

Université Abderrahmane Mira- Bejaia
Faculté des Sciences Humaines et Sociales
Département des Sciences Sociales

Mémoire de fin de cycle

*En vue de l'obtention d'un diplôme de Master en psychologie
clinique*

Thème

*Le traumatisme psychique chez les enfants victimes d'abus
sexuel, étude de 5 cas d'enfants âgés entre 6 et 12 ans,
réalisée au sein du service médecine légale de l'hôpital
Frantz Fanon
CHU de Bejaia*

Présenté par :

M^{elle} HAFFAF Hassiba

Encadré par :

Dr HATEM Wahiba

Année Universitaire 2016/2017

Remerciements

Ma gratitude va d'abord à ALLAH tout puissant, qui m'offrit la foi et la santé m'ayant permis de mener à terme ce modeste travail.

Je tiens à remercier Dr Hatem, qui a encadré ce mémoire tout au long de cette année, qui m'a guidé et encouragée avec bienveillance.

Les membres du jury, qui me font le grand honneur d'évaluer cette recherche.

Tout le personnel du service médecine légale du CHU de Bejaia, lieu de réalisation de cette étude, en particulier le médecin chef du service, Dr Gani, ainsi que la psychologue, Mme Bouzarari, pour leur précieuse collaboration.

Enfin, j'adresse mes remerciements les plus chaleureux, à mes très chers parents, ma chère grand-mère, mes frères et sœurs, ainsi que mes amis, pour leur présence et leur soutien inestimable, et à toute personne m'ayant aidé, ne serait-ce que par un mot encourageant dans la réalisation de ce modeste travail.

Sommaire

Abréviations

Liste des tableaux

Liste des annexes

introduction	I
1. Problématique.....	2
2. Hypothèses	8
3. Opérationnalisation des concepts.....	8
4. Objectif de la recherche.....	9

Cadre générale de la recherche

Partie théorique

Chapitre 1 : L'abus sexuel

Préambule

1. Définitions des concepts.....	13
2. La nature de la sexualité de l'enfant.....	14
3. facteurs de risque et de protection associés à l'abus sexuel.....	17
3.1. Facteurs liés à l'enfant.....	17
3.2. Facteurs liés à l'agression.....	21

3.3.	Facteurs liés à l'agresseur.....	22
3.4.	Facteurs liés à la famille et à l'entourage.....	23
3.5.	Les capacités d'adaptation et la résilience.....	24
4.	Les types d'abus sexuel.....	25
4.1.	L'abus sexuel intrafamilial.....	25
4.2.	L'abus extrafamilial.....	27
5.	Les signes révélateurs d'un abus sexuel	28
5.1.	Indicateurs physiques.....	29
5.2.	Les indicateurs émotionnels et comportementaux.....	30
6.	les conséquences d'un abus sexuel sur les enfants.....	36

Conclusion

Chapitre 2 :

Traumatisme psychique, trouble stress post-traumatique chez l'enfant

Préambule

1.	Historique	48
2.	Définitions et concepts.....	51
2.1.	Le traumatisme psychique.....	51
2.2.	L'Etat de Stress Post-Traumatique (EPST).....	52
3.	Les critères diagnostiques du trouble stress post-traumatique Selon le DSM-5.....	53
4.	Les types de traumatismes dans l'enfance.....	60
4.1.	Les traumatismes de type I, II et III, simples et complexes.....	60
4.2.	Les traumatismes directs et indirects.....	62
5.	Clinique du trauma chez l'enfant.....	63
5.1.	Les réactions immédiates chez l'enfant.....	63
5.2.	Réactions post-immédiates chez l'enfant.....	64

5.3. Les syndromes différés et chroniques de l'enfant.....	65
5.4. Particularité selon les tranches d'âge.....	67
5.5. Spécificité selon la nature du traumatisme.....	69
6. Les paramètres influençant le développement des syndromes psychodramatiques chez les enfants.....	70
6.1. Les variables liées à l'événement.....	70
6.2. Les variables liées à l'enfant.....	71
6.3. Les variables liées à l'environnement social.....	73
7. prise en charge.....	74
Conclusion	

Partie pratique

Chapitre 3 : Méthodologie de la recherche

Préambule

1. La démarche de la recherche et la population d'étude.....	78
1.1. La démarche de la recherche.....	78
1.2. Présentation du cadre de la recherche.....	81
2. Les difficultés rencontrées au cours de la recherche.....	88

Conclusion

Chapitre 4 :

Présentation, analyse et discussion des hypothèses

Préambule

1. Présentation et analyse des résultats.....	91
1.1. Présentation et analyse des résultats du 1 ^{er} cas (Amine).....	91
1.2. Présentation et analyse des résultats du 2 ^{eme} cas (Anes).....	102

1.3. Présentation et analyse des résultats du 3 ^{eme} cas (Houssem).....	111
1.4. Présentation et analyse des entretiens du 4 ^{eme} cas (Oualid).....	117
1.5. Présentation et analyse des résultats du 5eme cas (Zaki)	122
2. Discussion des hypothèses.....	130
Conclusion du chapitre	
Conclusion.....	138
Bibliographie	
Annexes	

Un enfant abusé ne parle pas.

Parlons pour lui...

ABREVRATIONS

- **CHU** : Centre Hospitalo-Universitaire.
- **DSM** : Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux.
- **EPSP** : Etablissement publique de proximité.
- **ESPT** : Etat de Stress Post-Traumatique.
- **OMS** : Organisation Mondiale de la santé.
- **PTSD**: Post Traumatic Stress Disorder.
- **RDV** : Rendez-Vous.
- **SPAS** : Syndrome Post-Abus Sexuel.
- **TSPT** : Trouble Stress Post-Traumatique.

LISTE DES TABLEAUX

Tableau N°	Titre	Page
1	Les observations du dessin de Amine	100-101
2	Les observations du dessin de Anes	110-111
3	Les observations du dessin de Houssam	116-117
4	Les observations du dessin de Oualid	122-123
5	Les observations du dessin de Zaki	129-130
6	Tableau regroupant les critères diagnostiques du Trouble Stress Post-Traumatique.	133-137

LISTE DES ANNEXES

Annexe 1 : Guide d'entretien.

Annexe 2 : Productions graphiques des 5 cas.

1. Dessin de Amine.
2. Dessin de Anes.
3. Dessin de Houssam.
4. Dessin de Oualid.
5. Dessin de Zaki (recto).
6. Dessin de Zaki (verso).

Introduction

Introduction

L'abus sexuel, cet acte criminel et inhumain, est un phénomène qui existe dans le monde entier, bien qu'il soit intolérable par toute culture et religion. Ce délit est d'autant plus inadmissible et cruel, lorsqu'il est infligé à un enfant, cet être en devenir, vulnérable et sans défenses, avec une immaturité psychique, physiologique et neurologique.

L'Algérie ne fait pas exception, d'ailleurs, la Commission nationale pour la promotion de la santé et le développement de la recherche scientifique, rapporte l'enregistrement de 5000 cas d'enfants victimes d'agression sexuelle chaque année, et 80% de ces agressions sont faites en milieu intrafamiliale (*Kamel Z. 2015, p7*). Un chiffre qui reste énorme, surtout en sachant que la divulgation reste très réticente, ce qui rend ce fait encore plus redoutable.

Ces enfants victimes d'un acte barbare et contre nature, se retrouvent dans une situation d'incompréhension et de mal être, avec des perturbations sur le plan psychologique, et social, allant jusqu'à un trouble stress post-traumatique, qui peut se développer en cas d'absence de prise en charge, et engendrer des troubles graves de la personnalité à l'âge adulte.

La gravité de ces conséquences, nous a incités à entreprendre une étude clinique sur cinq cas d'enfants âgés entre 6 et 12 ans, victimes d'abus sexuel, qu'on a pu rencontrer au sein du service médecine légale du CHU de Bejaia, dans le but d'évaluer les comportements consécutifs à cet abus.

Pour cela, on a utilisé comme cadre de référence l'approche intégrative, afin d'enrichir notre recherche, qui se présente par une partie théorique et une partie pratique. La partie théorique se compose de deux chapitres, le premier a été consacré à l'abus sexuel, qu'on a essayé de présenter en le définissant, en énumérant ses types et en citant les facteurs qui peuvent mettre un enfant dans une situation d'abus sexuel, ainsi que ses conséquences, tout en s'intéressant brièvement au développement de la sexualité chez l'enfant. Le deuxième chapitre s'intéresse au traumatisme psychique chez l'enfant, ainsi que sa prise en charge. La partie pratique comprend un chapitre méthodologique, où on a présenté la démarche avec laquelle on a mené notre recherche, ainsi que les outils utilisés, suivis d'un chapitre consacré à la présentation et à l'analyse des résultats ainsi que la discussion des hypothèses, pour enfin finir avec une conclusion générale.

1. Problématique

L'enfant, cet être en plein développement qui a constamment besoin de soutien et de protection afin qu'il puisse construire une identité et une personnalité plus ou moins équilibrée, celui-ci peut malheureusement être confronté à une multitude de maltraitances, soit d'ordre physique ou psychologique, et qui peuvent engendrer des conséquences néfastes à court, moyen et long terme, et nuire à son intégrité physique et psychique.

Parmi les maltraitances les plus intolérables que peut subir un enfant, celle de l'abus sexuel, qui est considéré comme une stimulation sexuelle inadaptée, puisque sur le plan développemental l'enfant n'y est pas préparé (*Desgagne J. 2003, p10*).

L'abus sexuel est défini par Gérard Lopez (1997) comme « toute participation d'un enfant ou d'un adolescent à des activités sexuelles qu'il n'est pas en mesure de comprendre, qui sont inappropriées à son âge et à son développement psychosexuel, qu'il subit sous la contrainte, par violence ou séduction ou qui transgresse les tabous sociaux » (*Lopez G. 1997, p6*).

Les termes d'abus sexuel et d'enfant sexuellement abusé ont été adoptés à partir du vocabulaire anglo-saxon. Commettre un abus, c'est faire un mauvais usage de son pouvoir, la définition du mot abuser, dans le dictionnaire de Robert, c'est tromper quelqu'un en abusant de sa crédulité (*Lobovici C.1990, p1*).

L'enfant peut être abusé au sein de la famille par un parent, un beau parent, un frère, une sœur, ou par d'autres membres familiaux, ou peut l'être en dehors de la famille, par exemple par un ami, un voisin, une personne en charge de l'enfant, un enseignant ou un agresseur inconnu (*Desgagne J. 2003, p10*).

Ce phénomène n'est malheureusement pas un fait divers mais une véritable plaie de société qui est en train de prendre de l'ampleur, malgré ça, en parler ou le signaler reste un pas difficile à franchir, c'est le silence frappé d'anathème, tabou par excellence, son dévoilement entraîne la honte et le déshonneur.

D'ailleurs au service médecine légale du centre hospitalo-universitaire de Bejaia (Algérie), qui est l'unique service au niveau de la wilaya, on a noté pour toute l'année 2016 le signalement de seulement 18 cas d'agressions sexuelles sur les enfants de moins de 12 ans, 13 d'entre eux sont âgés entre 6 à 12 ans,

Problématique et hypothèses

dont 8 garçons et 5 filles, et 5 d'entre eux ont moins de 6 ans, dont une fille et 4 garçons.

Eveline Josse (2007), justifie le manque de signalement dans ce type d'agression par le fait que l'enfant ne verbalise pas au moment de son occurrence, l'enfant victime ne dévoile que plusieurs mois voire plusieurs années plus tard, le silence n'est donc briser qu'à l'adolescence ou à l'âge adulte, elle explique que les révélations claires et spontanées de violences sexuelles sont rares, et que l'enfant dénonce plus facilement la maltraitance sexuelle si une autre victime signale une violence similaire commise par le même auteur, si l'agresseur est étranger au cercle familial, ou si on lui pose des questions directes au sujet d'agression possible.

Elle l'attribue également aux tabous culturels qu'elle qualifie de frein considérable aux révélations d'agression à caractère sexuel, elle dit que dans la majorité des sociétés, évoquer la sexualité provoque des sentiments de gêne et de honte autant par le locuteur que son confident, et que dans de nombreux pays, les enfants ne sont pas encouragés à parler d'eux même ou à expliquer leurs difficultés, et que dans certaines cultures, les violences sexuelles faites aux enfants sont tolérées, à titre d'exemple : l'esclavage sexuel des enfants domestiques, voire considérées comme des pratiques acceptables, comme par exemple dans les viols et les relations sexuelles courantes dans le cadre des mariages précoces.

Josse associe aussi ce manque de signalement à la religion, où elle explique que plus l'interdit religieux concernant la sexualité en dehors des liens du mariage est impératif, plus la victime éprouvera de difficultés à dénoncer les faits (*Josse E. 2007, pp5-7*).

Simon (2004) quant à lui, explique ce phénomène en disant que l'enfant abusé, qui ignore totalement la gravité de l'acte, sait néanmoins inconsciemment que ce qu'il vit n'est pas normal, mais qu'il vit dans une telle ambiance d'instabilité qu'il pressent que révéler l'abus aggravera sa situation vis-à-vis de ses parents et de sa famille proche. Il est donc ligoté par une double contrainte « si je me tais, ça continue, si je parle, ça sera pire! ». Victoire du bourreau, défaite écrasante de sa petite victime. Et tout le monde peut continuer dans le silence assourdissant de cette souffrance sans fin !

Problématique et hypothèses

Ce silence aura un cout élevé pour l'enfant ; des symptômes corporels s'installent brutalement ou à bas bruit. Des troubles du comportement également.

Si personne n'y prend garde tout semble se calmer, telle une source dans son trajet souterrain, pour réapparaître au bout de quelques semaines a quelques mois, si aucun des membres de la famille, la mère le plus souvent ne prend garde aux différents signaux de détresse envoyé par l'enfant (*Simon V. 2004, P 15*).

