

ABUS SEXUELS ET PATHOLOGIE FONCTIONNELLE PELVI-PERINEALE

Jean Jacques LABAT

ConStat, 1996, 3, 10 - 13

Introduction

Les études concernant le devenir des victimes d'abus sexuels se sont jusqu'alors surtout intéressées aux conséquences psychiques à court et moyen terme (syndrome de stress post-traumatique), mais beaucoup moins aux conséquences psycho-somatiques à long terme. La prise en charge et le suivi de ces patients a montré également une plus grande fréquence de ces symptômes somatiques. Depuis quelques années les gastro-entérologues ont constaté une grande fréquence d'antécédents d'abus sexuels dans la pathologie fonctionnelle digestive, deux autres domaines semblent également en être un mode d'expression : les troubles fonctionnels urinaires et les algies pelviennes. Une des difficultés est d'établir un lien de causalité entre l'antécédent et le symptôme psycho-somatique.

Bien que les médias aient tendance à faire croire à l'augmentation de la fréquence des abus sexuels, pour Feldman (5) il n'en est rien et chez les jeunes filles de moins de 14 ans, la prévalence reste de 10 à 12 % depuis l'après-guerre. L'augmentation de la fréquence des consultations pour abus sexuels apparaît donc être liée essentiellement à l'évolution des mentalités, à la levée des tabous, plus qu'à une modification du phénomène lui-même ; nous n'en sommes qu'au début de la prise de conscience. Il semble que les variations de fréquence retrouvée dans la littérature (de 8 % à 26 %) soient essentiellement le fait des biais de recrutement, de la nature des questions posées, de la facilité à y répondre, et surtout de la définition des abus, ce qui peut expliquer des taux régulièrement plus élevés dans les études anglo-saxonnes. Une étude récente, réalisée à Genève (7) auprès de 1 116 adolescents de 13 à 17 ans scolarisés, montre que 33,8 % des filles et 10,9 % des garçons ont un antécédent d'au moins un abus sexuel. La prévalence des abus sexuels avec contact physique est de 20,4 % chez les filles et 3,3 % chez les garçons. La prévalence des abus ayant comporté n'importe quelle forme de pénétration est de 5,6 % chez les filles et 1,1 % chez les garçons. La moitié des enfants ont subi cet abus avant l'âge de 12 ans, dans un tiers des cas, l'abuseur était un adolescent. L'abuseur est un membre de la famille dans 20,5 % des cas chez les filles et 6,3 % chez les garçons. C'est dire l'importance et l'universalité de ce phénomène social.

Définitions

Il semble important de définir les différentes formes d'agression sexuelle.

Viol

Acte de pénétration sexuelle, de quelque nature qu'il soit, commis sur la personne d'autrui par violence, contrainte ou surprise et qui constitue un crime justifiant donc la Cour d'Assises. La définition du viol, résultant de la loi du 23 décembre 1980, ne fait de distinction ni selon le sexe de l'auteur du crime ou de la victime, ni selon la nature de l'acte (la pénétration peut être génitale, anale ou orale).

Il est puni par la réclusion criminelle avec emprisonnement de 15 ans en cas de viol simple, de 20 ans en cas de circonstances aggravantes. Celles-ci résultent soit de l'état vulnérable de la victime (mineur de moins de 15 ans, malade, infirme, etc.), soit d'un lien d'ascendance ou d'autorité de l'auteur sur la victime, soit de la menace d'une arme ou de la commission du crime par deux ou plusieurs auteurs ou complices, soit parce qu'il entraîne une mutilation ou une infirmité définitive.

Abus sexuel

Étymologiquement abus = qui s'éloigne de l'usage normal (us), l'abus est à la fois un mauvais usage et un usage excessif.

L'expression « abus sexuel » a été retenue officiellement en France de préférence à « sévices sexuels », ancien terme du Code Pénal, ou à violence sexuelle qui exclut les abus très nombreux commis sans violence, ou encore « exploitation sexuelle » qui connote plutôt la pornographie ou la prostitution des enfants.

Agression sexuelle

Terme du code pénal actuel. Constitue une agression sexuelle toute atteinte sexuelle commise avec violence, contrainte, menace ou surprise. Le viol en est la forme majeure.

Les agressions sexuelles autres que le viol sont punies de 5 ans d'emprisonnement et de 500 000 F d'amende, jusqu'à 10 ans et 1 000 000 F d'amende en cas d'aggravation.

