolda et al.	Headache 2010	Migraine	Maltraitance Négligence	Rétrospective nichée dans une cohorte	USA et Canada
<b>Early childhood adversity and later hypertension: data from the World Mental Health Survey</b>	STEIN J. , SCOTT Kate, HARO ABDA Josep M., AGUILAR-GAXIOLA Sergio et al.	Annals of clinical psychiatry, 2009	Hypertension artérielle	Maltraitance Négligence Dysfonctions familiaux	Rétrospective nichée dans une cohorte	Colombie, Mexique, USA, Belgique, France, Allemagne, Italie, Pays- Bas, Espagne, Japon
<b>Adverse childhood experiences and chronic obstructive pulmonary disease in adult</b>	ANDA F. Robert, BROWN David W., DUBE Shanta R., BREMNER Douglas et al.	American journal of preventive medicine, 2008	Broncho- pneumopathie obstructive chronique	Maltraitance Négligence Dysfonctions familiaux	Prospective	San Diego, USA

<b>Adverse childhood experiences are associated with the risk of lung cancer : a prospective cohort study</b>	BROWN W. David, ANDA Robert F., FELITTI Vincent J., EDWARDS Valerie J. et al.	BMC public health, 2012	Cancer pulmonaire	Maltraitance Négligence Dysfonctions familiaux	Prospective	San Diego, USA
<b>Childhood adversity, early-onset depressive/anxiety disorders, and adult-onset asthma</b>	SCOTT M. Kate, KORFF Michael Von, ALONSO Jordy, ANGERMEYER Matthias C et al.	Psychosomatic medicine , 2008	Asthme	Maltraitance Négligence Dysfonctions familiaux	Rétrospective nichée dans une cohorte	Colombie, Mexique, USA, Belgique, France, Allemagne, Italie, Pays-Bas, Espagne, Japon
<b>Abuse in childhood and adolescence as a predictor of type diabetes in adult women</b>	RICH-EDWARDS W. Janet, SPIEGELMAN Donna, LIVIDOTI HIBERT Eileen N., JUN Hee-Jin et al.	American journal of preventive medicine, 2010	Diabète de type 2	Abus physique et sexuel	Prospective	USA
<b>Insight into causal pathways for ischemic heart disease adverse childhood study</b>	DONG Maxia, GILES Wayne H., FELITTI Vincent J., DUBE Shanta R. et al.	Circulation journal of American heart association	Infarctus	Maltraitance Négligence Dysfonctions familiaux	Rétrospective nichée dans une cohorte	San Diego, USA
<b>Cumulative childhood stress and autoimmune diseases in adults</b>	DUBE R. Shanta, FAIRWEATHER Delisa, PEARSON William S., FELITTI Vincent J. et al.	Psychosomatic medicine, 2009	Maladies auto-immune	Maltraitance Négligence Dysfonctions familiaux	Rétrospective nichée dans une cohorte	San Diego, USA
<b>Adverse childhood experiences and smoking during adolescence and adulthood</b>	ANDA F. CROFT Janet B., FELITTI Vincent J., NORDENBERG Dane et al	JAMA, 1999	Tabac	Maltraitance Négligence Dysfonctions familiaux	Rétrospective nichée dans une cohorte	San Diego, USA

<b>Post-traumatic stress symptoms and childhood abuse categories in a national representative sample for a specific age group: associations to body mass index</b>	STINE Roenholt, BECK Nina N., KARSBERG Sidsel H., Ask ELKLIT	European journal of psycho-traumatology, 2012	Indice de masse corporel	Abus physique, sexuel et émotionnel Négligence physique	Rétrospective	Danemark
<b>Adverse childhood experiences and predict earlier age of drinking Onset : results from a representative US Sample of current or former drinkers</b>	ROTHMAN F. Emily EDWARDS Erica M., HEEREN Timothy, HINGSON RAPH W	Pediatrics, 2008	Alcool	Maltraitance Négligence Dysfonctions familiaux	Rétrospective	Boston, USA
<b>Childhood abuse, neglect, and household dysfunction and the risk of illicit drug use: the adverse childhood experiences study</b>	DUBE R. Shanta, FELITTI Vincent J., DONG Maxia, CHAPMAN Daniel P., GILES Wayne H.	Pediatrics 2003	Toxicomanie	Maltraitance Négligence Dysfonctions familiaux	Rétrospective nichée dans une cohorte	San Diego, USA
<b>Childhood abuse, household dysfunction, and the risk of attempted suicide throughout the life span : findings from the adverse childhood experiences study</b>	DUBE R. Shanta, ANDA Robert F., FELITTI Vincent J., CHAPMAN Daniel P. et al.	JAMA 2001	Tentative de suicide	Maltraitance Négligence Dysfonctions familiaux	Rétrospective nichée dans une cohorte	San Diego, USA
<b>Adverse childhood experiences and health-risk behaviors among adults in a developing country setting</b>	RAMINO S. Laurie, MADRID Bernadette J., BROWN David W.	Child abuse and neglect 2010	Comportement à risque	Maltraitance Négligence Dysfonctions familiaux	Rétrospective nichée dans une cohorte	Philippine
<b>Adverse childhood experiences and the risk of premature mortality</b>	BROWN W. Dav ANDA Robert F., TIEMEIER Henning, FELITTI Vincent J. et al. id,	American journal of preventive medicine, 2009	Mort prématurée	Maltraitance Négligence Dysfonctions familiaux	Rétrospective nichée dans une cohorte	San Diego, USA