En ce qui concerne les symptômes survenant suite à cette agression, Deblinger et Halfin (1993) affirment qu'ils ne sont pas différents de ceux attribuables à d'autres types de traumatismes ou à des pathologies psychiatriques de l'enfant, ils rajoutent qu'il y a davantage de symptômes d'état de stress post traumatique à long terme lorsqu'on retrouve les facteurs suivants : l'agresseur est un parent ou un parent substitut. Par exemple si c'est le père ou le père substitut, les effets sont plus sévères que si c'est une personne plus étrangère , lorsqu'il y a plusieurs contacts sexuels, l'abus c'est étalé sur une longue période de temps, lorsqu'il y a eu usage de force physique, lorsqu'il Ya eu pénétration, et aussi lorsqu'il y a un manque de soutien par l'autre parent, et un manque de cohésion familiale ; par exemple si les révélations de l'enfant sont accueillies avec incrédulité, blâme, punition et stigmatisation (*Cote L. 1996, P 218-219*).

Simon va même jusqu'à nous parler d'un syndrome post-abus sexuel (SPAS), où il explique que d'après ses observations cliniques et son expérience auprès des personnes abusées, il a pu retrouver un certain nombre de constantes dont les signes cliniques psychiques et physiques qui ne sont toujours pas associés aux critères d'un Etat de stress post-traumatique (PTSD), son but est que ce SPAS soit validé en raison de sa spécificité dans le cadre de l'aide aux victimes d'abus, cela évitera au sujet d'être exclu d'un cadre nosologique définissant une pathologie secondaire à l'agression subie, mais surtout d'être reconnu comme victime, d'être pris en charge sur le plan médical et psychothérapeutique, faute de présenter tous les symptômes du PTSD. Il rajoute que l'abus sexuel et le SPAS qui en découle réalise une expérience destructrice entraînant: un état de détresse chronique engendrée par le psycho-traumatisme et un état de désagrégation mentale due aux séquelles indélébiles de l'intrusion physique et psychique.

Et que ses manifestations restent gravées dans l'appareil psychique si une thérapie n'est pas mise en œuvre (*Simon V. 2004, P77*).

En Algérie Remmas (2010) a étudié les caractéristiques de la représentation de soi, chez 6 enfants âgés entre 6 et 12 ans, victimes d'agression sexuelle, reçu au niveau de 7 services de médecine légale de la Wilaya d'Alger et de Blida. Elle a mis en évidence une multitude de symptômes, tel que l'évitement, l'isolement, l'agressivité, les difficultés scolaires etc. Et elle a démontré à l'aide d'un test projectif qui est celui du Rorschach, que la représentation de soi qui est l'objet de son étude, est fragilisée chez ces enfants (*Remmas N. 2010*).

On constate donc en se référant à ces études, que l'enfant face à un abus sexuel ne peut dévoiler ce qu'il a subi, et ce pour plusieurs raisons, mais celui-ci peut développer suite à cela une multitude de symptômes qui peuvent être des symptômes traumatiques.

Le traumatisme psychique est défini par Crocq et ses collaborateurs (2007) comme « un phénomène d'effraction du psychisme, et le débordement de ses défenses par les excitations violentes afférentes à la survenue d'un événement agressant ou menaçant pour la vie ou l'intégrité (physique ou psychique) d'un individu, qui y est exposé comme victime, témoin ou acteur » (*Crocq et al. 2007, p7*).

Ces mêmes auteurs pensent que les enfants sont vulnérables au trauma au même titre que les adultes, et qu'on peut même dire que dans bien des cas, l'enfant subit deux traumas : le sien propre, plus, en miroir, celui de ses parents dont il constate l'épouvante et l'impuissance, notamment l'impuissance à le protéger. Ils disent que contrairement aux idées reçues rassurantes sur la résilience de l'enfant, que son immaturité empêcherait de concevoir objectivement la mort, et que sa personnalité en devenir armerait de conduites adaptatives novatrices, on doit malheureusement objecter que l'imaginaire de la mort chez l'enfant est différent mais peut être pire que l'imaginaire de la mort chez l'adulte, et que c'est justement parce-que sa personnalité est en devenir qu'elle n'en est que plus fragile, vulnérable au choc émotionnels et facilement engagée dans des frayages de conduite morbides.

Ils rajoutent que sur le plan clinique, on va retrouver chez l'enfant traumatisé le même « noyau sémiologique » que chez l'adulte (reviviscences,

Problématique et hypothèses

altération de la personnalité, symptômes non spécifiques) mais avec des différences et des variantes dans le tableau clinique (*Crocq et al. 2007, P51*).

Par contre, l'étude d'Ackerman et ses collègues (1998) démontre que chez les enfants victimes d'un événement traumatisant, le diagnostic d'un Etat de stress post traumatique (ESPT) est loin d'être le plus fréquent, Qu'il arrive en quatrième position, après ceux d'anxiété de séparation, de trouble oppositionnel et d'autres troubles phobiques. Ils expliquent que cela ne veut pas dire que ces enfants ne sont pas traumatisés mais plutôt que le diagnostic d'un état de stress post traumatique conçu pour décrire celui des symptômes de l'adulte ne rend pas compte les phénomènes psychologiques vécus par l'enfant, et que cela serait particulièrement vrai dans le cas de violences physiques et sexuelles prolongées, qui provoquent des symptômes beaucoup plus complexes, entravant la construction de la personnalité (*Kedia M. et Sabouraud-Seguin A. et al. 2013, p 50*).

Plus tard, Bessel van der Kolk (2005,2008) a proposé un diagnostic pédiatrique qui est celui du « trauma développemental » mettant l'accent sur les conséquences somatiques, relationnelles et affectives des violences commises par d'autres êtres humains, notamment par les figures d'attachement (*Kedia M. et Sabouraud-Seguin A. et al. 2013, p 50*).

Quant à Josse (2011), elle pense que l'exposition à un événement grave ne suffit pas pour engendrer une souffrance traumatique, autrement dit tous les enfants ayant vécu un événement pénible ou effrayant ne développent donc pas un syndrome psycho-traumatique, plus encore que celles des adultes, leurs réactions sont modulées voir déterminées par une multitude de facteurs. Les paramètres influençant l'apparition des symptômes, leur fréquence et/ou leur intensité, ainsi que le processus de récupération psychique se divise en trois catégories : Les variables liées à l'événement, les facteurs propres à l'individu et les caractéristiques du milieu de récupération. Pour elle plus les facteurs de risque ce cumulent, plus l'apparition d'un trouble post-traumatique est probable et potentiellement grave et chronique (*Josse E. 2011, P 123*).

Kedia, Sabouraud-Seguin et leurs collaborateurs (2013) disent que les réactions traumatiques chez l'enfant ont été moins étudiées que chez l'adulte, et qu'il existe peu d'étude naturaliste longitudinale. Néanmoins un consensus clinique important existe parmi les experts.

Problématique et hypothèses

Ils rajoutent que les trois grande catégories de symptômes de l'état de stress poste traumatique (ESPT) décrites chez l'adulte sont présentes chez l'enfant : un syndrome de répétition avec reviviscences, l'évitement et l'inhibition, et une hyperactivité neuro-végétative. Et qu'un relatif consensus veut que les enfants de plus de 8-10 ans expriment des réactions semblables à celles des adultes, en revanche en dessous de 8 ans les données sont moins consensuelles quant à l'expression et à la sévérité des réactions exprimés. Ils nous décrivent un certain nombre de symptômes qui peuvent en particulier occuper le devant d'un tableau clinique : Comportements immatures régressifs : anxiété majorée, expression de beaucoup de comportement (enfant plus « collant »), difficultés à s'endormir ; Agressivité : irritabilité, comportements destructeurs, crise de colère etc. ; cauchemars ; jeux ou dessins remettant en scène de manière répétitive l'événement traumatique ou des thèmes qui y sont associés. Ils citent également une autre difficulté diagnostique qui est celle de l'émoussement affectif, qui est beaucoup plus difficile à mettre en évidence chez l'enfant (*Kedia M. et Sabouraud-Seguin A. et al. 2013, p 49*).

A partir de tout cela, et en tenant compte du fait que l'enfant Algérien ne bénéficie pas de cours d'éducation sexuelle durant son cycle primaire, notre problématique de recherche se résume aux deux questions suivantes :

- L'enfant victime d'abus sexuel présente-il une symptomatologie traumatique?
- La symptomatologie survenant suite à un abus sexuel chez un enfant Algérien, est-elle similaire à celle d'un trouble stress post-traumatique tel qu'il est décrit dans le DSM-5, ou existe-il des spécificités chez celui-ci?

2. les hypothèses

2.1. Hypothèse générale

L'enfant victime d'abus sexuel présente un trouble stress post-traumatique.

2.2. Hypothèse opérationnelle

L'enfant Algérien victime d'un abus sexuel présente une symptomatologie traumatique similaire à celle décrite dans le DSM-5.

3. opérationnalisation des concepts

3.1. Le traumatisme psychique chez l'enfant

- Réveils nocturnes angoissés, et cauchemars.
- Phobies.
- Reviviscence.
- Colère, irritabilité et agressivité.
- Evitement de tous stimuli relatifs à l'événement traumatique.
- Difficulté de l'attention, de la concentration et de la mémorisation.
- Plaintes somatiques.
- Appétence modifiée.
- Troubles du contrôle sphinctérien.
- Angoisse de séparation.
- Troubles de l'humeur.
- Jeux et dessins répétitifs reprenant la thématique du traumatisme.

3.2. L'enfant

- être dont le développement se situe entre la naissance et la puberté.
- dépendant de l'adulte.

3.3. L'enfant de 6 à 12 ans

- Période de latence.
- Sexualité mise en veille.
- Déplacement de l'énergie vers les apprentissages intellectuels, créatifs et sportifs.

3.4. La victime

- Personne qui a subi un préjudice reconnu par un texte, une loi ou un règlement.

3.5. L'abus sexuel

- Implication d'une personne dans des activités sexuelles inappropriées à son âge et à son développement.
- Personne consentante ou non.
- L'abuseur étant une personne plus âgée usant de violence, de séduction ou de manipulation.

4. Objectif de la recherche

L'objectif de cette recherche est de mettre en évidence l'éventuelle symptomatologie que peut présenter un enfant victime d'abus sexuel, ainsi que les facteurs de risque pouvant mettre un enfant dans une situation d'abus, et cela dans le but futur de l'élaboration d'un programme de sensibilisation et de prévention contre ce phénomène, et pourquoi pas celui d'une éducation sexuelle consacrée au programmes éducatifs.

Partie
théorique

Chapitre 1:
L'abus sexuel

Préambule

L'abus sexuel est considéré comme la modalité la plus fréquente et la plus destructrice des maltraitances faites à l'égard des enfants. Cet acte monstrueux ne laisse personne indifférent, mais reste difficile à étudier de par sa complexité et surtout son aspect tabou. Essayons dans ce présent chapitre de présenter ce qu'est l'abus sexuel et quelles sont ses différentes modalités.

1-Définitions des concepts

Dans la littérature on retrouve communément les termes d'abus sexuel, d'agression sexuelle, de maltraitance ou de violence sexuelle, ainsi que celui de sévices sexuels, que ce soit dans la pratique clinique ou la recherche. On va essayer de donner à chacun une définition.

On doit d'abord préciser que l'abus sexuel n'est pas un trouble psychologique avec un diagnostic ou encore un syndrome, mais plutôt un événement traumatisant (*Bisson B. 2015, p2*).

La définition la plus reconnue est celle de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), où l'abus sexuel chez l'enfant est défini comme : « *L'implication d'un enfant dans une activité de nature sexuelle, qu'il ou elle ne peut entièrement comprendre, dont il lui est impossible de donner un consentement éclairé, ou pour laquelle l'enfant n'est pas préparé dû à son niveau développemental ou qui va à l'encontre des lois ou des tabous de la société. Les enfants peuvent être abusés sexuellement par des adultes ou par d'autres enfants qui sont, en vertu de leur âge ou de leur niveau développemental, dans une position de responsabilité, de confiance ou de pouvoir envers la victime* » (*Bisson B. 2015, p2*).

Le terme « d'abus sexuel » a été importé d'outre Atlantique, et traduit en 1965 dans Index Médias par des pédiatres à la suite des travaux de Kempe. Le terme « abuse » recouvre la notion de « violence », « cruauté », « insultes » mais ne présente pas le défaut de sa traduction française qui suppose qu'il existerait un usage tolérable de l'abus.

Certains auteurs ont aussi essayé de le définir, tel que Kempe (1984) qui dit que « *l'abus sexuel est l'implication d'enfants et d'adolescents dépendants immatures quant à leur développement dans des activités sexuelles qu'ils ne comprennent pas véritablement, pour lesquelles ils sont incapables de donner*

un consentement éclairé et qui transgressent les tabous sociaux sur les rôles familiaux » (Horassius N. et Mazet P. 2004, p321).

Tandis que Lopez (2013) le qualifie comme *toute activité sexuelle à laquelle une victime est incitée ou contrainte de participer par un agresseur sur lui-même, sur elle-même ou sur une tierce personne, contre son gré, ou par manipulation affective, physique, matérielle ou usage d'autorité, de manière évidente ou non, que l'abuseur soit connu ou non, qu'il y ait ou non évidence de lésions ou de traumatisme physique ou émotionnel, et quel que soit le sexe des personnes impliquées. Le fait que l'enfant paraisse « consentant » ne modifie absolument pas le fait qu'il s'agit d'un « abus » (Lopez G.2013, p108).*

Et Saint-Pierre et Viau (2010) dans leur ouvrage « l'enfant victime d'agression sexuelle : comprendre et aider », ont donné la définition suivante : « l'agression sexuelle consiste en toute activité sexuelle à laquelle un enfant est incité à participer et qui est inappropriée pour son âge et son développement, qui se passe avec ou contre son gré, et qui est mené par une personne en situation d'autorité ou usant de manipulation physique, affective ou matérielle, dans le but de gratifier sexuellement l'agresseur, et ce, quel que soit le sexe des personnes en cause » (Saint-pierre F. et Viau M. 2010, p16).