L'exhibition sexuelle imposée à la vue d'autrui dans un lieu accessible aux regards du public est punie d'un an d'emprisonnement et de 100 000 F d'amende.

Inceste

Relations sexuelles avec de proches parents.

L'inceste, s'il est interdit par toutes les sociétés, n'est pas, en tant que tel, réprimé pénalement : c'est l'abus sexuel qui l'est.

Il convient donc de prendre conscience de ce que la notion d'abus sexuel est large et recouvre des entités dont on peut penser qu'elles n'ont pas le même degré de gravité englobant des actes avec ou sans violence, des actes par des étrangers ou des membres de la famille. C'est une des difficultés de l'interprétation des différentes études.

Si l'abus extra-familial est souvent unique, pouvant aller de l'exhibitionnisme au viol avec violence, l'inceste lui, répétitif, est la violation de la loi sociale et marquera profondément l'évolution psychique de l'enfant.

Violences sexuelles : une déclaration souvent obligatoire

Le médecin se doit de signaler aux autorités administratives ou médico-sociales ses soupçons de violence sexuelle sur enfant mineur. En effet, une dérogation au secret médical est prévue dans ces situations par le 4^e alinéa de l'article 378 du Code Pénal qui supprime toute sanction si les médecins et autres officiers de santé « informent les autorités médicales ou administratives chargées des actions sanitaires et sociales, des sévices ou provocations sur la personne de mineurs de moins de 15 ans et dont ils ont eu connaissance à l'occasion de l'exercice de leur profession ». Par ailleurs, en cas d'urgence ou de danger actuels et certains

sur ces enfants mineurs, le médecin doit signaler la situation aux autorités judiciaires (Procureur ou Juge des Enfants), car le code de déontologie précise (art. 43 du décret du 06/09/1995) que « le médecin doit être le défenseur de l'enfant lorsqu'il estime que l'intérêt de sa santé est mal compris ou mal préservé par son entourage ». Enfin, dans les cas les plus graves, le médecin pourrait être poursuivi pénalement pour non assistance à personne en danger.

Les abus sexuels sont très fréquents dans la population générale et doivent rendre prudente l'interprétation des antécédents de ce type dans les études incriminant l'abus comme intervenant dans la genèse d'un symptôme physique ou psychique. Il est important de différencier :

- les abus survenus à l'âge adulte ou dans l'enfance,
- les abus uniques ou répétés,
- les abus au sens large (comprenant les simples exhibitionnismes ou attouchements isolés), les viols et les incestes,
- les abus sexuels isolés ou associés à des abus physiques.

Le devenir à long terme de la victime d'abus sexuel

Friedrich (6) a comparé l'évolution des symptômes somatiques dans une population de 252 enfants (de 3 à 12 ans), chez lesquels on retrouvait la notion d'abus de gravité variable, avec une population témoin de 847 enfants n'ayant pas d'antécédent d'abus sexuel. Au sein des groupes comparables (familial, éducation, âge, sexe), les filles de 3 à 6 ans et les garçons âgés de 7 à 12 ans au moment de l'abus sexuel ont un plus grand nombre de symptômes somatiques. Celui-ci est en relation directe avec la gravité de l'abus et le nombre de perpétrateurs. Parmi les différences entre ces deux groupes, les symptômes : allergie, asthme et problèmes oculaires ne sont pas différents entre groupes abusés et non abusés ; les paramètres significativement différents sont par ordre croissant : vomissements, maux d'estomacs, céphalées, nausées, douleurs et surtout l'item « malade en cas de tristesse ou d'épisodes émotifs ». Ces données confirment que les enfants victimes d'abus sexuels ont une plus grande fréquence de plaintes somatiques subjectives.

Scarinci (11) montre que l'abus sexuel favorise une fragilité de l'individu avec une très mauvaise aptitude à se défendre des agressions, qu'elles soient liées à la maladie physique ou au stress, ainsi qu'une fragilité psychiatrique. Ce manque de protection s'exprime par une plus grande sensibilité à la douleur par modification de l'intégration centrale de la douleur sans anomalie des récepteurs nociceptifs, avec survenue fréquente de syndromes douloureux de tous types, d'incapacités fonctionnelles importantes et d'hyperconsommation médicale.

Dans toutes ces études, les types d'abus sexuels ne sont pas toujours bien précisés, alors qu'il semble que les traces laissées par un abus accidentel (éventuellement pris en charge rapidement) devrait être moindres que celles secondaires à un abus perpétré par une personne proche, de façon répétée, dans le secret et la honte.