Récapitulatif des articles concernant la physiopathologie des traumatismes de l'enfance

TITRE	AUTEURS	JOURNAL	ELEMENTS PHYSIOPATHO -LOGIQUE	TYPE DE TRAUMATISME	TYPE D'ETUDE	PAYS
<b>Childhood maltreatment and telomere shortening : preliminary support for an effect of early stress on cellular aging</b>	TYRKA R. Audrey PRICE Lawrence H., KAO Hung-Teh, PORTON Barbara et al.,	Biological psychiatry	Epigénétique	Maltraitance Négligence	Cas témoin rétrospective	USA
<b>Telomeres and early life stress : an overview</b>	PRICE H. Lawrence KAO Hung-The, BURGERS Darcy E., CARPENTER Linda L. et al.	Biological psychiatry	Epigénétique	Maltraitance Négligence Dysfonctions familiaux	Revue de la littérature	USA
<b>Effects of early stress on neuroendocrine and neurobehavior : mechanisms and implications</b>	LAI Ming- HUANG Li-Tung Chi	Pediatrics and neonatology 2011	L'axe hypothalamo- hypophysaire- surrénalien	Maltraitance négligence Décès parental	Revue de la littérature	Hong-Kong et Taiwan
<b>Child maltreatment and diurnal cortisol pattern in women in chronic pain</b>	NICOLSON A. Nancy DAVIS Mary C., KRUSZEWSKI Denise, ZAUTRA Alex J	Psychosomatic medicine, 2010	L'axe hypothalamo- hypophysaire- surrénalien	Maltraitance négligence	Cas témoin rétrospectif	USA
<b>Effect of childhood physical abuse on cortisol stress response</b>	CARPENTIER Linda, SHATTUCK Thaddeus T., TYRKA Audrey R., GERACIOTI Thomas D.,Linda	Psychophar- macology 2011	L'axe hypothalamo- hypophysaire- surrénalien	Abus physique	Cas témoin rétrospectif	USA
<b>Attenuation of cortisol across development of victims of sexual abuse</b>	TRICKETT K. Penelope NOLL Jennie G., SUSMAN Elisabeth J., SHENK Chad E. et al.	Development and Psychopatholo- gy 2010	L'axe hypothalamo- hypophysaire- surrénalien	Abus sexuel	Prospectif	USA
<b>Stress, pathologies et immunité</b>	THURIN, Jean Michel BAUMANN Nicole	Flammarion 2003	Stress		Revue de la littérature	France

<b>L'impact cognitif de l'état de stress post traumatique</b>	BISMUTH Sylvia	Thèse 2011	Stress post traumatique		Thèse 2011	France
---	----------------	---------------	----------------------------	--	------------	--------

Récapitulatif des articles concernant la prise en charge des traumatismes de l'enfance

<b>TITRE</b>	<b>AUTEURS</b>	<b>JOURNAL</b>	<b>THEMES</b>	<b>TYPE DE TRAUMATISME</b>	<b>TYPE D'ARTICLE</b>	<b>PAYS</b>
<b>Adult manifestation of childhood sexual abuse</b>	The american college of obstetricians and gynecologists	Obstetrics and gynecology, 2011	Symptômes évocateurs	Abus sexuel	Conference de consensus	USA
<b>Caring for adult survivors of child sexual abuse, issues for family physicians</b>	BALA Martha	Canadian family physician, 1994	Symptômes Proposition de dépistage et de prise en charge	Abus sexuel	Evaluation diagnostique	Canada
<b>Screening for childhood trauma in adult primary care patients : a cross-sectional survey</b>	WEINREB Linda, SAVAGEAU Judith A., CANDIB Lucy M., REED George W. et al.	Primary care companion to the Journal of clinical psychiatry, 2010	Évaluation de la prise en charge actuelle	Abus sexuel et physique	Enquête Rétrospective	Massachussets USA
<b>Physicians' perceptions of adult patients' history of child abuse and family medicine setting</b>	WEINREB Linda, FLETCHER Kenneth, CANDIB Lucy M., BACIGALUPE Gonzalo, et al.	Adult patients' history of child abuse in family practice 2007	Évaluation de la prise en charge actuelle	Abus sexuel et physique	Lettre Etude de cas	Massachussets USA
<b>Woman who experience domestic violence and women survivors of childhood sexual abuse a survey of health professional's attitudes and clinical practice</b>	RICHARDSON J., FEDER G., ELDRIDGE S. et al.	British journal of general practice 2001	Évaluation de la prise en charge actuelle	Abus sexuel	Enquête Rétrospective	Angleterre