Pour le conseil national de l'Europe l'abus sexuel est considéré comme « *le fait de se livrer à des activités sexuelles avec un enfant : en faisant usage de la contrainte, de la force ou de menaces ; ou en abusant d'une position reconnue de confiance, d'autorité ou d'influence sur l'enfant, y compris au sein de la famille ; ou en abusant d'une situation de particulière vulnérabilité de l'enfant, notamment en raison d'un handicap physique ou mental ou d'une situation de dépendance » (Lalor K. et Mc Evanez R. 2013, p14).*

Le grand dictionnaire de psychologie, utilise le concept de sévices sexuels, et le définit comme « *un mauvais traitement comportant des atteintes de la zone génitale. Les victimes de ces sévices ne sont pas en état de se défendre soit pour des raisons d'infériorité physique, par exemple quand il s'agit d'actes incestueux commis par un parent sur un enfant ou un adolescent, ou des sévices subis par les femmes battues. Les violences physiques relevant du sadisme et les attentats à la pudeur que certains pédophiles font subir à des enfants s'accompagnent parfois d'atteintes sexuelles qui justifient des sanctions pénales» (Bloch H. et al. 2000, p848-849).*

Pour sa part, le comité québécois sur les orientations gouvernementales en matière d'agression sexuelle définit l'agression sexuelle comme : « *un geste à caractère sexuel, avec ou sans contact physique, commis par un individu sans le consentement de la personne visée, ou dans certains cas, notamment dans celui des enfants par une manipulation affective ou par surcharge. Selon cette définition, l'abus de pouvoir visant à assujettir une autre personne à ses propres désirs peut se produire par l'utilisation de la force ou de la contrainte ou sous... la menace implicite ou explicite, ce qui porte atteinte aux droits fondamentaux, notamment à l'intégrité physique et psychologique et à la sécurité de la personne* » (Tourigny M. et Baril K. 2011, p10).

On remarque que quel que soit le concept utilisé pour définir ce crime planétaire comme l'a bien décrit Simon, sa définition met toujours en évidence un enfant consentant ou non, impliqué dans des activités sexuelles, quel que soit leurs type, qui sont inappropriées à son âge et son développement. L'abuseur ou l'agresseur est souvent décrit comme un adulte ou une personne plus âgée, usant de violence, de séduction ou de manipulation.

2. La nature de la sexualité de l'enfant

Suzanne et Ouvray (1998) pensent que la façon de comprendre les effets néfastes de la prise de pouvoir de l'adulte sur l'enfant est de considérer la sexualité de l'enfant non pas à partir d'une théorie des pulsions, comme le fait la psychanalyse, mais à partir d'une théorie de la communication et du développement psychomoteur, ils expliquent ça par le fait que si l'enfant est un être de pulsion, il peut évidemment s'être montré provocateur, s'il a le désir inconscient d'être le partenaire sexuel de son parent, alors il peut avoir cherché l'excitation et en avoir profité. Si l'enfant est considéré comme un pervers polymorphe alors c'est en effet un vicieux, et il n'a que ça qu'il mérite ou pire, l'abus devient presque un cadeau, cela fait partie du discours des abuseurs. Mais si l'enfant est un être de communication, s'il évolue et se développe dans sa sexualité, comme dans sa motricité, ses capacités cognitives, alors il est choqué de voir son parent s'exhiber sans pudeur devant lui. Ils rajoutent que nous ne pouvons plus continuer à penser l'enfant victime d'abus sexuel sans tenir compte de l'abus de pouvoir de l'adulte sur l'enfant et l'abus de certains théoriciens initiés sur les non-initiés. (Suzanne B. et Ouvray R. 1998, pp186-187).

Suzanne et Ouvray concluent en disant qu'il n'existe pas de désir génitalité chez l'enfant envers un adulte, c'est un fantasme qui est celui de l'adulte, que c'est un fantasme qui est celui de l'adulte.

La sexualité humaine est une organisation psychocorporelle connue à travers les êtres humains qui pousse l'enfant, dès sa naissance à établir des liens avec l'autre et à découvrir l'intérêt et le plaisir d'être avec autrui pour arriver plus tard à une sexualité adulte. Cette découverte se fait en fonction des moyens physiologiques et psychologiques que possède l'enfant. La nature des besoins sexuels de l'enfant dépend de son immaturité neuropsychique et elle est très différente de celle des adultes (*Suzanne B. et Ouvray R. 1998, p188*).

Les étapes de cette sexualité se résument en 5 étapes :

- **La première étape** : Dès la naissance, l'enfant a une activité sensorielle fondamentale et riche, on peut donc dire que la première nature de la sexualité de l'enfant c'est une nature sensorielle de rencontre et les premiers besoins sexuels de l'enfant sont satisfaits par les soins appropriés, tendres, que la mère procure, entourés d'une relation émotionnelle stable. L'enfant cherche petit à petit à la retrouver, un désir de relation se met en place, qui n'est pas un désir sexuel de nature adulte. Durant cette première période primaire, l'enfant découvre son corps grâce à ceux qui s'occupe de lui, mais il a également un rôle actif dans cette découverte sensorielle.

- **La deuxième étape** : c'est celle de l'accès à l'autonomie motrice, cette période de la sexualité de l'enfant c'est la rencontre de soi et d'autrui, à travers différentes formes d'affirmation de soi et d'opposition face aux objets et aux personnes, l'enfant a besoin des adultes pour se confronter à lui et pour marquer ses différences afin de construire son identité. Il grandit et ses expériences de découverte des sensations évoluent avec ses capacités motrices notamment la marche et les capacités de préhension. C'est également la période d'acquisition de la propreté sphinctérienne. Les conditions d'épanouissement de la sexualité de l'enfant restent basées sur la même notion de sécurité. (*Suzanne B. et Ouvray R. 1998, p189*).

- **La troisième étape** : elle se situe entre 3 et 6 ans, période pendant laquelle l'enfant partage ses sensations avec des congénères du même âge, grâce à la marche libérée, l'enfant peut choisir d'aller vers autrui. Sa curiosité naturelle si elle n'est pas déjà inhibée, le pousse à vérifier sur autrui ses propres découvertes. Il a déjà eu, si tout se passe bien, s'il n'a pas été considéré comme

un séducteur, la confirmation par son entourage que son corps est aimable, beau, séduisant. L'enfant a eu besoin de s'assurer dans le regard de ses parents que son corps était estimable donc respecté et que le dedans était aussi aimable que le dehors. Il va ensuite chercher à avoir la confirmation auprès de ses copains et copines de son âge, de ses ressentis, de ses découvertes, de ses connaissances sur son propre corps. Il découvre la différence des sexes mais il n'est pas dans un désir sexuel adulte, voir le sexe de l'autre satisfait un besoin d'identification et de reconnaissance. Etayé par ses sensations corporelles, l'enfant apprend à gérer ses pensées, ses fantasmes, ses affects. Il se construit psychiquement et sa curiosité intellectuelle accompagne la découverte corporelle.

• **La quatrième étape** : elle se situe environ de 7 à 12 ans, lorsque la pulsion de savoir est au service du cognitif. L'enfant rentre à l'école et apprend à lire, à écrire et à compter. Il a acquis de nouveaux outils pour découvrir et conquérir le monde, le traitement cognitif des informations est de plus en plus élaboré, c'est une période de grand travail et de grande concentration intellectuels pour l'enfant. Sa sexualité passe également par une période d'élaboration, de rassemblement des données sensorielles acquises jusqu'à présent, c'est une période d'intériorisation et de synthèse d'informations. Les manifestations externes de la sexualité de l'enfant sont adoucies et socialisées. Il est souvent noté qu'un des signes de détresse les plus courants exprimés par une victime d'abus sexuel est une masturbation compulsive pendant cette période prépubère, qui devrait être une période de silence (latence- du latin *latere*, être caché). Contrairement à ce que pense Freud que le fait que la séduction fait de l'enfant un objet sexuel prématuré et lui apprend la satisfaction de la zone génitale d'une manière satisfaisante, et que l'enfant recherche à retrouver les sensations par l'onanisme, en réalité, la plus part des enfants victimes n'éprouvent aucun plaisir dans l'agression sexuelle, et si la masturbation s'installe, c'est le plus souvent une tentative de maîtriser le traumatisme non le renouveler (*Suzanne B. et Ouvray R. 1998, p 196*).

• **la cinquième étape** : qui est celle de l'adolescence, ou l'enfant rêve qu'il va pouvoir mettre à l'épreuve de la réalité ce qu'il a emmagasiné comme sensations tout au long de son enfance. Il a une grande attraction envers le sexe opposé et partage ces affects avec les enfants du même sexe. Le désir sexuel se met en place. Le désir de rencontrer l'autre dans un échange et un partage corporel génitalité. (*Suzanne B. et Ouvray R. 1998, p 197*).

3. les facteurs de risque et de protection associés à l'abus sexuel

Tourigny et Baril (2011) nous expliquent que l'étude des facteurs de risque liés au fait d'être victime d'une agression sexuelle durant l'enfance passe par la compréhension des caractéristiques communes aux enfants qui en sont victimes et des circonstances dans lesquelles les agressions ont eu lieu, dans le but de fournir des indices pour découvrir les enfants qui sont le plus à risque, par contre Saint-pierre et Viau nous parlent de facteurs de risque qui ont pour effet d'aggraver l'effet négatif de l'agression sur l'enfant, et de facteurs de protection qui atténuent le risque que cet effet soit trop néfaste. Ces facteurs sont liés aux caractéristiques de l'agression, de l'agresseur et de l'enfant ainsi que de son entourage.

3.1. Facteurs liés à l'enfant

- **Le sexe** : Quoiqu'il y ait une proportion non négligeable de victimes de sexe masculin, on estime que les filles représentent de 75 à 85% des victimes d'agression sexuelle. Black et Al (2001) dans leur recension des facteurs de risque associés aux agressions sexuelles contre les enfants soutiennent que les filles risquent trois fois plus que les garçons d'être victimes d'agression sexuelle durant leur enfance (*Tourigny Ph. Et Baril.K, 2011, p34*). Selon certaines recherches les conséquences de l'agression sexuelle diffèreraient selon le sexe de la victime. Les filles représentent plus souvent des comportements intériorisés alors que, du côté des garçons, ce sont les comportements extériorisés qui prédominent. Il s'avère aussi que les garçons présentent une particularité lors d'une agression sexuelle, du fait qu'ils font face à certains enjeux qui leur sont propres et qui rendent leur situation particulièrement difficile. Plusieurs se sentent coupable et honteux de ne pas avoir su prévenir ou mettre fin aux agressions et ils ont conséquemment tendance à garder cette situation secrète, de peur d'être étiquetés comme étant faibles. De plus l'agresseur étant dans la très grande majorité des cas un homme, il est n'est pas rare que les garçons se questionnent sur leur orientation sexuelle. Certains se croient même homosexuels parce qu'ils ont attiré l'attention d'un homme. De plus, le fait d'avoir possiblement eu une érection ou d'avoir ressenti une excitation physique dans le cadre d'une situation d'agression sexuelle peut donner à l'enfant l'impression qu'il y a participé. Il peut craindre d'être accusé d'avoir recherché ce type de contact homosexuel. On comprend que tout cela contribue aux réticences des garçons à dévoiler (*Saint-pierre F. et Viau M. 2010, p49*).

- **L'âge :** Lebovici (1989) dit que l'âge auquel l'abus a lieu est variable, mais que les enfants entre 9 et 12 ans semblent les plus vulnérables, selon les études de prévalence. Tandis que Black et ces collaborateurs (2001) prétendent qu'en dépit des résultats mitigés, l'adolescence est la période pendant laquelle les enfants (principalement les filles) courent plus de risques d'être victimes d'agression sexuelle. Par contre, Tourigny et Baril (2011) affirment que les enfants de moins de 12ans, notamment ceux qui ont entre 6 et 11ans, soient particulièrement à risque d'agression sexuelle intrafamiliale. Saint Pierre et Viau nous expliquent qu'à chaque étape de son développement, l'enfant fait face à des défis particuliers, les conséquences résultantes d'une agression sexuelle différent selon l'âge auquel elle survient dans le vie de l'enfant, or son développement psychologique risque d'être affecté par l'agression lorsqu'elle survient à un moment où il est plus vulnérable sur certains plans et entrain d'acquérir une compétence nouvelle. Il est donc important de tenir compte des sensibilités et des besoins spécifiques à chaque stade de développement de l'enfant tant sur le plan affectif que relationnel, physique et cognitif (*Saint-pierre F. et Viau M. 2010, p45*).

Le jeune enfant (0-2ans) : Le tout jeune enfant, âgé de moins de 2 ans, capte énormément d'information par l'intermédiaire de ces 5 sens. Il risque donc d'être particulièrement affecté par les diverses sensations ressenties dans une situation d'agression : bruits forts, mouvements brusques, images troublantes qu'il ne peut décoder et qu'il ne comprend donc pas. De plus comme son langage est peu développé, l'enfant ne peut mettre en mots ce qu'il subit et ressent, d'autant plus qu'il s'agit d'expérience difficiles à se représenter et à communiquer. C'est aussi à ce très jeune âge que se développe la relation d'attachement. L'attachement sécurisant s'établit si l'enfant trouve auprès de ses parents un contact rassurant et des réponses adaptées à ses besoins. Toute maltraitance, physique ou sexuelle, faite par un parent sur un enfant de cet âge, risque fort d'engendrer un trouble de l'attachement.

Avant d'avoir atteint la deuxième année, l'enfant est généralement devenu très actif dans l'exploration de son environnement. S'il est victime de violence, il peut être freiné de cet élan, ce qui peut le retarder dans certains apprentissages. Dans le cas où l'agression chronique et associé à de la négligence, on peut observer des retards de développement, tant sur le plan staturo-pondéral qu'au point de vue langage ou des aspects moteurs et cognitif. Etant donné l'impossibilité pour l'enfant de s'exprimer par le langage, les problèmes

somatiques sont également fréquents. Les très jeunes enfants réagissent aux agressions surtout par des altérations de leurs comportements. On assiste alors à de l'agitation, à des pleurs ou à des cris excessifs, à une apathie marquée, à des troubles alimentaires ou à des troubles du sommeil, à des comportements d'autostimulation (balancement du corps, autostimulation des parties génitales) et des réactions de frayeur (*Saint-pierre F. et Viau M. 2010, p45-46*).