Les symptômes somatiques potentiellement révélateurs d'un abus sexuel

Les troubles fonctionnels intestinaux

Devroede (2) a depuis longtemps insisté sur les troubles psychologiques des patients constipés. 20 % des enfants qui ont subi un abus sexuel consultent, non pas tant pour cette raison que pour des douleurs abdominales ou une constipation. Il signale, par ailleurs, la grande fréquence des antécédents d'abus dans les constipations terminales de l'adulte.

Drossman (3) a rapporté le premier la fréquence élevée d'abus sexuels dans la population des patients présentant des troubles fonctionnels intestinaux : 44 % d'entre eux ont des antécédents d'attouchements sexuels, de menace de viol ou de viol. Il y a 3 à 4 fois plus d'abus sexuels dans une population de patients présentant des troubles digestifs fonctionnels par rapport à ceux qui présentent une pathologie organique.

Walker (14) confirme que les patients ayant un colon irritable (28 étudiés) ont un taux d'antécédents d'abus sexuel très élevé par rapport à ceux qui ont une maladie intestinale inflammatoire (19 étudiés) : 54 % contre 5 % .

Talley (13) rappelle que le syndrome du colon irritable existe dans 15 % de la population générale et 40 % des consultants de gastro-entérologie. Parmi une large population de consultants pour symptômes digestifs, âgés de 30 à 49 ans, l'auteur distingue plusieurs groupes symptomatiques et le taux d'antécédents d'abus sexuels dans chacun d'eux :

		Antécédents d'abus sexuel
avec	troubles fonctionnels intestinaux	43%
sans		20%
avec	dyspepsies	35%
sans		18%
avec	douleurs thoraciques atypiques	33%
sans		15%

Scarinci (11) a étudié 50 patientes présentant des symptômes digestifs : 13 reflux, 11 colons irritables, 26 douleurs thoraciques atypiques. Il note que 56 % de l'ensemble rapportent un antécédent d'abus sexuel, surtout en cas de reflux gastro-œsophagien (92 % de ces 56 %) et de colon irritable (82 %), contre 27 % dans les douleurs thoraciques atypiques.

Leroi à Rouen, a été surprise par la fréquence des plaintes sexuelles spontanément rapportées au cours des séances de biofeed-back, en particulier chez les patients souffrant d'anisme. Parmi 344 consultants en gastro-entérologie (10), 40 % de ceux qui souffrent de troubles digestifs d'origine basse ont un antécédent d'abus sexuel contre 10 % seulement chez ceux qui ont une pathologie organique. C'est la constipation et la diarrhée qui sont notées le plus fréquemment avec une prépondérance de l'anisme. La prévalence de l'abus est 4 fois plus élevée dans les troubles fonctionnels d'origine distale que dans les troubles fonctionnels d'origine proximale.

Dans une autre étude (9), Leroi compare les manométries ano-rectales réalisées chez 40 femmes ayant des antécédents d'abus sexuels avec 20 femmes contrôles en bonne santé et 31 consultantes ayant les mêmes symptômes intestinaux mais sans antécédent d'abus sexuel. L'anisme est retrouvé chez 39 des 40 femmes aux antécédents d'abus contre seulement 6 sur 20 des témoins. L'anisme n'est pas la seule anomalie évocatrice : ce groupe se caractérise aussi par une diminution d'amplitude du réflexe recto-anal inhibiteur, une faible augmentation

de la pression rectale lors de la poussée, une absence fréquente de la contraction initiale lors de la distension rectale et une augmentation de la pression de repos à la partie basse du canal anal. Ces anomalies associées à l'anisme doivent-elles être considérées comme des marqueurs de l'abus sexuel ?

A travers ces études américaines, canadiennes et françaises, on peut attester qu'au moins 30 à 40 % des patients souffrant de troubles fonctionnels intestinaux ont des antécédents d'abus sexuels. Il semblerait donc important que les praticiens évoquent cette éventualité en cas de pathologie terminale (anisme surtout).

Les troubles urinaires

Bloom (1) retrouve dans le suivi d'une population d'enfants ayant subi un abus sexuel, 14 % de troubles mictionnels chez les filles, mais ces chiffres ne sont pas forcément différents de ce que l'on constate chez l'ensemble des enfants.