<b>Why, when and how to ask about childhood abuse</b>	READ John, HAMMERSLEY Paul, RUDEGEAIR Thom, D John,	Advances in psychiatric treatment, 2007	Proposition méthodologique de prise en charge	Abus sexuel Abus physique	Revue de la littérature	Nouvelle Zélande
	Louis JEHEL	2012	Proposition méthodologique de prise en charge	Maltraitance Négligence Traumatisme Dysfonctions familiales	Interview	
<b>Women survivors of child sexual abuse. How can health professionals promote healing?</b>	SCHACHTER L. Candice, RADOMSKY Nellie A., STALKER Carol A., TERAM Eli	Canadian family physician 2004	Proposition méthodologique de prise en charge	Abus sexuel	Entrevues qualitatives	Canada
<b>Healing for child sexual abuse : a theoretical model</b>	DRAUCKER Claire Burke, MARTSOLF Donna S., ROLLER Cynthia, KNAPIK Gregory et al.	Journal of sexual abuse, 2011	Proposition méthodologique de prise en charge	Abus sexuel	Entrevues qualitatives	Ohio, USA
<b>Suicide prevention in primary care should include questions on intrafamilial sexual abuse</b>	JEHEL Louis	British medical journal 2008	Triade pour diagnostic d'inceste	Inceste	Analytique Evaluation d'une méthode diagnostique	France

## 7.2. Annexe 2 : Récapitulatif des peines encourus pour viol et agressions sexuelles

Les peines encourues sont de :

- 15 ans de réclusion criminelle en cas de viol,
- 5 ans d'emprisonnement et 75 000 euros d'amende pour les autres agressions sexuelles.  
(art 222-27 du Code pénal)

Ces peines sont augmentées notamment dans le cas du viol à :

- A 20 ans de réclusion criminelle (art 222-24 du code pénal)
  - o si l'acte a été commis par un ascendant *naturel ou adoptif* ou par une personne ayant autorité sur la victime,
  - o s'il a été commis par une personne qui abuse de l'autorité que lui confèrent ses fonctions
  - o si l'acte a été commis sous l'emprise de l'alcool ou de produits stupéfiants ou avec l'usage ou la menace d'une arme ou encore par plusieurs personnes (auteur ou complice).
  - o si l'acte a été commis par le conjoint, le concubin ou le partenaire lié à la victime par un Pacs,
  - o lorsque la victime a été mise en contact avec l'auteur des faits par internet,
  - o si la victime était particulièrement vulnérable (personne infirme, malade, enceinte),
  - o si la victime, au moment des faits, était âgée de moins de 15 ans
  - o si l'acte a été commis à raison de l'orientation sexuelle, réelle ou supposée, de la victime,
  - o si l'acte a entraîné une mutilation ou une infirmité permanente (en cas de viol) ou une blessure ou lésion (pour les autres agressions sexuelles),

- De 30 ans de réclusion criminelle si l'acte a entraîné la mort de la victime (art 222-25 du code pénal)
- de la réclusion criminelle à perpétuité si l'acte a été précédé, accompagné ou suivi de tortures ou d'actes de barbarie. (art 132-23 du code pénal)

Pour les autres cas d'agressions sexuelles, les peines sont portées à sept ans d'emprisonnement et à 100000 euros d'amende pour les mêmes critères (art 222-28) si l'acte a entraîné une blessure ou une lésion et pour les cinq premiers critères cités ci-dessus dans l'article 222-4.

Elles sont portées à dix ans d'emprisonnement et à 150000 euros d'amende si l'agression a été commise sur un mineur de moins de quinze ans ou une personne vulnérable (lié à son âge, maladie, infirmité ou déficience physique, psychique ou à un état de grossesse apparente ou connue par son auteur) (art 222-29/222-30 du code pénal).

### 7.3. Annexe 3: Tableau récapitulatif des liens entre traumatismes de l'enfance et troubles mentaux

Article de AFIFI Tracie: The relationship between child maltreatment and axis I mental disorders: A summary of the published literature from 2006 to 2010

<p><i>Risque de syndrome dépressif majeur</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Il existe une association entre la maltraitance et la dépression ainsi qu'une association entre abus fréquents et chronicité de la dépression (définie par une dépression supérieure à un an).</li> <li>- La négligence émotionnelle est l'abus ayant le plus fort degré de significativité (OR=4.5 pour la dépression et OR=9 pour le syndrome anxio-dépressif). Les autres abus relevés sont les abus émotionnels, physiques et sexuels.</li> <li>- L'âge précoce de survenue des abus augmente le risque de survenue de dépression.</li> <li>- Les femmes sont plus à risque que les hommes de développer une dépression en cas d'exposition à des abus dans l'enfance.</li> </ul>
<p><i>Risque de troubles anxieux :</i></p> <p>attaque panique</p> <p>agoraphobie</p> <p>phobie sociale</p> <p>troubles obsessionnels compulsifs</p> <p>syndrome du stress post traumatique</p> <p>anxiété généralisée</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Une relation significative est retrouvée entre les traumatismes de l'enfance et les troubles anxieux et le PTSD (Syndrome de stress post traumatique ; OR = 6.4</li> <li>- La précocité du traumatisme augmente la sévérité des troubles anxieux et le risque de PTSD.</li> <li>- Il existe une différence quant au type de troubles anxieux en fonction du sexe : les femmes développeront plus facilement un PTSD que les hommes.</li> </ul>