L'enfant d'âge préscolaire (3 à 5 ans): De 3 à 5 ans l'enfant apprend à exprimer ses émotions de façon appropriée en développant sa capacité de régulation émotionnelle. Les émotions complexes et intenses générées par l'expérience de l'agression sexuelle peuvent être très difficiles à tolérer et à exprimer par l'enfant qui commence à peine à apprendre comment décoder les émotions qu'il ressent et à les exprimer de façon socialement acceptable. De plus, bien que l'enfant de cet âge ait un langage plus développé, son vocabulaire s'avère limité, surtout pour exprimer des choses aussi complexes que celles qui sont liés à l'expérience de la violence et de l'agression sexuelle. En fait, on pense que c'est entre 28 et 36 mois que l'enfant commence à être en mesure de verbaliser minimalement l'expérience traumatique. Encore faut-il qu'elle résulte d'un épisode unique et non pas d'une situation chronique, souvent plus complexe. Etant limité dans sa capacité de trouver par lui-même des stratégies de résolution de problème comportant une démarche active, l'enfant d'âge préscolaire recourt naturellement à la pensée magique, un mécanisme de pensée propre à la petite enfance. Il est aussi plus susceptible de se désengager physiquement ou psychologiquement, ceci pouvant aller jusqu'à la dissociation, afin de se protéger des situations menaçantes. C'est aussi à cette période que l'enfant développe son autonomie. La peur et l'anxiété peuvent entraver le développement de conduites autonomes et susciter des comportements régressifs. A cette étape du développement, l'enfant vit sa période oedipienne et consolide son identité sexuelle. Une agression sexuelle vécue à ce moment peut perturber sa capacité à établir des relations de qualité avec des personnes de sexe opposé. Les périodes de développement identitaire sont des moments particulièrement critiques lorsque survient ce genre de traumatisme. Pour toutes ces raisons, les enfants de 3 à 5 ans sont susceptibles de réagir à l'agression par des somatisations, des comportements répétitifs, régressifs et inappropriés sexuellement, qui reprennent des caractéristiques de l'agression, ainsi que par de l'anxiété de séparation et des manifestations d'agressivité. Ils expriment leur détresse par l'intermédiaire de leurs comportements ainsi que dans leur jeux et leurs dessins (*Saint-pierre F. et Viau M. 2010, p46-47*).

L'enfant d'âge scolaire : On dit de l'enfant d'âge scolaire qu'il se trouve dans la période de latence. Il développe une plus grande conscience émotionnelle au sujet de lui-même et des autres. Touché par une situation d'agression sexuelle, il est plus conscient des conséquences que celle-ci peut avoir sur lui et sur les autres. Il peut donc avoir une bonne idée des réactions possibles de son entourage, souhaiter l'intervention d'une aide extérieure tout en redoutant, et avoir même connaissance de certains aspects liés à l'interventions possible des autorités juridiques ou policières. Avec ses capacités cognitives plus développées, l'enfant est aussi en mesure de distinguer le bien et le mal et il est sensible au concept de justice et d'intentionnalité. Il est donc susceptible de chercher à porter un jugement sur les actes de l'agresseur ou sur ceux qu'il est amené à poser sous la pression de ce dernier. Cela ne se fait pas sans difficulté et l'enfant peut développer de fausses croyances pour s'expliquer les choses. L'enfant de cet âge peut aussi se blâmer, mais c'est moins en raison d'une pensée égocentrique qu'à la suite de commentaires dévalorisants et culpabilisants qu'il a entendus, ainsi qu'en raison d'une image de soi dévalorisée, résultant de l'agression. Au cours de cette période de développement psychosexuel qu'on appelle la période de latence, les questions relatives à la sexualité sont mises en veilleuse, ce qui permet un déplacement de l'énergie vers les apprentissages intellectuels, créatifs et sportifs. Au contraire l'agression sexuelle vient mettre au premier plan des préoccupations sexuelles au moment même où, dans la perspective d'un développement harmonieux, elles se retrouvaient reléguées au second plan. L'enfant âgé de 6 à 12 ans peut donc présenter des symptômes anxieux, dépressifs et agressifs, être hypervigilant, avoir des troubles du sommeil et des difficultés d'attention et de concentration, cela se fait sentir à l'école par une chute du rendement scolaire et des difficultés de socialisation (*Saint-pierre F. et Viau M. 2010, p48*).

• **Les problèmes de comportement particulièrement chez les garçons :**

- les enfants souffrants de déficience sur le plan de l'intellect et des difficultés scolaires.
- Le fait d'avoir été victime d'abus physique au sein de la famille, ou d'avoir été victime de violence sexuelle dans le passé.
- Un très grand besoin d'attention.
- Le fait d'avoir un handicap physique.

- Les enfants recevant des soins institutionnels ou qui sont en résidence pour différents problèmes, tels qu'un handicap physique ou intellectuel.
- L'isolement social : Budin et Johnson (1989), rapportent que les agresseurs disent rechercher les enfants passifs, tranquilles, troublés, isolés, et provenant de familles brisées. Les premières enquêtes sur la violence sexuelle envers les enfants approchés par internet semblent également confirmer que les agresseurs ciblent des enfants plus isolés, passifs ou vulnérables sur le plan émotionnel. (*Tourigny Ph. Et Baril.K, 2011, p36*). Saint-pierre et Viau nous disent que Les enfants qui avant l'agression, présentaient déjà des problèmes d'anxiété, de dépression ou un trouble du développement, ou qui ont vécu des expériences particulièrement stressantes (décès, conflit parental, séparation, placement, logue hospitalisation) peuvent être en détresse psychologique au moment où survient l'agression. Leurs mécanismes d'adaptation sont souvent épuisés. L'agression sexuelle devient alors un stress supplémentaire pour un enfant déjà fragilisé par un cumul de stress antérieur (*Saint-pierre F. et Viau M. 2010, p50*).

3.2. Facteurs liés à l'agression

- **La sévérité des gestes posés** : il existe trois catégories d'agression sexuelles : les agressions sexuelles sans contact physique (exhibitionnisme, voyeurisme, fabrication et visionnement de matériel pornographique), Les agressions sexuelles avec contact physiques mais sans pénétration (attouchements sur le corps et sur les organes génitaux, baisais, masturbation) et les agressions sexuelles avec pénétration (pénétration anale, vaginale, ou orale, avec le pénis, les doigts ou un objet). Les gestes d'agression sont souvent posés de façon progressive, des plus légers (paroles, caresses, baisers) jusqu'aux gestes de pénétration.

Les gestes d'agression qui impliquent une tentative de pénétration engendrent des séquelles plus sévères, ils comportent une intrusion physique pouvant causer de la douleur, ainsi qu'une violation de l'intégrité du corps. Chez l'enfant prépubère, pour qui la notion de pénétration des zones vaginale ou anale ne correspond pas à un concept connu ou compris, et que la pénétration soit effective ou non, l'idée que se fait l'enfant du geste posé a autant de conséquences que le geste en soi (*Saint-pierre F. et Viau M. 2010, p41-42*).

- **La présence de coercition et de violence** : L'atmosphère où se produit l'agression à un effet important sur l'enfant, une ambiance menaçante, effrayantes ou perverse marquera profondément la psyché de la victime. La

violence ne signifie pas seulement la force physique mais aussi de menaces verbales envers la victime ou sa famille, ainsi que d'attitudes, de propos de regards ou de sous-entendu de l'agresseur qui sont terrifiants, pervers et même sadique. Un épisode unique d'agression violente peut être aussi destructeur qu'une agression sexuelle chronique (*Saint-pierre F. et Viau M. 2010, p42*).

- **La durée et la fréquence** : On appelle une agression chronique une agression fréquente et qui s'échelonne sur une longue période de temps, sa répercussion sur la vie de l'enfant se fait sentir à très long terme, elle a donc des conséquences sévères sur celui-ci. C'est le cas des agressions sexuelles intrafamiliales qui, parce qu'elles sont le fait d'un membre de la famille, tendent à être perpétrées sur de plus longues périodes, engendrant ainsi des effets plus néfastes

- **Le contexte de l'agression** : Le fait que l'agression sexuelle soit imprévisible, récidive et irrégulière aggravera la situation de l'enfant et le laisse constamment dans un état d'hypovigilance et lui font vivre beaucoup d'angoisse, de plus une agression qui a lieu au domicile de l'enfant corrompt son milieu de vie, dorénavant il ne peut plus se sentir en sécurité au sein même de son foyer. Les agressions qui se font aussi au sein d'une secte religieuse ou comportant des rituels et qui présentent souvent des éléments de perversion ou de déviance sexuelle, marquent toujours profondément la victime (*Saint-pierre F. et Viau M. 2010, p43*).

3.3. Facteurs liés à l'agresseur

- **Le lien victime-agresseur** : L'enfant a des croyances concernant l'adulte qui sont essentielles à son développement psychoaffectif, il croit fondamentalement que les adultes sont tout- puissants et qu'il ne peut rien lui arriver de mal en leur présence. Lorsque l'agression est le fait de quelqu'un qui est censé l'aimer, le protéger et prendre soins de lui, ces croyances sont grandement ébranlées, voire anéanties. Plus le lien entre l'agresseur et la victime est significatif, plus l'agression risque d'avoir des conséquences graves pour l'enfant. La rupture de confiance engendre un intense sentiment de trahison et une difficulté à faire confiance à nouveaux aux adultes. Les sentiments d'ambivalence et de confiance éprouvés par l'enfant risquent aussi d'être plus marqués. En outre, le dévoilement d'une agression est encore plus difficile à faire pour l'enfant lorsque son agresseur est l'un de ses proches à qui il fait confiance, tout comme les autres membres de la famille. Plus la relation avec l'agresseur est distante,

plus les personnes formant l'entourage de l'enfant peuvent le croire et le soutenir (*Saint-pierre F. et Viau M. 2010, p43-44*).

•**L'âge de l'agresseur** : Selon le professeur Jean-Yves Hayez, pédopsychiatre et docteur en psychologie, le traumatisme serait moins grand lorsque l'agresseur, par son âge, n'est pas perçu par l'enfant comme un adulte, mais plutôt comme un adolescent, et qu'il croit ne pas vraiment être touché par l'interdit de la sexualité entre adulte et enfant. L'enfant peut percevoir un adolescent de 15 ans comme un semblable qui est juste un peu différent, par sa taille ou sa force. En revanche on peut penser que peu importe l'âge de l'agresseur, si gestes posés sont graves et qu'il y a des éléments de violence, les conséquences sont lourdes pour la victime, l'étude de Mireille Cry démontre que les conséquences d'agression commises par un frère sont aussi importantes que celles commises par un père, car les gestes répétés sont aussi grave que ceux faits par un adulte (*Saint-pierre F. et Viau M. 2010, p44*).

•**Le nombre d'agresseur** : Quand il y a plusieurs agresseurs lors d'un même épisode ou lors d'une agression chronique, cela constitue un facteur aggravant (*Saint-pierre F. et Viau M. 2010, p44*).

3.4. Facteurs liés à la famille et à l'entourage

Flinkelhn (1984) a cité notamment une grossesse non désiré, un faible niveau d'éducation de la mère, la consommation de la drogue ou d'alcool, des problèmes de santé mentale chez les parents, une relation parent-enfant difficile, un faible sentiment de compétence parentale. Il dit que les facteurs familiaux peuvent concerner la capacité parentale à bien superviser l'enfant ou toucher directement l'enfant en augmentant sa vulnérabilité quand à une éventuelle situation d'agression sexuelle (*Tourigny Ph. Et Baril.K, 2011, p36*). De même, Saint-pierre et Viau nous parlent de dysfonctionnement familial pouvant être causé par des problèmes divers, comme l'alcoolisme, la toxicomanie, une maladie mentale, des activités criminelles. Ils expliquent que certains enfants victimes proviennent de tels milieux, ce qui est susceptible d'avoir eu des effets sur leur développement avant l'épisode d'agression sexuelle et en aura inévitablement par la suite, ils ajoutent que ce type de dysfonctionnements familiaux entraînent souvent des conduites parentales inappropriées, comme des lacunes ou une absence de supervision et de soins, de l'incohérence et des inconstances dans les demandes et attentes à l'égard de l'enfant ainsi qu'une méconnaissance de ses besoins. Ainsi une famille

dysfonctionnelle peut augmenter le risque qu'un enfant soit victime de violence sexuelle et que le traumatisme résultant de l'agression soit plus sévère. Ils expliquent aussi que la réaction de la famille de la victime peut aggraver ou diminuer le traumatisme vécu par l'enfant. Des réactions négatives, comme la colère, les punitions, le fait de ne pas croire l'enfant ou de le rendre responsable de l'agression, rendent plus difficile l'adaptation chez l'enfant. Ces enfants présentent deux fois et demie plus de symptômes. Par contre des réactions adéquates, comme la capacité des parents de rassurer l'enfant, de le soutenir, d'échanger aux sujets des émotions et de maintenir des routines de vie sont des éléments qui diminuent l'angoisse chez l'enfant. On pense que c'est particulièrement le cas pour les enfants qui sont très dépendants de leurs parents et dont les réactions post-traumatiques peuvent être grandement amoindries par des réactions parentales optimales. Ils nous parlent aussi d'un soutien social ou extrafamilial peut être une ressource pour le parent lui-même et son enfant, il peut provenir des membres de la famille élargie, du réseau de connaissances et des amis, ainsi que des ressources communautaires, institutionnelles et professionnelles qui se retrouvent dans l'entourage de l'enfant et des parents. (*Saint-pierre F. et Viau M. 2010, p51-52*).

3.5. Les capacités d'adaptation et la résilience

Les enfants ayant vécu des expériences constructives et nourrissantes pour l'estime de soi ont de bonnes capacités d'adaptation, de plus ceux qui sont en mesure de réguler leurs émotions, de développer une réflexion, et, par la suite, de passer à l'action s'adaptent mieux lorsque leurs ressources d'adaptation sont mises à l'épreuve par le stress. Ces enfants sont aussi plus en mesure de susciter des réponses positives de leur entourage, ce qui les aide. On définit ces enfants comme étant résilients. La résilience correspond à une capacité de résistance à des chocs et des traumatismes graves. Elle permet à l'individu de poursuivre un développement normal et un cheminement plus heureux que malheureux, en dépit d'événements de vie très perturbants. Ainsi on peut dire que la possibilité pour l'enfant de rebondir suite à une agression sexuelle dépend du type d'agression, de la signification que l'enfant lui attribue et, surtout, de la manière dont la famille l'entoure.