Susset (12) insiste sur la fréquence des rétentions psychogènes, parmi celles-ci, l'abus sexuel semble la cause la plus souvent retrouvée, avant dépression, hystérie et autres facteurs d'inhibition en rapport avec une pathologie de l'éducation.

Ellsworth (4) rapporte, que sur 300 patients consultant pour des troubles mictionnels et vus en 3 ans, on retrouve 18 cas ayant des antécédents d'abus sexuels et dont les symptômes urinaires ont débuté dans les suites de celui-ci. Les abus ont eu lieu entre 3 et 8 ans, la consultation 2 à 9 ans après l'abus mais les symptômes existaient dès l'abus et avaient ensuite toujours persisté. Sur les 12 enfants : 42 % se présentaient avec des infections urinaires ; 82 % avec une énurésie diurne ou nocturne, 33 % avaient une encoprésie, et 75 % une constipation fréquente. Sur les 6 vus à l'âge adulte, 50 % présentaient des infections urinaires et 83 % une énurésie, 50 % une encoprésie. Trois avaient des trabéculations sur les cystographies. Les bilans urodynamiques étaient peu spécifiques, la miction hachée, de type dyssynergique.

Les auteurs discutent des rapports entre ces symptômes et ceux des « vessies neurogènes non neurogènes ». Le taux de 6 % d'antécédents d'abus sexuel, dans cette population qui consulte pour un trouble mictionnel, n'est guère supérieure à ce que l'on constate dans une population générale, mais cet antécédent n'a pas été recherché de façon systématique chez l'ensemble des consultants, la chronologie d'installation des symptômes plaide, quant à elle, pour un lien de causalité. Ellsworth a constaté que c'était au cours de l'examen urodynamique que la révélation de l'abus avait pu être formulée. Il s'agit là d'un examen qui touche l'intimité corporelle du patient, qui nécessite une pénétration par une sonde uréthrale et qui dure près d'une heure, nécessitant de rassurer, d'expliquer et d'obtenir la confiance d'un patient inquiet.

Les douleurs pelviennes chroniques

Depuis longtemps, de nombreux auteurs ont souligné le rapport entre douleurs pelviennes chroniques et antécédents d'abus physiques et sexuels, ainsi que la fréquence d'interventions pelviennes chez ces patientes. Nous rapportons les études récentes.

Walker (15) a fait une étude rétrospective de 100 dossiers de patientes ayant subi une laparoscopie : 50 pour douleurs pelviennes chroniques, 50 pour ligature tubaire. Toutes avaient eu un interrogatoire détaillé avec une évaluation psychiatrique et une recherche concernant la notion d'abus sexuel.

64 % des patientes ayant des algies pelviennes ont un antécédent d'abus sexuel de l'enfance contre 23 % dans le groupe témoin. Les patientes étaient regroupées en fonction de la gravité de l'abus sexuel et ces groupes mis en corrélation avec les diagnostics psychiatriques et les symptômes somatiques inexpliqués. Parmi les patientes avec des algies pelviennes et un antécédent d'abus sexuel, on retrouve aussi un taux élevé de dépression, d'attaques de paniques, de phobies, de manifestations somatiques et une consommation élevée de médicaments.

Kirkengen (8) rapporte que dans une population de consultant de gynécologie, 85 d'entre elles ont été interrogées par une femme médecin, à la recherche d'antécédents d'abus sexuels : globalement, 28 % rapportent un antécédent d'abus sexuel de l'enfance. Ce taux est nettement plus élevé chez celles qui présentent des douleurs pelviennes chroniques et chez celles qui ont un passé de chirurgie gynécologique.

Ces deux circonstances peuvent donc être des indicateurs d'antécédents d'abus sexuels.

Walling, avec une méthodologie très scrupuleuse, compare plusieurs groupes de femmes : 64 avec des douleurs pelviennes chroniques, 42 avec des céphalées chroniques, 42 sans aucun syndrome douloureux. Dans une première étude (16), il confirme que dans les douleurs pelviennes chroniques, la prévalence d'antécédents d'abus sexuels graves (c'est-à-dire avec pénétration) et/ou d'abus physiques (50 %) est plus importante que dans la population avec céphalées chroniques (38 %) ou dans celle sans douleur (30 %). Dans une deuxième étude (17) sur les facteurs prédictifs de survenue, il conclut que l'abus sexuel de l'enfance ne paraît pas prédictif de la survenue d'une dépression, d'une anxiété et de phénomènes de somatisation, alors que les antécédents d'abus physiques de l'enfance le sont pour tous ces paramètres. Les abus physiques et sexuels de l'adulte sont prédictifs de la somatisation. L'abus sexuel de l'adulte est prédictif de l'anxiété.