<p><i>Risque de troubles alimentaires</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Il existe une relation significative entre troubles alimentaires et abus sexuels, négligence et abus émotionnel ; la négligence étant le facteur le plus à risque.</li> <li>- Notons la possible médiation de la dépression dans ces troubles.</li> </ul>
<p><i>Risque d'abus de substance</i>  Toxicomanie  Tabac  Alcool</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Les traumatismes sont associés à un âge de début plus précoce d'abus de substances que les non exposés.</li> <li>- Les femmes sont plus exposées que les hommes à développer une dépendance à la cocaïne et un alcoolisme.</li> </ul>
<p><i>Risque d'idées suicidaires et les tentatives de suicides</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Les abus sexuels et physiques sont les abus étant les plus significativement à risque à augmenter les tentatives de suicides.</li> <li>- Un abus précoce (avant 15 ans) augmente le risque de tentative de suicide (OR=5 pour les abus physiques).</li> <li>- Le risque est augmenté pour les hommes par rapport aux femmes.</li> </ul>
<p><i>Risques de troubles de conduite</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Les abus sexuels ou physiques, la négligence sont significativement associés aux troubles des conduites (OR = 2.6 augmenté à 4 si présence de divorce parental).</li> <li>- Les hommes développeront plus facilement un comportement antisocial en présence de traumatisme de l'enfance</li> </ul>

## 7.4. Annexe 4 : Odds ratios des pathologies de l'adulte en fonction du type de traumatisme de l'enfance

	Abus physiques	Maltraitance psychologique	Abus sexuels	Négligence émotionnelle	Négligence physique	Parent drogué	Parent alcoolique	Parents avec maladie mentale	Mère battue	Précarité	Incarcération parentale	Parent séparé ou divorcé	Parent décédé	ACE 0	ACE 1	ACE 2	ACE 3	ACE4	ACE 5 ou >5
Obésité	0,7	1,1	2,2	1	1	1,8	0,9	0,6	1,1		0,9	1,3		1	1	0,6	1,1	1,1	
Tabac	1,3	1,6	1,4			1,5		1,3	1,6		1,3	1,3		1	1,4	1,7	2	2,5	3,1
Tentative de suicide	3,4	5	3,4			2,1		3,3	2,6		2,5	1,9		1	2,3	3,1	3,4	3,8	11,2
Alcool	1,1	1	1,4	1,2	2,1	1,1	1,2	1,1	1,7		1,6	1,7		1	1,2	2	1,8	1,8	
Début alcool <14ans	2	1,6	3,2	2,3	1,1	2,1		2	1,4		1,7			1	1,1	1,7	2,1	3,6	
Début alcool 15-17ans	1,2	1	1,7	1,5	0,8	1,6		1,4	1,3		1,6			1	1,4	1,4	1,8	1,8	
Début alcool 17-21ans	0,9	1	1,1	0,5	0,6	1		1	0,8		0,8			1	1,9	1,9	1,7	1,9	
Toxicomanie	2	2,1	2	1,8	1,3	2,1		1,9	1,6		1,9	1,7		1	1,5	2,3	2,5	3,1	4,3
Drogues IV														1	1,6	3	3,5	2,4	10,1
Relations sexuelles précoces	1	1,1	11,6	1,1	1,5	1,1	1,1	3,8	1,2		1	1,6		1	2,9	2,7	3,5	3,4	
Partenaires sexuels multiples	2,8	2,1	2,6	2	1,9	1,8	1,1	2,3	1,5		1,1	1,7		1	1,3	1,9	1,9	3,6	
ATCD d'IST																			
Grossesse inattendue	1,2	2,2	1,1	1,2	1,6	2	1,3	2,3	1,5		2,1	2,1		1	1,2	2,8	1,7	3,1	
Grossesse précoce	2	0,8	8,5	0,7	0,9	0,5	1	3,8	2,1		0,9	1		1	1,5	2	2,5	1,7	
Conduite automobile dangereuse		1,2	1,7	0,9	1,4	1,2	0,9	2,3	1,3		1	1,1		1	1,1	1,3	1,9	1	
Troubles du sommeil																			
Migraine chronique	1,79	2,01	1,44	1,54	1,69														
HTA	1,23		1,14	1,1	1,1	1,3		1,29	1,17	1,03	1,33	0,96	1,02	1	1,03	1,19	1,28		
Broncho-pneumopathie														1	1,4	1,6	1,8	2	2,6
Cancer pulmonaire (RR)														1	0,67	1,29	2,46	2,06	2,14
Asthme	1,92		1,26	1,02		1,28		1,5	1,51	0,9	1,37	1,23	1,34	1	1,21	1,42	1,5		
Diabète de type 2 (abus physique un peu et toucher sexuel)	0,97		1,08																
Diabète de type 2 abus physique moyen et viol une fois	1,19		0,88																
Diabète 2 et abus physique nombreux et viols à répétitions	1,2		1,56																
Infarctus du myocarde	1,5	1,7	1,4	1,3	1,4	1,3		1,4	1,4		1,7		1	1	1,1	1,2	1,6	1,7	2
Maladie autoimmune femme														1	0,9	1,4	2,1		
Maladie autoimmune homme														1	1	1,5	1,6		