Il faut noter que ces facteurs dits de risque et de protection ne déterminent pas en elles seules les conséquences d'un traumatisme sexuel augmentant ou s'allègent, puisqu'il faut tenir compte du fait que l'enfant est unique et nous réserve des surprises. Jean-yves Hayez dit bien : « nos prédictions ne sont

jamais à coup sûr, et c'est très bien ainsi : peut-être certaines variables avaient échappé à nos analyses ; peut-être des hasards, des événements de vie heureux ou malheureux ont-ils influencé le cours des remaniements psychologiques ultérieurs...Et puis il reste cette ultime réalité bien opérante qu'est notre liberté intérieure. Même si son essence reste quelque peu mystérieuse, elle est bien là, vivante et mouvante au fil du temps » (*Saint-pierre F. et Viau M-F. 2010, p53*).

4. les types d'abus sexuel

Les abus ou agressions sexuelles commises sur les enfants peuvent survenir dans plusieurs contextes ; tel que l'agression intrafamiliale, extrafamiliale ou institutionnelle, ainsi que celles commises par l'intermédiaire d'internet.

4.1. L'abus sexuel intrafamilial

Les abus intrafamiliaux comprennent les actes sexuels se déroulant entre un enfant et un membre de la famille immédiate ou élargie. Les instigateurs d'abus dans ces cas peuvent être le père ou la mère biologique, un conjoint de l'un de ses parents, les parents adoptifs ou substituts, les frères et sœurs, les demi-frères et demi-sœurs, les grands-parents, les oncles, les tantes, les cousins et les cousines de l'enfant (*Hamel M. et Cadrin H. 1991, p5*).

- **L'inceste :** On entend par climat incestueux ce qui se passe dans certaines familles où les limites ne sont pas clairement énoncées ni respectées, créant ainsi une ambiance malsaine, ambiguë et potentiellement dévastatrice. Cela se concrétise à travers des gestes comme des intrusions répétées dans des lieux d'intimité, par le non-respect du corps de l'enfant par le regard ou par des commentaires directs ou ambigus, à connotation sexuelle, ou à une promiscuité entre un adulte et un enfant où se confond la sexualité de l'un et de l'autre, ce qui provoque chez l'enfant malaise, confusion et anxiété, comme ça peut créer un excès d'excitation chez l'enfant, ce qui l'éveille prématurément à toutes sortes de sensations qui ne correspondent pas à son niveau de développement psychosexuel. Il faut savoir que même s'il n'y a pas de passage à l'acte, les gestes qui contribuent à installer un climat incestueux dans la famille perturbent gravement les enfants. Au point parfois où la transgression se traduit par des gestes qui répondent à la définition de l'agression sexuelle et dont on reconnaît qu'ils laissent chez les enfants des séquelles très importantes. L'inceste désunit les frontières entre les générations (adulte, enfant) et déstructure complètement les rôles attribués à chacun des membres de la famille, parents, enfants et membre d'une fratrie. Il réduit la distance

indispensable à l'individualisation et à l'intégrité de l'enfant, celle qui garantit un développement normal (*Saint-pierre F. et Viau M. 2010, p23-24*). Lopez (2013) affirme que la perte de repères intergénérationnels peut avoir des conséquences psychologiques aussi sévères que lorsque des violences sexuelles sont subies (*Lopez G. 2013, p124*).

Il faut dire que ce qui distingue l'inceste des autres types d'agression sexuelle c'est la proximité physique entre l'agresseur et sa victime, du fait que la violence qui se vit au sein du foyer, le lieu dans lequel on devrait normalement se sentir en sécurité. De plus la relation affective qui existe entre le parent agresseur et son enfant, et la permanence des contacts entre eux mène vers une continuité de la violence ainsi qu'une pression soutenue pour sceller ce secret par le silence. Cependant on y trouve moins l'usage de force mais plus de pression et de menaces pour obtenir le silence. Ces agressions ont des impacts traumatiques plus sévères pour la victime (*Saint-pierre F. et Viau M. 2010, p25*).

Lopez (1999) explique que les abus sexuels familiaux s'inscrivent dans le vaste ensemble des sévices répondent à l'équation classique : négligence-violences physique- violences psychologiques -carence affective-abus sexuel, et que la découverte d'une des quatre composantes de cette équation doit faire suspecter l'existence des autres. Il ajoute qu'un traumatisme sexuel entraîne l'arrêt brutal du processus normal de maturation, les auteurs parlent de « meurtre psychique », consécutif une immersion brutale dans le réel. Le jeu devient réalité, une tricherie inacceptable qui détruit l'image des adultes « le moi est submergé par une excitation en excès qui déborde ses défenses, il y a effroi et incompréhension » (*Lopez G. 1999, p42-43*).

On peut avoir plusieurs types d'inceste : l'inceste parental, l'inceste dans la fratrie, l'inceste au sein de la famille élargie, impliquant un grand-parent, un oncle ou un cousin. Mais on ne parle de relation incestueuse entre l'agresseur et la victime est significative et que l'adulte est considéré comme une figure parentale (*Saint-pierre F. et Viau M. 2010, pp 14-16*).

- **L'abus sexuel et les familles recomposées** : Malgré que la définition de l'inceste indique que la victime et l'agresseur soient unis par un lien sanguin, Jean-Pierre Winter redéfinit l'inceste en fonction des nouvelles formes de parentalité. Selon lui, « le tabou de l'inceste ne fonde pas les liens biologiques ou génétiques entre les gens, mais les liens symboliques qui se tissent au sein des familles recomposées. Les transgresseur, c'est donc transgresser l'interdit de

l'inceste ». Le lien de parentalité est d'autant plus significatif que l'enfant est jeune lors de l'arrivée du nouveau conjoint, que celui-ci s'engage à faire preuve d'autorité parentale, et que la relation conjugale est de longue durée. Il en est de même pour les enfants cohabitant issus de filiations différentes. En effet un beau-parent arrivant tardivement dans la vie d'un enfant risquerait plus de l'agresser, on comprend par cela que le lien d'attachement qui s'établit entre un parent et un enfant agit comme facteur de protection contre l'agir incestueux. Dans le même contexte on peut parler d'inceste fraternel lorsqu'une recomposition familiale fait cohabiter de jeunes préadolescents qui n'ont aucun lien consanguin, mais qui ont développés des relations fraternelles (*Saint-pierre F. et Viau M. 2010, p31*).

4.2. L'abus extrafamilial

Les abus sexuels extra-familiaux sont les abus commis par des personnes extérieures à la famille de l'enfant, qu'elles soient connues ou inconnues par lui. Parmi les instigateurs d'abus sexuels connus de l'enfant, une distinction est souvent effectuée entre les personnes qui constituent une figure d'autorité pour l'enfant, tel un professeur ou un entraîneur, et celles qui n'exercent aucune autorité sur l'enfant (*Hamel M. et Cadrin H, 1991*).

On peut retrouver :

- **L'agression sexuelle institutionnelle** : Un certain nombre d'agressions sexuelles surviennent dans un contexte institutionnel, ou la très grande majorité des adultes qui sont responsables d'enfants, soit dans le cadre d'un service scolaire, de garde ou de soin, ou dans le cadre d'activités de loisirs ou de sport, leur sont dévoués et sont donc dignes de la confiance que les parents et leurs accordent. Cette relation de confiance et d'admiration qu'un jeune a envers un professeur ou un entraîneur, les moments d'intimités partagés lorsque l'enfant se retrouve seul avec l'adulte, parfois même dans le contexte impliquant la nudité (vestiaire, changement de couches..) ainsi que l'autorité de l'adulte sur l'enfant qui doit suivre les consignes sont des facteurs qui contribuent à établir une relation d'emprise lorsque l'adulte en question s'avère être un agresseur (*Saint-pierre F. et Viau M. 2010, p33-34*).
- **L'agression sexuelle et Internet**: Malgré son importance dans la vie des familles en matière de travail, de loisir et de communication, Internet peut

contribuer à la sexualisation et à l'érotisation des enfants d'une manière perturbante pour eux, et peuvent même se retrouver à subir des formes d'agression sexuelle, et cela à travers certains jeux, ou par l'accès à des sites pornographiques ainsi que des sites de clavardage (chat). La violence sexuelle qui s'exprime par l'intermédiaire du web peut se présenter de différentes manières, conversations à connotation sexuelle, voyeurisme et exhibitionnisme par l'intermédiaire d'une caméra web (webcam), production illicite de matériel pornographique infantile. Un prédateur sexuel peut aussi prendre contact avec un jeune sur un site de clavardage afin de tenter de le rencontrer par la suite. Ce type d'agresseur s'assurent d'abord que l'enfant soit seul devant l'ordinateur pour établir un échange avec lui, ils se font souvent passer pour des jeunes de leur âge afin de les mettre en confiance, une fois la relation établie, ils tentent de recueillir des informations le concernant, qu'ils utiliseront plus tard pour faire pression sur lui afin d'obtenir du matériel à caractère sexuel ou pour organiser une rencontre. De l'autre côté les enfants se sentent en sécurité devant l'ordinateur, vue qu'ils sont dans leur environnement familial, et c'est en partie à cause de ce sentiment de sécurité que les jeunes en arrive à dévoiler des renseignements personnels qu'ils ne fourniraient pas dans un autre contexte. Ce faux sentiment de sécurité associé à la curiosité sexuelle normale de l'enfant, peut l'emmener à poursuivre une conversation ou à poser des gestes qu'il n'aurait pas faits normalement.

Certains experts français ont proposé en 2002 de reconnaître l'exposition à la pornographie comme une forme de maltraitance audiovisuelle, étant donné les désordres psychiques que causent ces images chez les enfants (*Saint-pierre F. et Viau M. 2010, p35*).

5. Les signes révélateurs d'un abus sexuel

L'enfant qui ne sait pas ou ne peut pas dire ou révéler ce qu'il vit ou subit, s'exprime à travers des signes d'appel au secours, un langage du corps que seuls des personnes sensibilisées peuvent décoder. Il est donc utile que l'adulte ou le parent puisse connaître ce langage, en voici quelques signes:

5.1. Indicateurs physiques :

- Des douleurs abdominales, ainsi que quelques désordres gastro- intestinaux apparues de façon exclusive après un séjour hors de la maison, et ne répondant pas aux traitements habituels, et surtout qui persistent après le retour à la maison. D'autres signes peuvent être présents tels qu'une constipation ou encoprésie, parfois associée à une énurésie. (*Simon V. 2004,50*).

L'agression sexuelle provoque donc chez l'enfant une multitude de sensations corporelles que son jeune âge et son immaturité sexuelle ne lui permettent pas de comprendre. L'agression bouleverse l'image corporelle de bien des enfants, perturbant parfois les constructions psychique de « dedans/ dehors » du corps, perturbation qui s'exprime alors concrètement par des symptômes physiques. De plus toutes les émotions et pensées anxiogènes que l'enfant n'arrive pas à se représenter et à communiquer par des mots sont susceptibles de s'exprimer par l'intermédiaire de son corps (*Saint-pierre F. et Viau M. 2010, p87-88*).

- Des douleurs des zones génitales qui doivent être immédiatement investiguées par un médecin, afin de rechercher des contusions, des excoriations, des lacérations, une inflammation, un œdème ou des saignements inexplicables des parties génitales externes, du vagin ou de l'anus. Il faudra y associer la recherche du sang dans les urines ou dans les selles.
- Des difficultés à la marche ou à s'asseoir est souvent en rapport avec des lésions anales ou génitales. Elle témoigne d'un abus récent et doit faire rechercher précocement ces atteintes
- Des sous-vêtements de l'enfant déchirés, tachés de sang, et il dit avoir chuté ou glissé. Il a peur de se faire gronder ou punir, et surtout il se tait.
- Douleurs génitales ou rectales : douleurs lorsqu'il va à la selle, en raison d'une fissure ou d'une déchirure partielle ou totale du sphincter ; il peut être atteint, de façon anormalement précoce de maladies sexuellement transmissible, douleurs vaginales profondes, souvent surinfectées, avec déchirure vaginale (*Simon V.2004, p 51*).
- Les infections sexuellement transmissibles : Les maladies sexuellement transmissibles font toujours soupçonner une violence sexuelle. Des douleurs, une leucorrhée, des ulcérations, des démangeaisons ou une

irritation peuvent signaler de telles infections et doivent attirer l'attention des intervenants. (*Josse E.2007, p14*).

Ces lésions et troubles sur lesquels il faut s'interroger systématiquement évoluent toujours dans une ambiance particulière. L'enfant, qui était habituellement gai, perd sa joie de vivre qui le caractérisait, il pleurniche souvent, s'accroche à la personne qui lui semble être la plus apte à le protéger. Il faut donc s'attacher à noter et à rechercher des modifications récentes de l'humeur et du comportement de l'enfant (*Simon V.2004, p 51*).

5.2. Les indicateurs émotionnels et comportementaux :

- **chez le nourrisson et le jeune enfant (avant 3 ans) :** Eveline Josse nous parle d'un trouble du fonctionnement global, en plus des cris et des pleurs, le nourrisson présente des troubles de l'alimentation (anorexie, polyphagie, mérycisme), des troubles du sommeil, hyperactivité ou apathie (gestes rares, ralentis, parfois associés à des balancements), « vigilance gelée », ralentissement de l'évolution du développement psychomoteur et retard staturo-pondéral (*Josse E.2007, p17*). Quand à Simon, il nous décrit un bébé ou un très jeune enfant surexcité lors des changements de couches, qui hurle, s'agite, se débat et ne supporte plus qu'on le change ou qu'on le nettoie. Un bébé qui a connu quelque chose qui s'est gravé dans sa mémoire corporelle et qui en repère désormais la séquence et surtout la conséquence, et qui se défend comme il peut (*Simon V.2004, p 51*).
- **L'enfant d'âge scolaire :** À un âge un peu plus avancé, l'enfant devient agité, car il est anxieux de ce qui peut lui arriver et lutter contre cette sensation par cette hyperactivité. Il se montre exigeant et revendicateur, crie pour rien ou manifeste une agitation anxieuse. Comme il peut réagir inversement, c'est-à-dire si habituellement il est frondeur et rebelle, il devient étonnement obéissant, voire soumis.
Il peut aussi manifester des problèmes d'attention, de concentration, il devient rêveur, se perd dans un brouillard, et semble vivre dans un monde imaginaire, et en classe se voit accusé de perturber le travail des autres en ne suivant plus comme auparavant, et comme conséquence : chute brutale et inattendue des résultats scolaires.