Ainsi, les abus sexuels de l'enfance ne sont prédictifs de la survenue de phénomènes de somatisation que dans la mesure où ils sont associés à un abus physique.

Ainsi, toutes ces études vont dans le sens d'une filiation entre abus sexuel « grave » et douleurs pelviennes chroniques incitant à des interventions chirurgicales excessives.

Conclusion

La description d'une filiation entre abus sexuels et pathologie fonctionnelle pelvi-périnéale doit inciter à un regard différent vis-à-vis de certains symptômes difficilement explicables. Si le lien de causalité est établi entre les troubles fonctionnels intestinaux et, notamment, anisme et antécédents d'abus sexuel, il demande à être confirmé pour les troubles urinaires. Cette écoute ne sera que le préalable à une proposition de prise en charge qui, de symptomatique, pourra peut-être dans un deuxième temps devenir plus spécifique.

Références :

1. Bloom DA. Sexual abuse and voiding dysfunction. Editorial, comment. J Urol 199;153:777.
2. Devroede G. Constipation and sexuality. In Medical aspects of human medicine 1990:40-46.
3. Drossman DA. Physical and sexual abuse and gastrointestinal illness: what is the link ? Am J Med 1994;113:828-833.
4. Ellsworth PI, Merguerian P A, Copening ME. Sexual abuse: another causative factor in dysfunctional voiding. J Urol 1995;153:773-776.

5. Feldman W, Feldman E, Goodman JT. Is childhood sexual abuse really increasing in prevalence ? An analysis of the evidence. *Pediatrics* 1991;88:29-33.
6. Friedrich WN, Schafer C. Somatic symptoms in sexually abused children. *J Ped Psychol* 1995;20:661-670.
7. Halperin DS, Bouvier P, Jaffe PD, Mounoud RL, Pawlak CH, Laederach J et al. Prevalence of child sexual abuse among adolescents in Geneva: results of a cross sectional survey. *BMJ* 1996;312:1326-1329.
8. Kirkengen AL, Schei B, Steine S. Indicators of childhood sexual abuse in gynaecological patients in a general practice. *Scand J Prim Health Care* 1993;11:276-280.
9. Leroi AM, Berkelmans I, Denis P, Hemond M, Devroede G. Anismus as a marker of sexual abuse. Consequences of abuse on anorectal motility. *Dig Dis Sci* 1995;40:1411-1416.
10. Leroi AM, Bernier C, Watier A, Hemond M, Goupil G, Black R et al. Prevalence of sexual abuse among patients with functional disorders of the lower gastrointestinal tract. *Int J Colorect Dis* 1995;10:200-206.
11. Scarinci IC, Mac Donald-Haile J, Bradley LA, Richter JE. Altered pain perception and psychosocial features among women with gastrointestinal disorders and history of abuse: a preliminary model. *Am J Med* 1994;97:108-118.
12. Susset J. Les dysuries psychogènes. *Ann Urol* 1993;27:327-328.
13. Talley NJ, Fett SL, Zinsmeister AR, Melton LJ. Gastrointestinal tract symptoms and self-reported abuse: a population-based study. *Gastroenterol* 1994;107:1040-1049.
14. Walker EA, Katon WJ, Roy-Eyrne PP, Jemelka RP, Russo J. Histories of sexual victimization in patients with irritable bowel syndrome or inflammatory bowel disease. *Am J Psychiatry* 1993;150:1502-1506.
15. Walker E, Katon W, Harrop-Griffiths J, Holm L, Russo J et Hickok LR. Relationship of chronic pelvic pain to psychiatric diagnoses and childhood sexual abuse. *Am J Psychiatry* 1988;145:75-80.
16. Walling MK, Reiter RC, O'hara MW, Milburn AK, Lilly G, Vincent SD et al. Abuse history and chronic pain in women: I. Prevalences of sexual abuse and physical abuse. *Obstet Gynecol* 1994;84:193-19.
17. Walling MK, O'hara MW, Reiter RC, Milburn AK, Lilly G, Vincent SD et al. Abuse history and chronic pain in women: II. A multivariate analysis of abuse and psychological morbidity. *Obstet Gynecol* 1994;84:200-206.