## **7.5. Annexe 5 : Interview de Louis JEHEL, psychiatre spécialisé en psycho-traumatismes, le 16 décembre 2011 à l'hôpital Tenon.**

- F.L. (Florence LY) : « Pensez-vous qu'il existe un lien entre les traumatismes vécus et les maladies ? »
- L.J. (Louis JEHEL) : « Oui, il s'agit d'une réaction physiologique prouvée : on sait que certaines pathologies inflammatoires sont liées au stress. Dans les maladies dégénératives par exemple, il y a une dérégulation hormonale au niveau du cycle du cortisol qui épuise l'hippocampe et augmente le risque de dégénérescence. On le remarque chez les personnes maltraitées ou ayant vécues une guerre. Celles-ci ont plus de risque de développer des maladies dégénératives. »
- P.L (Pierre LEVY) : « Quelles sont pour vous les éléments clés concernant la prise en charge des traumatismes de l'enfance quand les victimes sont devenues adulte car là est notre sujet de recherche ? »
- L.J : « Il faut parler de la dissociation. C'est un oubli inconscient, un moyen que la victime a développé pour se protéger du traumatisme. Cela permet au corps de se déconnecter de la réalité mais entraîne des oublis. Le rôle du psychothérapeute est de travailler sur le souvenir pour en rétablir la connexion et ensuite mieux guérir... Ensuite, il faut noter également l'effet cumulatif des traumatisés. Une personne ayant subi un traumatisme peut et a une grande probabilité d'en avoir subi d'autres. Plus il y a de traumatismes et plus la guérison sera difficile. »
- F.L. : « Que savez-vous du dépistage réalisé par les médecins actuellement au quotidien ? »
- L.J : « Il y a une idée reçue. Celle de ne pas remuer le passé. Beaucoup pensent qu'il est dangereux de remuer le passé, qu'il est dangereux et inutile de poser la question sur les traumatismes de l'enfance. Or le problème vient du fait que le médecin n'ose pas poser la

question. Et contrairement à ce qu'il pense, il est essentiel de la poser et même par excès... Il n'y a aucun risque. S'il n'y a pas eu de traumatisme, vous ne le perturberez pas. S'il y a eu, vous commencez déjà votre prise en charge... Une autre barrière doit être soulignée : la culpabilité du médecin. Les médecins généralistes sont des médecins de famille. Le médecin se culpabilise en cas de révélation car il pense ne pas avoir pu déceler l'événement au moment où cela se produisait. Et, en effet, le plus souvent, le médecin connaît l'agresseur. Parfois une fois la révélation faite, le médecin change de sujet et n'osera plus l'aborder tellement il est mal à l'aise.

Avez-vous eu une formation pour dépister les traumatismes de l'enfance chez la personne adulte ? »

- F.L : « Non. Juste une formation pour les maltraitances des enfants, et la violence faite aux femmes... »
- L.J : « Il y a un problème dans la formation du médecin. Le médecin n'ose pas aborder la question aussi parce qu'il ne se sent pas capable de prendre en charge correctement le patient. C'est normal, il y a pour l'instant peu de recommandations pour les médecins généralistes, et peu de formations pendant leurs études médicales. Cela explique que le médecin n'intervient pas par peur de mal faire, de se tromper, de ne pas pouvoir aider. Enfin, je pense qu'il y a aussi l'ignorance des différents recours ou structures d'aides. »
- P.L : « Que recommandez-vous pour le dépistage ? »
- L.J : « Concernant le dépistage, lorsqu'on se trouve dans un contexte particulier, il doit être systématique. Au moindre événement, toujours se renseigner sur ce qui s'était passé avant ; y a-t-il eu des antécédents? C'est l'occasion de faire le point sur l'enfance. La stratégie est d'être direct et systématique. Le but est de poser la question pour ouvrir le dialogue. Il ne faut pas chercher à avoir une réponse affirmative mais laisser une porte ouverte au patient qui une fois prêt peut s'ouvrir à nous. Ce que je fais et préconise, c'est

d'intégrer la question dans le schéma médical. Il faut questionner en systématique sur les traumatismes de l'enfance au moment de l'interrogatoire des antécédents : il s'agit d'un antécédent comme un autre. Il faut poser la question sans gêne car c'est la gêne du médecin qui génère la gêne du patient. »