L'enfant abusé sexuellement peut aller jusqu'à présenter des symptômes psychotiques, avec des bouffées délirantes et tous les signes classiques de dépression chez l'enfant (*Simon V. 2004, p 52*).

L'enfant abusé présente des comportements sexualisés, un symptôme qui doit directement attirer l'attention des parents et de professionnels, ainsi que celui d'une activité auto-érotique compulsive, bien avant la puberté, il ne s'agit pas de jeux sensuels classiques et banals chez le jeune enfant, mais bien d'une activité érotique, allant de l'introduction d'objet dans le vagin et l'anus, jusqu'à des épisodes de masturbations, l'enfant utilise des positions qui stimulent le clitoris ou le pénis, jusqu'à la décharge du plaisir, qu'il renouvelle à plusieurs reprises dans son lit ou dans la journée, à la maison comme en dehors de chez lui (*Simon V. 2004, p 49-50*).

Ses comportements sexualisés ont pour fonction d'évacuer ses tensions, d'exprimer sa confusion et de retrouver un sens à ce qu'il a vécu. Toutefois en reproduisant les gestes ou les images, il active encore une sexualité « insensée » et ravive son anxiété et sa culpabilité, il commence à tourner en rond. L'aspect compulsif des comportements prend alors naissance, désormais, les comportements qui visent à apaiser une tension contribuent au contraire à l'augmenter, cherchant l'apaisement, l'enfant intensifie sensations, émotions et confusions. Dans ce tumulte émotif, les comportements sexualisés aident parfois l'enfant à supporter momentanément les émotions désagréables qu'il éprouve. Ces comportements se manifestent par un enfant qui mime ou affiche des comportements sexuels avec d'autres enfants, des jouets, des animaux, et se montre parfois d'une agressivité incontrôlable vis-à-vis de ces proches. Il s'introduit des objets dans le vagin ou le rectum, ou protège son sexe par des petites poupées ou des figurines représentant son monde inférieur et aussi son objet transitionnel (le fameux « doudou »). On peut retrouver dans les dessins de l'enfant des images sexualisées qui décrivent directement ou indirectement des activités sexuelles. Comme il peut également tenir des propos relatifs à une activité sexuelle ou déclarer qu'il a été abusé sexuellement (*Simon V.2004, p 52*). Ses comportements sexualisés ont pour fonction d'évacuer ses tensions, d'exprimer sa confusion et de retrouver un sens à ce qu'il a vécu. (par exemple, jeu « papa et maman » ou jeu « du docteur » particulièrement réalistes ou violents, simulation de rapports sexuels avec des jouets

accompagnés de gestes, de bruitages, etc.), on appelle ça des conduites de répétition. Ils peuvent aussi témoigner de connaissances sexuelles inadaptées à leur âge ou à leur degré de développement (dessins suggestifs, mots crus, gestes sexualisés, jeux sexuels précoces, etc.), manifester des préoccupations sexuelles excessives pour leur âge (curiosité soudaine portée aux parties génitales des êtres humains ou des animaux, questionnement récurrent sur la sexualité, voyeurisme, allusions répétées et inadéquates à la sexualité), se livrer à des conduites auto-érotiques prématurées, parfois compulsives (attouchements des parties génitales, masturbation excessive, y compris en public, introduction d'objets dans le vagin ou l'anus) ou adopter des conduites sexuellement provocantes et exhibitionnistes. Certains présentent un comportement séducteur et sexualisé, érotisant leur rapport à autrui, attribuant une connotation sexuelle injustifiée aux attitudes des adultes, voire harcelant ou agressant sexuellement des adultes ou d'autres enfants. A contrario, d'autres enfants manifestent un rejet de tout ce qui touche à la sexualité (*Josse E. 2007, p18*).

Notons cependant que ces comportements à eux seuls, ne constituent pas une preuve irréfutable d'agression sexuelle, toutes les victimes ne présentent pas ce type de trouble (*Josse E.2007, p17*).

Des comportements régressifs peuvent aussi apparaître chez l'enfant abusé sexuellement, il peut adopter un comportement régressif infantin et puéril, il se remet à sucer son pouce, devient énurétique, alors qu'il est propre, parle « bébé » etc. (*Simon V. 2004, p 52*). Il peut aussi demander l'aide de ses parents pour des choses qu'il faisait auparavant par lui-même, comme s'habiller, se laver ou s'organiser au moment de jouer ou de partir à l'école. Les comportements de régressions trouvent leur source dans plusieurs émotions, l'anxiété met l'enfant dans un état d'insécurité, à la recherche de réconfort. Il est plus dépendant et moins porté vers le développement de compétences nouvelles. Il retourne en arrière, à une étape antérieure plus sécurisante à ses yeux. Régresser peut également être un moyen d'attirer l'attention ou de signaler sa colère (*Saint-pierre F. et Viau M. 2010, p 67*).

D'autres troubles du comportement peuvent aussi apparaître tel que : un attachement excessif, obéissance ou dépendance vis-à-vis d'une personne bien précise. Cela est dû à une terreur familiale ambiante, une perte de sa propre estime, et une culpabilité (*Simon V. 2004, p 52*). L'enfant agressé

éprouve très fréquemment ce sentiment de culpabilité, bien qu'il ne soit aucunement responsable de la situation, il tend à penser qu'il y a contribué d'une certaine manière. Par exemple, il peut penser qu'il a attribué à ce que son agresseur s'en prenne à lui, soit par un comportement, soit en étant tout simplement lui-même, comme s'il y avait en lui quelque chose qui a attiré et excité l'agresseur. Cela le renvoie à une perception de lui-même comme étant un « mauvais enfant » à qui ce genre de choses arrive (*Saint-pierre F. et Viau M. 2010, p61*). Des troubles du sommeil, qui apparaissent, notamment des cauchemars ou une peur du noir, peur d'une ombre noire, d'un fantôme, de l'obscurité, avec des rituels de vérification sous le lit, dans les placards, etc. (*Simon V. 2004, p 53*).

L'enfant peut développer une hypovigilance comme mécanisme de protection, il « se surveille » pour se protéger d'un agresseur qui fait partie de son entourage ou lorsqu'il craint l'intrusion de l'agresseur dans son domicile, de plus cet état d'hypovigilance se poursuit lorsque l'enfant s'endort et cela perturbe son sommeil, des terreurs nocturnes peuvent aussi être présente chez l'enfant agressé sexuellement, l'enfant se réveille brusquement, il est agité et semble effrayé, voire terrifié, il est possible qu'il crie, qu'il parle d'une manière plus ou moins cohérente et qu'il se déplace dans la maison. Les cauchemars également surviennent, mais avec une plus grande fréquence peu après le traumatisme et diminuent généralement de façon progressive (*Saint-pierre F. et Viau M. 2010, pp 78-80*). Un arrêt de la croissance peut apparaître, il est connu sous la dénomination de « nanisme psychosocial », il est en rapport avec des troubles du sommeil (peur et terreur d'être abusé pendant la nuit) qui modifient la sécrétion nocturne de l'hormone de croissance. La thérapie et/ ou l'hospitalisation permettent la reprise de la courbe de croissance de l'enfant (*Simon V. 2004, p 53*). Des changements du comportement alimentaire sont aussi observés chez ces enfants, à type de crise de boulimie, ou bien, au contraire, une perte d'appétit évoluant en quelques mois vers une véritable anorexie mentale (*Simon V.2004, p 53*). La méfiance et la peur excessive des hommes ou des femmes, l'enfant peut se mettre à protester de façon soudaine, lorsqu'il est confié à quelqu'un qu'il connaît, déclare en pleurant qu'il ne veut plus le voir et dit de lui qu'il « n'est pas gentil », ou « méchant avec moi », il peut s'agir d'un membre de la famille, d'un voisin, d'un ami, d'un baby-sitter etc.

Il peut aussi envoyer un signal indirect en refusant, sans raison apparente, de se rendre chez un parent ou un ami (*Simon V. 2004, p 53*). Cela peut s'expliquer par le fait que l'enfant agressé a été trahi, souvent par une personne de qui il attendait amour et protection. Plus l'agresseur est proche de l'enfant, plus c'est une personne avec qui il entretient une relation de dépendance et d'attachement, plus il lui sera difficile de faire confiance à nouveau. La victime peut également se sentir trahie par son entourage qui n'a pas pu le protéger de l'agression ou qui ne l'a pas crue lors du dévoilement. Conséquemment, il lui est difficile de faire confiance aux adultes censés le protéger. L'enfant victime de ce genre d'agression développe aussi une hypersensibilité anxieuse aux personnes du même sexe que l'agresseur, en l'occurrence plus fréquemment des hommes. Il en vient à une forme de généralisation, sa crainte portant sur les hommes en général ou sur certains types d'hommes (*Saint-pierre F. et Viau M. 2010, p 66-73*). À contrario on peut remarquer chez cet enfant victime un excès d'affections envers des personnes étrangères au milieu familial, et l'on se demande alors d'où vient cette affection débordante, surtout lorsqu'il manifeste un intérêt trop prononcé envers le corps des personnes et un comportement sexuellement aberrant et irritant vis-à-vis de ces proches (*Simon V. 2004, p54*).

Une baisse soudaine des résultats scolaires accompagne tous ces comportements, en plus de la difficulté à établir des relations interpersonnelles et à se faire des amis, il en découle une mauvaise image de soi-même. L'enfant s'isole pendant la récréation, ne participe pas aux activités scolaires et sociales proches (*Simon. V, 2004, p 55*). En effet aller à l'école, assister aux cours, apprendre de nouvelles notions, s'intéresser aux travaux et aux devoirs, répondre à des tâches d'évaluation, interagir avec les enseignants et les élèves, tout cela demande des habiletés et de l'énergie de la part de l'enfant, or l'enfant anxieux ou déprimé est susceptible d'avoir une moins bonne capacité de concentration et d'attention et une perte d'intérêt pour les tâches à réaliser. Notons que c'est la capacité à apprendre et à répondre aux exigences de l'école qui est touchée par les effets du traumatisme et non l'intelligence de l'enfant, qui est un facteur stable. D'autre part les enfants victimes qui étaient déjà aux prises avec des difficultés scolaires avant que surviennent les agressions risquent évidemment plus de rencontrer des

difficultés d'adaptation scolaire par la suite (*Saint-pierre F. et Viau M. 2010, p85-86*).

Le rapport à la nudité est un autre signe où l'enfant a peur de se dévêtir dans les vestiaires lors des cours d'éducation physique et sportive, ou au cabinet médical ; parfois l'enfant refuse d'utiliser les installations sanitaires de l'école ou de la garderie (*Simon V.2004, p 55*). A contrario, d'autres enfants, parce qu'ils ont appris à construire leurs relations sur base sexuelle, adoptent un comportement provoquant et se dévêtent sans gêne dans des situations inconvenantes (*Josse E. 2007, p 18*). Des comportements de séduction peuvent aussi être observés, lorsqu'une fillette a été abusée par un homme, elle peut manifester des comportements de séduction vis-à-vis des garçons ou des hommes, elle est toujours une « carencée effective », en quête de l'amour et de la tendresse que ses parents sont incapables de lui donner : souvent, ils ont été eux-mêmes victimes de violence intrafamiliale ou d'abus sexuel. En plus son bourreau lui a fait croire que pour mériter d'être aimée, il faut être gentille, docile et accepter de faire tout ce qu'il lui demande. Sinon, elle n'est pas gentille, aimable et ne pourra jamais être aimé. Suite à de tout cela la fillette développe une incompétence dans sa relation aux autres, ne sait plus dresser de barrières de protection, avec les hommes en particulier. Elle reproduit sans cesse ce schéma de séduction qui la met en danger permanent et l'expose au risque de récurrence de l'abus. (*Simon V. 2004, pp55-60*).

Concernant les changements de comportement chez les jeune victimes d'âge scolaire, Josse conclut en disant qu'ils peuvent manifester un retard de développement, voire régresser à un stade antérieur : position fœtale, dépendance affective aux parents avec difficultés de s'autonomiser, recherche de protection, peur de l'étranger, énurésie, encoprésie et perturbations scolaires (refus de fréquenter l'école, ralentissement du fonctionnement intellectuel, diminution des performances etc.) d'autres au contraire manifestent des capacités de développement accrues (langage, habilités sociales, hauts niveaux des performances scolaires etc.) On parle alors de « progression traumatique » ou de « prématuration traumatique », ils peuvent aussi présenter des problèmes de comportements : cachotteries, fugues, agressivité, hyperactivité, repli sur soi, conduite d'évitement (évitement des situations rappelant le traumatisme initial) (*Josse E.2007, p17*).

6- les conséquences d'un abus sexuel sur les enfants :

Les enfants réagissent de façon diverses à un abus sexuel, cela ne dépend pas que de la relation avec l'agresseur, de ces stratégies et de la forme d'agression, mais aussi des caractéristiques propres à l'enfant. Un large éventail de problèmes de type émotionnel et comportemental peuvent apparaître, voir même des problèmes psychologiques et psychiatriques malgré un environnement « normal ». De plus certains enfants présentent peut de symptômes et d'autres réagissent retardement après un temps de latence ou lors d'un stress subséquent. Néanmoins, on doit s'attendre à ce que, d'une manière ou d'une autre l'enfant victime d'une agression sexuelle réagisse.