- F.L : « Et que faites vous en cas de dévoilement ? »
- L.J : « Alors pas de médication systématique, le but est d'aider le patient à réfléchir en lui proposant des solutions et en lui donnant la liberté de les suivre ou pas. La question du juridique va forcément venir. Il faut savoir que tout crime peut avoir sa plainte 20 ans après la majorité de la victime. Il existe des structures de relais : il existe des commissions dans la protection civile qui peuvent apporter des aides financières ou autres au patient. Le médecin peut porter plainte pour la patiente car il s'agit d'une personne vulnérable. Attention en cas de dépôts de plaintes, il faut prévenir le patient que les assises sont une épreuve difficile car elles font faire au patient un face à face avec les problèmes, avec l'agresseur ; le forcent à dévoiler son intimité et à revivre la situation. Une hospitalisation peut être proposée pendant le procès ...»
- F.L : « Je vous remercie beaucoup pour toutes ces informations et pour vos précieux conseils. »

## 8. Bibliographie

---

1. FELITTI Vincent J., ANDA Robert F., WILLIAMSON David F., SPLITZ Alison M. et al. Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults; The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American Journal of Preventive Medicine*. 1998, 14, 4, 245-258
2. ODAS. L'évolution de l'enfance en danger en 1996. 1997, disponible sur <http://www.odas.net> consulté le 25/06/2013
3. OMS. Maltraitance à enfant, aide mémoire n°150, août 2010, disponible sur <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs150/fr/index.html> consulté le 18/08/2012
4. Maltraitance, Les droits des enfants. <http://www.droitsenfant.com/maltraitance.htm> consulté le 18/08/2012
5. J.J.A. L'état de stress post traumatique. *revue Prescrire*. 1994, 14, 139, 237
6. Synthèse par la rédaction de la revue *Prescrire*, Stress réactionnel à un traumatisme grave. *revue Prescrire*. 2006, 26, 277, 760-763
7. JEHEL Louis, LOPEZ Gérard et al. *Psycho-traumatologie, évaluation, clinique, traitement*. Dunod. 2006, 37-48
8. WHITNEY Diane, l'état de stress post traumatique, document de travail pour le tribunal d'appel de la sécurité professionnelle et de l'assurance contre les accidents de travail, février 2010 disponible sur [http://www.wsiat.on.ca/french/mlo/fpost\\_traumatic.htm](http://www.wsiat.on.ca/french/mlo/fpost_traumatic.htm) consulté le 08/09/2012
9. <http://vosdroits.service-public.fr/F1526.xhtml> consulté le 23/09/2012
10. <http://www.protection-enfance.org/Agressions.php> consulté le 23/09/2012
11. 7ème conférence de consensus de la Fédération française de psychiatrie sur les conséquences des maltraitances sexuelles
12. READ John, HAMMERSLEY Paul, RUDEGEAIR Thom. Why, when and how to ask about childhood abuse. *Advances in psychiatric treatment*. 2007, 13, 101-110
13. DUBE Shanta R., FELITTI Vincent J., DONG Maxia, GILES Wayne H. et al. The impact of adverse childhood experiences on health problems : evidence from four birth cohort dating back to 1900. *Preventive medicine*. 2003, 268-277
14. AFIFI Tracie O. The relationship between child maltreatment and axis I mental disorders : A summary of the published literature from 2006 to 2010. *Open journal of psychiatry*. 2012, 2, 21-32

15. SHEVLIN Mark, MURPHY Jamie, READ John, MALETT John et al. Childhood adversity and hallucinations: a community-based study using the national comorbidity survey replication. *Psychiatry epidemiol.* 2011, 1203-1210
16. GREENFIELD Emily A., LEE Chioun, FRIEDMAN Eliot L., SPRINGER Kristen W. Childhood abuse as a risk factor for sleep problems in adulthood: evidence from a U.S. National Study. *Ann. Behav. med.* 2011, 42, 245-256
17. GRETCHER Tietjen E., BRANDES Jan L., PETERLIN Lee B., ELOFF Arnolda et al. Childhood maltreatment and migraine (Part I). Prevalence and adult revictimization: A Multicenter Headache Clinic Survey. *Headache.* 2010, 50, 20-31
18. GRETCHER Tietjen E., BRANDES Jan L., PETERLIN Lee B., ELOFF Arnolda et al. Childhood maltreatment and migraine (Part II). Emotional abuse as a risk factor for headache chronification. *Headache.* 2010, 50, 32-41
19. ANDA Robert F., BROWN David W., DUBE Shanta R., BREMNER Douglas et al. Adverse childhood experiences and chronic obstructive pulmonary disease in adult. *American journal of preventive medicine.* 2008, 34, 5, 396-403
20. BROWN David W., ANDA Robert F., FELITTI Vincent J., EDWARDS Valerie J. et al. Adverse childhood experiences are associated with the risk of lung cancer : a prospective cohort study. *BMC public health.* 2012 <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/10/20>
21. SCOTT Kate M., KORFF Michael Von, ALONSO Jordy, ANGERMEYER Matthias C et al. Childhood adversity, early-onset depressive/anxiety disorders, and adult-onset asthma. *Psychosomatic medicine.* 2008, 70, 1035-1043
22. STEIN Dan J., SCOTT Kate, HARO ABDA Josep M., AGUILAR-GAXIOLA Sergio et al. Early childhood adversity and later hypertension: data from the World Mental Health Survey. *Annals of clinical psychiatry.* 2009, 22, 1, 19-28
23. RICH-EDWARDS Janet W., SPIEGELMAN Donna, LIVIDOTI HIBERT Eileen N., JUN Hee-Jin et al. Abuse in childhood and adolescence as a predictor of type diabetes in adult women. *American journal of preventive medicine.* 2010, 39, 529-536
24. DONG Maxia, GILES Wayne H., FELITTI Vincent J., DUBE Shanta R. et al. Insight into causal pathways for ischemic heart disease adverse childhood study. *Circulation journal of American heart association.* 2004, 110, 1761-1766
25. DUBE Shanta R., FAIRWEATHER Delisa, PEARSON William S., FELITTI Vincent J. et al. Cumulative childhood stress and autoimmune diseases in adults. *Psychosomatic medicine.* 2009, 71, 243-250
26. ANDA Robert F., CROFT Janet B., FELITTI Vincent J., NORDENBERG Dane et al. Adverse childhood experiences and smoking during adolescence and adulthood. *JAMA.* 1999, 282, 17, 1652-1658