On va essayer de citer quelques conséquences parmi tant d'autres, que peut avoir cet acte barbare sur l'enfant :

6.1. Les effets de l'agression sexuelle :

L'agression peut fragiliser l'équilibre de l'enfant et cela dans le cas où :

6.1.1. L'agression n'a pas d'effet perceptible : Dans certains cas l'enfant semble asymptomatique, c'est-à-dire qu'il ne présente pas de signes vraiment notables de perturbation, c'est le cas de certains enfants chez qui se retrouvent une combinaison optimale de facteurs de protection et une réponse parentale qui apporte du soutien et de la réassurance. Toutefois c'est encore le cas chez qui la réaction est différée et les symptômes apparaissent lors d'un stress subséquent. A ce sujet on estime que 30% des enfants qui étaient asymptomatiques lors du dévoilement ont développé des symptômes par la suite. De plus rappelant que ce n'est pas parce que l'enfant est asymptomatique qu'il n'éprouve pas de souffrance intérieure.

6.1.2. L'agression vient créer des difficultés d'adaptation momentanées : De façon transitoire, l'enfant répond au stress de l'agression par des difficultés affectives et des problèmes de comportement. Toutefois cela ne nuit pas à son fonctionnement global d'une manière trop marquée ou prolongée.

6.1.3. L'agression vient exacerber des problèmes déjà existants : dans certains cas l'enfant victime d'agression présentait auparavant des difficultés : troubles du comportement, retard du développement, difficultés d'apprentissage, trouble de l'attachement. Les conséquences de l'agression contribuent alors à aggraver les problèmes préexistants.

6.1.4. L'agression engendre de nouveaux problèmes qui dépassent les difficultés transitoires d'adaptation : on pense ici au trouble de stress post-traumatique, que certains enfants développent à la suite d'une agression. Ce trouble se caractérise par des manifestations précises qui durent pendant au moins trois mois et qui perturbent l'enfant dans plusieurs sphères d'activité (*Saint-pierre F. et Viau M. 2010, p58-59*).

Il faut quand même s'avoir que les enfants victimes d'agression sexuelle peuvent aussi présenter une symptomatologie pour une raison autre que celle de l'agression qu'ils ont subie, il est donc important de ne pas interpréter leur conduite et leur état affectif comme résultant seulement de l'agression sexuelle.

6.2. Quelques émotions, pensées, réactions et mécanismes de l'enfant victime :

6.2.1. La honte et le dégoût : Certains sujets, comme celui de la sexualité sont traités avec discrétion, puisque ça revoit à l'intimité, et lorsque s'ajoutent au thème de la sexualité ceux de la violence et de la transgression des limites et des interdits, la victime se trouve touché au plus profond d'elle-même dans son corps. Ce dégoût s'accompagne souvent par le sentiment d'être souillé, salit, entaché. La sexualité peut aussi globalement lui inspirer du dégoût. Après le dévoilement le sentiment de honte se développe aussi à partir des regards et des réactions de l'entourage qui semblent s'exprimer que l'enfant est dorénavant perçu différemment. Cela est souvent très douloureux et ébranle chez l'enfant sa confiance et son estime de soi. La honte est un sentiment très pénible, souvent lié à la culpabilité, et cette émotion est vécue en secret et de l'intérieur. Elle provoque des états dépressifs et de la colère contre soit même ; enfin ; elle pousse l'enfant à se cacher et à se taire (*Saint-pierre F. et Viau M. 2010, p60*).

6.2.2. La tristesse et les réactions dépressives : La dépression générée par l'agression sexuelle est générée par plusieurs facteurs, elle est difficile à détecter chez l'enfant que chez l'adolescent. Elle se manifeste par les symptômes suivants : une humeur morose et triste, un repli sur soi, une faible estime de soi, des sentiments excessifs de culpabilité, une perte d'intérêt pour les activités de la vie quotidienne, de la fatigue et une perte d'énergie, ou au contraire une tendance à l'hyperactivité, une perte ou une augmentation de l'appétit, des difficultés de sommeil et des pensées de mort.

6.2.3. L'autodévalorisation et la perte d'estime de soi : L'autodévalorisation est le résultat d'une multitude de sentiments chez l'enfant : impuissance,

culpabilité, impression d'être différent des autres, d'avoir été souillé, etc. l'enfant peut percevoir les autres comme étant supérieur, se sentir indigne et incapable d'établir des relations avec les gens qui l'entoure. Cette autodévalorisation touche plusieurs dimensions de la vie, l'amène à avoir des comportements de passivité et de victimisation, ce qui fait en sorte, ce qui fait en sorte qu'il risque plus d'être à nouveau agressé. (*Saint-pierre F. et Viau M-F. 2010, p68*).

6.2.4. Le repli sur soi : La perte d'estime de soi amène l'enfant à se considérer comme mauvais, méchant. Il craint que l'agression l'ait marqué et cela se puisse se voir. Il a peur du regard et des jugements des autres, parfois aussi de lui-même, il est amorphe comme « engourdi » sur le plan des émotions et parfois aussi des pensées. Dans certains cas, il peut se réfugier dans un monde imaginaire, ce qui nuit parfois à la qualité de son contact avec les autres et avec l'environnement extérieur. Le repli sur soi s'accompagne fréquemment de sentiments dépressifs (*Saint-pierre F. et Viau M-F. 2010, p68*).

6.2.5. Les comportements d'automutilation et d'autoagression : L'enfant peut retourner sa colère contre lui-même, et porter atteinte à son corps par des gestes d'autoagression et d'autostimulation. La blessure intérieure correspond alors à une blessure physique concrète. Dans certaines situations, quand le gel émotionnel est trop puissant, ces gestes sont aussi une façon de ressentir quelque chose. Et parfois il s'agit d'une manière d'attirer l'attention (*Saint-pierre F. et Viau M-F. 2010, p68-69*).

6.2.6. Les pensées suicidaires : Les sentiments de de colère et de tristesse, jumelés au sentiment d'impuissance et une mauvaise image de soi, peuvent amener l'enfant à vouloir disparaître. Certains enfants ont des propos plus ou moins claires à ce sujet, qui vont du « je veux mourir » à « vous seriez mieux si je n'existais pas ». D'autres ont des propos répétitifs des comportements intrépides par lesquels ils se mettent en danger et se blessent. On peut donc penser que l'enfant ayant une « propension aux accidents » est très déprimé. Enfin, certains comportements d'apparence banale traduisent en fait un désir suicidaire, bien qu'il n'y ait pas de risque pour la vie de l'enfant. Notons également que les jeunes enfants qui n'ont pas acquis la notion d'irréversibilité de la mort, peuvent poser des gestes très dangereux sans avoir conscience qu'ils sont irréversibles (*Saint-pierre F. et Viau M. 2010, p69*). Salmona (2015) pense que bien que certaines tentatives de suicide peuvent être liées à une volonté réfléchie d'en finir avec une vie de souffrance, la plupart d'entre elles sont dues

à la mémoire traumatique de la volonté destructrice et criminelle de l'agresseur en envahissant le psychisme de la personne victime, et peut la faire brutalement basculer dans un passage à l'acte suicidaire (*Salmona M. 2015, p12-13*).

6.2.7. La dysrégulation affective : L'enfant peut arriver au point d'éprouver des difficultés à maîtriser et à réguler ses émotions, il présente conséquemment des sautes d'humeur et une labilité émotionnelle. Il exprime ses émotions avec intensité, en passant parfois sans transition d'un état à un autre. Souvent à cause de la pression interne qu'ils éprouvent, des enfants perdent momentanément l'habileté qu'ils avaient déjà développée d'exprimer et de maîtriser leurs émotions. Quant aux enfants victimes d'agression sexuelle sévère et chronique et qui ont été victime de négligence et de carence affective, ils n'ont pas pu développer cette capacité de régulation émotionnelle. En effet ils n'ont pas eu de leur parent un modèle de régulation des émotions, et ne recevant pas de réponses adéquates à leur besoins affectifs, ils ont ressentis jusqu'à en être compétemment envahis, d'intense sentiments de rejet, de colère et de tristesse qui ont nui à leur neurodéveloppement (*Saint-pierre F. et Viau M. 2010, p72*).

6.2.8. L'anxiété, frayeurs, peurs et angoisses : L'enfant victime d'agression sexuelle à une multitude de raisons d'éprouver de la peur. Celle-ci est souvent provoquée par les menaces faites par l'agresseur, l'enfant peut aussi avoir peur d'être agressé de nouveau, craindre la douleur, avoir peur que son corps soit endommagé, d'avoir une maladie, voire de mourir. En dévoilant les faits, l'enfant peut craindre de ne pas être cru, d'être puni ou abandonné, de perdre l'affection des autres, ou de provoquer des conséquences négatives pour sa famille. Il est également possible qu'il perçoive la peur chez ses parents et que cela l'inquiète d'autant plus. Peurs, frayeurs, craintes, et angoisse se manifestent dans les réactions d'anxiété (*Saint-pierre F. et Viau M. 2010, p72*).

6.2.9. Les peurs spécifiques ou phobies : La phobie est un état anxieux provoqué par un objet ou une situation précise qui n'a pas en soi un caractère dangereux. Après l'agression l'enfant peut développer des peurs spécifiques à l'égard d'éléments ayant un certain lien avec l'agression. On peut penser à la peur d'un type de véhicule rappelant celui de l'agresseur ou à la peur des hommes ayant certaines caractéristiques physiques (*Saint-pierre F. et Viau M. 2010, p73*).

6.2.10. Les conduites compulsives: Certains enfants développent des comportements compulsifs qui peuvent prendre la forme de routines de vie

rigides (au moment du coucher, des repas, du bain, des sorties, etc.) auxquelles il ne faut pas déroger sans quoi l'enfant risque de très mal réagir. Ces rituels sont fréquemment liés à l'anxiété et à un besoin de retrouver certain contrôle. S'ils sont sécurisants à court terme pour l'enfant, ils nuisent à son bon fonctionnement lorsqu'ils persistent (*Saint-pierre F. et Viau M. 2010, p73*).

6.2.11. L'état de stress aigu et le trouble du stress post-traumatique : L'état de stress aigu et le trouble de stress post-traumatique sont deux types de troubles réactionnels à un psychotraumatisme. Ils sont semblables par leurs manifestations et se distinguent essentiellement par leur durée.

On parle d'un état de stress aigu quand les symptômes se manifestent dans le mois suivant l'événement traumatique et durent de deux jours à un mois. Le trouble de stress post traumatique quant à lui dure plus d'un mois et peut survenir de manière différée, c'est-à-dire six mois ou plus après l'événement traumatique. Le trouble de stress post-traumatique est un ensemble typique de reviviscence de l'événement, des réactions d'évitement du stimulus associé au traumatisme, un émoussement de la réactivité générale et une activation neurovégétative. Ces manifestations témoignent des séquelles d'un événement traumatisant (*Lopez G. 1997, p32*).

6.2.12. Reviviscence répétée de l'évènement : L'enfant revit de façon répétitive l'évènement traumatique, ce qui peut se manifester de diverses manières, les souvenirs répétitifs peuvent prendre la forme de pensées, d'images, ou de perceptions, qui s'accompagnent d'un sentiment de détresse. Ils se traduisent aussi dans le cadre de jeux répétitifs et de dessins qui reprennent le thème de l'agression. Ce type de jeux est alors qualifié de « traumatique », puisqu'il est nullement source de plaisir pour l'enfant et est intimement lié à son trauma. La reviviscence de l'évènement peut aussi prendre la forme de rêves répétitifs ou de cauchemars sans contenu défini. Il faut savoir que c'est lorsque son attention se relâche que les pensées intrusives sont plus susceptibles de surgir, comme c'est le cas lorsque l'enfant s'endort, lorsqu'il s'ennuie en classe qu'il est assis passivement devant la télévision. L'enfant peut aussi se comporter comme si l'évènement traumatique allait de nouveau surgir, (impression de reviviscence, illusion, épisode dissociatif, flash-back). L'enfant peut également vivre un sentiment de détresse intense ainsi qu'une réactivation physiologique (palpitation bouffées de chaleur, étourdissements) lorsqu'il est exposé à des éléments internes (par exemple, une image ou une pensée) ou externes (une odeur, un type de voiture) qui évoque un aspect de l'évènement. Ces

reviviscences angoissent l'enfant, ce qui l'amène à développer des conduites d'évitement pour diminuer sa détresse (*Saint-pierre F. et Viau M. 2010, p74-76*)

6.2.13. Persistance de réactions d'évitement des stimuli : Les efforts que fait l'enfant pour éviter les pensées, les sentiments, les activités, les endroits où les gens associés au traumatisme se manifeste souvent par de la fébrilité et de l'agitation ; l'enfant n'arrête pas de bouger, comme pour s'empêcher de penser. Une amnésie partielle peut survenir au sujet de parties importantes de sa vie, un sentiment de détachement à l'égard des autres (comme une indifférence), une restriction de l'affect et le sentiment d'être sans avenir intéressant. Cet émoussement de la réactivité peut également par la perte de certains acquis, par exemple sur le plan du langage ou de l'autonomie.

Toutes les conduites d'évitement ne permettent qu'une baisse momentanée de l'angoisse. Mais ce soulagement aussi bref soit-il, fait en sorte que l'enfant utilisera de nouveau des stratégies d'évitement.

6.2.14. Symptômes d'activation neuro-végétative : Le système nerveux de l'enfant est hyperactive, ce qui se manifeste par des difficultés d'endormissement et de sommeil, de l'irritabilité, des crises de colère, une humeur instable, de l'agitation, des difficultés à se concentrer, de l'hypervigilance et des réactions de sursaut exagérées.