27. STINE Roenholt, BECK Nina N., KARSBERG Sidsel H., ELKLIT Ask. Post-traumatic stress symptoms and childhood abuse categories in a national representative sample for a specific age group: associations to body mass index. *European journal of psychotraumatology*. 2012, <http://dx.doi.org/10.3402/ejpt.v3i0.17188>
28. ROTHMAN Emily F., EDWARDS Erica M., HEEREN Timothy, HINGSON RAPH W. Adverse childhood experiences and predict earlier age of drinking onset: results from a representative US Sample of current or former drinkers. *Pediatrics*. 2008, 122, 298-304
29. DUBE, Shanta R., FELITTI Vincent J., DONG Maxia, CHAPMAN Daniel P., GILES Wayne H. Childhood abuse, neglect, and household dysfunction and the risk of illicit drug use: the adverse childhood experiences study. *Pediatrics*. 2003, 111, 3, 564-572
30. DUBE Shanta R., ANDA Robert F., FELITTI Vincent J., CHAPMAN Daniel P. et al. Childhood abuse, household dysfunction, and the risk of attempted suicide throughout the life span: findings from the adverse childhood experiences study. *JAMA*. 2001, 286, 24, 3086-3096
31. RAMINO Laurie S., MADRID Bernadette J., BROWN David W. Adverse childhood experiences and health-risk behaviors among adults in a developing country setting. *Child abuse and neglect*. 2010, 34, 842-855
32. BROWN David W., ANDA Robert F., TIEMEIER Henning, FELITTI Vincent J. et al. Adverse childhood experiences and the risk of premature mortality. *American journal of preventive medicine*. 2009, 37, 5, 389-396
33. TYRKA Audrey R., PRICE Lawrence H., KAO Hung-Teh, PORTON Barbara et al. Childhood maltreatment and telomere shortening: preliminary support for an effect of early stress on cellular aging. *Boil psychiatry*. 2012, 67, 531-534
34. PRICE Lawrence H., KAO Hung-The, BURGERS Darcy E., CARPENTER Linda L. et al. Telomeres and early life stress: an overview. *Boil psychiatry*. 2013, 73, 15-23
35. THURIN Jean Michel, BAUMANN Nicole, Stress, pathologies et immunité. Flammarion. 2003
36. LAI Ming-Chi, HUANG Li-Tung, Effects of early stress on neuroendocrine and neurobehavior : mechanisms and implications. *Pediatrics and neonatology*. 2011, 52, 122-129
37. BISMUTH Sylvia, L'impact cognitif de l'état de stress post traumatique. thèse d'exercice, discipline : médecine, Amiens. 2011, 6-9
38. NICOLSON Nancy A., DAVIS Mary C., KRUSZEWSKI Denise, ZAUTRA Alex J., Child maltreatment and diurnal cortisol pattern in women in chronic pain. *Psychosomatic medicine*. 2010, 75, 471-480
39. CARPENTER Linda L., SHATTUCK Thaddeus T., TYRKA Audrey R., GERACIOTI Thomas D. Effect of childhood physical abuse on cortisol stress response. *Psychopharmacology*. 2011, 214, 367-3757

40. TRICKETT Penelope K., NOLL Jennie G., SUSMAN Elisabeth J., SHENK Chad E. et al. Attenuation of cortisol across development of victims of sexual abuse. *Dev Psychopathol.* 2010, 22, 1, 165–175
41. The American college of obstetricians and gynecologists, Adult manifestation of childhood sexual abuse. *Obstetrics and gynecology.* 2011, 118, 2, 1
42. BALA Martha. Caring for adult survivors of child sexual abuse, Issues for family physicians. *Canadian family physician.* 1994, 40
43. WEINREB Linda, SAVAGEAU Judith A., CANDIB Lucy M., REED George W. et al. Screening for childhood trauma in adult primary care patients: a cross-sectional survey. *The primary care companion to the journal of clinical psychiatry.* 2010, 12, 6
44. WEINREB Linda, FLETCHER Kenneth, CANDIB Lucy M., BACIGALUPE Gonzalo, et al. Physicians' perceptions of adult patients' history of child abuse and family medicine setting, adult patients' history of child abuse in family practice, *J Am Board Fam Med.* 2007, 20, 4, 417-419
45. RICHARDSON J, FEDER G., ELDRIDGE S. et al. Woman who experience domestic violence and women survivors of childhood sexual abuse a survey of health professional's attitudes and clinical practice, *British journal of general practice.* 2001, 468-470
46. SCHACHTER Candice L., RADOMSKY Nellie A., STALKER Carol A., TERAM Eli. Women survivors of child sexual abuse. How can health professionals promote healing? *Canadian family physician.* 2004, 50, 405-412
47. DRAUCKER Claire Burke, MARTSOLF Donna S., ROLLER Cynthia, KNAPIK Gregory et al. Healing for child sexual abuse: a theoretical model. *Journal of sexual abuse.* 2011, 20, 435-466
48. JEHEL Louis, LEVY Pierre, PAYNE heather, AUBRY Isabelle et al. Suicide prevention in primary care should include questions on intrafamilial sexual abuse. *British medical journal.* 2008, <http://www.bmj.com/rapid-response/2011/11/02/suicide-prevention-primary-care-should-include-questions-intrafamilial-sex>
49. <http://www.rhumatologie.asso.fr/04-rhumatismes/grandes-maladies/0f-dossier-fibromyalgie/sommaire-fibromyalgie.asp> consulté le 28/11/2012

**Titre en anglais**

Adult diseases and adverse childhood experiences: place of general practitioner.

**Résumé en anglais**

*Introduction:* Adverse childhood experiences are a serious public health problem. The aim of this work is to show the relationship between adult diseases and adverse childhood experiences and that a screening of these traumas is essential.

*Methods:* This is a meta-analysis completed by an interview with an expert.

*Results:* Adverse childhood experiences are responsible for chronic stress. The stress increases risk behaviors and causes many biological changes in the body. These traumas lead to the occurrence of disease (mental disorders, sleep disorders, migraine, hypertension, chronic obstructive pulmonary disease, lung cancer, ischemic heart disease, asthma, diabetes, autoimmune diseases, etc.) and many unexplained symptoms (pain, anxiety or mental disorders, etc.). Routine screening by questioning about adverse childhood experiences at the first consultation and a more specific examination in the presence of suggestive signs are recommended. This screening is itself therapeutic because it allows the patient to make the connection between his complaints and traumas. Psychotherapy should be proposed. It could be led by the general practitioner or by a psychiatrist according to the severity of psychological harm.

*Conclusion:* It is essential to detect adverse childhood experiences in adult. A psychological and medical care will prevent and / or treat the pathologies caused by traumas.

**Keywords:** Adverse childhood experiences, Adult disease, General practitioner, Screening, Care, Prevention

## Résumé en français

*Introduction* : Les traumatismes de l'enfance (maltraitance, négligence et dysfonctionnements familiaux) constituent un véritable problème de santé publique. L'objectif de ce travail est de montrer l'existence d'une relation entre des pathologies de l'adulte et les traumatismes de l'enfance et qu'un dépistage de ces traumatismes est indispensable.

*Méthodes* : Il s'agit d'une méta-analyse complétée par une interview d'un spécialiste.

*Résultats* : Les traumatismes de l'enfance sont responsables d'un stress chronique. Ce stress augmente les comportements à risque et entraîne un ensemble de modifications biologiques de l'organisme. Ces traumatismes sont responsables de l'apparition de maladies (troubles mentaux, troubles du sommeil, migraine, hypertension artérielle, broncho-pneumopathie, cancer du poumon, infarctus, asthme, diabète de type 2, maladies auto-immunes, etc.) et de symptômes multiples souvent inexpliqués par le corps médical (douleurs, troubles anxieux ou de l'humeur etc.). Un dépistage systématique par un questionnaire sur les traumatismes de l'enfance lors d'une première consultation et un dépistage par un interrogatoire plus précis en présence de signes évocateurs sont recommandés. Ce dépistage constitue à lui seul une thérapeutique car il permet au patient de faire le lien entre ses plaintes et ses traumatismes. Une psychothérapie devra par la suite être proposée. Elle sera réalisée soit par le médecin généraliste soit par le psychiatre en fonction de la gravité du traumatisme.

*Conclusion* : Il est essentiel de dépister les traumatismes de l'enfance chez l'adulte. Un suivi psychologique et médical permettra de prévenir et/ou de traiter les pathologies résultantes.

**Mots-clés** : Traumatismes--Enfants, Maladies--Adultes, Médecin généraliste, Dépistage (médecine), Thérapeutique--Psychothérapie, Prévention