6.2.15. La dissociation traumatique : Lopez nous informe le fait que le DSM IV insiste beaucoup sur le rôle d'un trouble dissociatif dans les traumatismes. Au moment de l'impact traumatique il permet à l'enfant de se soustraire à la frayeur qui résulte de la confrontation avec la mort. La dissociation post-traumatique se manifeste cliniquement par l'inhibition anxieuse, l'amnésie des faits, le déni, le trouble de dépersonnalisation, le trouble dissociatif de l'identité, l'amnésie dissociative et la figure dissociative :

6.2.16. Trouble de dépersonnalisation : il s'agit d'un sentiment de dépossession de son intégrité physique et psychique ou de déréalisation (sentiment d'étrangeté et d'irréalité du monde, sans altération de la perception). La dépersonnalisation donne une impression de détachement, laquelle transforme l'enfant en une sorte d'automate ou de spectateur. l'amnésie dissociative est une amnésie psychogène qui affecte plus ou moins complètement le vécu traumatique. la figure dissociative s'applique aux adolescents qui quittent brutalement leur domicile ou leur lycée dans un état amnésique affectant leur passé et leur identité (*Lopez G. 1997, p34*). Alors que

Saint-Pierre et Viau nous parlent d'une dissociation psychique, et expliquent que l'enfant peut vivre lors d'un événement traumatique un épisode de dissociation qui altère son état de conscience. Qu'il peut se sentir à distance de ce qui se produit, avoir une impression d'irréalité, se « détache » de son corps, voir le temps passer plus vite ou plus lentement. Ils rajoutent que l'épisode de dissociation peut se manifester par les troubles de la mémoire, une imagination excessive, ou de nombreuses rêveries éveillées. Après l'avoir vécu au moment de l'agression, l'enfant est susceptible de faire un épisode de dissociation par la suite lorsqu'une stimulation externe (dans son environnement), ou interne (une émotion, un flashback) vient faire un rappel d'un élément lié aux agressions (*Saint-pierre F. et Viau M. 2010, p91*). Salmona quant à elle définit la dissociation comme un mécanisme neurobiologique de protection face au stress extrême, elle décrit l'enfant victime comme déconnecté de ses émotions, avec une anesthésie émotionnelle et un seuil de résistance à la douleur très augmenté et se met à fonctionner sur un mode automatique, robotisé, détaché de lui-même, comme s'il était spectateur, et elle explique que tant que dure cette dissociation la situation paraît irréaliste et l'enfant arrive à identifier la gravité des violences qu'il subit (*Salmona M. 2015, p11*).

6.2.17. Le trouble de l'image corporelle : Une des conséquences majeures d'un traumatisme sexuel consiste à un bouleversement de l'image que l'enfant a de son corps. L'intrusion que représentent les gestes d'agression sexuelle, qu'il s'agisse de regards, d'attouchements ou de pénétration, affecte le corps physique ainsi que la représentation mentale que l'enfant s'en fait. Il peut avoir l'impression d'avoir été endommagé, souillé et déformé par l'agression. Pour lui cette impression se confirme dans le regard que les autres posent sur lui, ce regard traduit des sentiments que l'enfant a du mal à décoder, mais qu'il perçoit tout de même (pitié, inquiétude, angoisse). Une altération de l'image corporelle peut aussi se manifester dans une association entre la nudité et un sentiment d'extrême vulnérabilité, et donner lieu à une pudeur excessive. L'enfant éprouve alors une gêne habituelle, même devant des personnes qui lui sont très proches dans sa famille. Certains enfants expriment leur peur d'avoir une maladie ou craignent que leurs parties génitales soient endommagées ; certaines filles ont peur d'être enceinte. L'enfant qui se sent mal se lave de façon excessive, d'autres au contraire, refusent de se changer, craignent de laver leurs organes génitaux par peur d'éprouver des sensations désagréables et douloureuses et se mettent alors à négliger leur hygiène personnelle. Cela est souvent lié à l'image dévalorisée qu'ils ont d'eux même (l'enfant sent qu'il ne

vaut pas la peine de s'occuper de lui-même) et à des affects dépressifs (désinvestissement de soi-même) (*Saint-pierre F. et Viau M-F. 2010, p91*)

6.2.18. Les conséquences neurobiologiques : Les violences chroniques dont certains enfants sont victimes ne sont pas sans impact sur leur développement neurologique. En effet les enfants qui vivent le stress d'agression répétées, et ce d'autant plus qu'ils sont jeunes, doivent recourir à des mécanismes d'adaptation à ces menaces et attaques dont ils sont l'objet. Ils se trouvent à adopter un mode de survie. Les zones du cerveau impliquées dans le déploiement des comportements de survie sont donc constamment stimulées. On retrouve aussi chez les enfants chroniquement maltraités des niveaux élevés de certaines hormones produites par le cerveau, comme l'adrénaline et le cortisol que l'on appelle communément « hormones de stress ». Leur neurodéveloppement en est donc affecté et conséquemment leur comportement. Des chercheurs de l'université de McGill ont démontré que la maltraitance subie à un jeune âge pouvait altérer les gènes, ce qui affectait chez l'enfant le développement de son système de défense contre le stress, le rendant plus vulnérable aux autres événements stressants qu'il pourrait affronter ultérieurement dans sa vie, et jusqu'à l'âge adulte. La suractivation des régions du cerveau responsables des réponses primaires de survie se fait au dépend d'une stimulation des autres régions du cerveau qui sont responsables des processus cognitifs plus complexes et sophistiqués impliqués dans la pensée (concrète et abstraite) et le raisonnement. Ceci résulte souvent en des retards au plan des capacités de raisonnement alors même que celle-ci sont reconnus comme ayant un rôle important à jouer dans l'adaptation au stress (*Saint-pierre F. et Viau. M-F, 2010, p91*).

6.2.19. Quelques mécanismes d'adaptation et de défense : Saint-Pierre et Viau nous disent que l'agression sexuelle provoque chez l'enfant un immense stress qui est considéré comme une réaction d'adaptation de l'organisme à une agression qui perturbe son équilibre, donc la première réaction de l'enfant est de se mettre en état d'alarme, ce qui mobilise ses ressources défensives, mais lorsque l'agression dure longtemps, l'enfant tombe en phase de résistance. Enfin si la situation stressante devient chronique, les mécanismes d'adaptation sont surchargés et un épuisement risque de s'ensuivre, entraînant des conséquences sur plusieurs plans dans le développement de l'enfant. L'enfant doit donc recourir à des mécanismes pour se défendre et s'adapter et permettent à l'enfant de retrouver son équilibre psychique. Tandis que Salmona (2015) nous parle de

stratégies de survie que l'enfant victime met en place quand il est sans soutien ni protection et qui sont selon elle handicapantes et épuisantes :

- **L'évitement** : Saint-Pierre et Viau affirment que l'évitement est un mécanisme fréquemment utilisé chez les personnes anxieuses et victimes de traumatismes, il est utile à court terme pour éviter précisément ce qui fait peur, mais qui finit par nuire un fonctionnement normal. Plus ou moins consciemment l'enfant victime cherche à éviter des pensées, des endroits, des personnes ou des situations qui ont pour lui un lien avec l'agression et l'agresseur. Par ces stratégies d'évitement il tente de se couper effectivement pour ne pas ressentir d'émotion pénible ou pour ne pas avoir à reconnaître une réalité menaçante. Il peut aussi contrôler ses pensées, celles qui provoqueraient de l'émotion, en les bloquant et en se forçant à penser à autre chose. Alors que Salmona (2015) explique que l'enfant met en place cette stratégie pour éviter les déclenchements effrayants de sa mémoire traumatique vis-à-vis de tout ce qui est susceptible de la faire « exploser », et qu'en parallèle il se crée un petit monde sécurisé parallèle où il se sentira en sécurité qui peut être un monde physique ou mental. Elle dit aussi que les conduites d'évitement et d'hypovigilance sont épuisantes et envahissantes, et qu'elles entraînent des troubles cognitifs qui ont un impact négatif sur la scolarité et les apprentissages (*Salmona M.2015, p 10*).

- **Le déni** : Le déni est un mécanisme inconscient qui consiste à refuser de reconnaître la réalité. C'est un mécanisme de défense qui permet à l'enfant de rejeter hors de sa conscience une expérience douloureuse. L'objectif consiste à lutter contre l'angoisse qui l'envahit lorsqu'il pense à ce qu'il vit. Le déni peut porter sur l'ensemble du traumatisme ou sur certains aspects seulement (*Saint-pierre F.et Viau M-F. 2010, p90-91*).

- **L'identification à l'agresseur ou l'attachement traumatique** : L'identification à l'agresseur est un concept décrit par Freud comme un mécanisme de défense psychologique fondamental pour comprendre les certains mécanismes répétitifs, et il explique le fait que certains enfants battus ou victimes de sévices sexuels deviennent à leur tour des adultes abuseurs (*Lopez G. 1997, p34*). Ce mécanisme s'explique par le fait que l'enfant est dans une situation très difficile à vivre lorsqu'il est sous l'emprise d'un adulte agresseur avec qui il a une relation importante, comme un parent. Le besoin naturel de l'enfant de s'attacher à son parent entre en conflit avec tous les éléments négatifs et toxiques qui sont présents dans la relation. Suite à cela certains enfants finissent par développer des comportements ou adopter des pensées et des attitudes qui

s'apparentent à celle de l'agresseur, cela survient pour plusieurs raisons. D'une part chez l'enfant dépendant et nécessairement attaché à son parent, ce mécanisme répond à un besoin naturel d'identification. L'enfant s'approprie certains aspects liés à l'agresseur et arrive ainsi à mieux conserver une image positive de la personne qu'il a tant besoin de continuer à aimer. D'autre part en s'identifiant à des aspects « mauvais » de son agresseur, il devient lui-même « méchant », ce qui lui permet de s'expliquer à lui-même qu'on le maltraite ainsi. De plus être activement agressif lui permet de contrer son sentiment d'impuissance et d'exprimer sa colère et sa rage. On comprend donc que par ce mécanisme, l'enfant agressé s'en prend lui-même à une autre personne, souvent à un autre enfant, par des comportements agressifs, de la domination ou de la manipulation (*Saint-pierre F. et Viau M-F. 2010, p92-93*). Salmona utilise l'appellation de mécanisme d'adaptation, elle dit qu'il est utilisé pour éviter la survenue de violences et le risque de rejet et d'abandon, les enfants s'hyper-adaptent à leurs agresseurs et pour cela ils s'identifient à eux, ils apprennent à percevoir et à anticiper leurs moindres changements d'humeur. Ils deviennent de véritables scanners, capables de décrypter et d'anticiper les besoins de leurs bourreaux. Il est essentiel que ceux-ci ne soient jamais contrariés, ni énervés, ni frustrés, il faut donc les connaître parfaitement, être en permanence attentifs à ce qu'ils font, à ce qu'ils pensent. Ce phénomène peut donner l'impression aux enfants d'être très attachés à leurs bourreaux puisque ces derniers prennent toute la place dans leur tête (syndrome de Stockholm). Les enfants peuvent croire que leurs agresseurs comptent plus que tout pour eux, et que ce qu'ils ressentent est un sentiment amoureux alors que c'est une réaction d'adaptation à une situation de mise sous terreur (*Salmona M. 2015, p 9-10*).

- **le clivage** : Le clivage permet de séparer, de dissocier, de sectionner la partie bonne de la partie mauvaise d'un souvenir, d'une image ou d'une personne, pour ne garder conscient que ce qui est supportable à ce moment précis. Ce mécanisme est souvent utilisé par les enfants qui ont été agressés sexuellement par un parent, et cela leur permet de maintenir le lien affectif (*Saint-pierre F. et Viau M-F. 2010, p 92*).

- **la rationalisation** : L'enfant victime d'agression sexuelle peut faire sien le discours de l'agresseur, ce qui l'emmène à interpréter les événements de façon erronée. Il tente aussi de s'expliquer ce qu'il lui arrive avec ses moyens cognitifs d'enfants, ce qui lui fait faire des erreurs d'interprétation et, parfois, l'incite à s'attribuer le blâme de l'agression dont il fut victime. Ces tentatives de

s'expliquer ce qui lui arrive correspond à des rationalisations qui génèrent beaucoup de distorsions cognitives et de fausses croyances. Mais elles restent pour lui des explications valables qui lui permettent de donner un sens à ce qu'il lui arrive, ce qui peut calmer pour un moment son sentiment de confusion (*Saint-pierre F.et Viau M-F. 2010, p 93*).

- **la sublimation** : Par le mécanisme de la sublimation, l'enfant arrive par lui-même ou avec de l'aide à focaliser son énergie et son émotion dans des activités constructives, comme des activités physique, créatives ou d'apprentissage scolaire. Les activités faisant appel à sa créativité peuvent être pour lui une façon de dire ce qui l'affecte et de se défouler de manière acceptable (*Saint-pierre F.et Viau M-F. 2010, p 95*).

Conclusion du chapitre

Malgré toutes ces connaissances, l'évaluation d'un abus sexuel reste difficile à effectuer, car dans la plupart des cas, on ne trouve pas de traces physiques relatives à cet acte, soit parce qu'il n'y'a pas eu pénétration, soit parce que l'enfant n'a pas dévoiler ce qui lui arrive, et que la découverte de l'agression par un adulte est survenue après une période de temps qui a permis la cicatrisation ce celles-ci. Et même lorsque l'enfant verbalise, ces propos sont ambiguës et laissent les adultes dans la confusion. Et pour ce qui est des changements de comportements survenant suite à cet acte, bien qu'ils peuvent aider à l'identifier, mais ils restent communs à d'autres étiologies, ce qui rend la tâche difficile.

Chapitre 2:
Traumatisme
psychique, trouble
stress post-
traumatique chez
l'enfant

« Les gens peuvent ignorer

leurs rêves, pas leurs cauchemars »

(J.A. Hadfield, 1962)

Préambule

Notre monde moderne est de plus en plus exposé à la violence de tous types, et toute personne de tous les âges et de toutes les conditions socio-économiques est susceptible d'être exposé et de souffrir d'un événement traumatisant, allant des catastrophes naturelles et des guerres, des prises d'otages, à l'exploitation sexuelle, la maltraitance et la négligence des enfants, jusqu'aux conflits de famille. Etc.. A compter du moment où le traumatisme a eu lieu, la personne peut éprouver des effets au cours de toute sa vie et jusque dans ses activités quotidiennes, cet impact peut se faire sentir seulement quelques semaines, voire quelques mois ou quelques années plus tard. Les événements traumatisants peuvent engendrer la terreur, la peur intense, l'horreur, un sentiment d'impuissance et un stress physique. Dans certains cas, l'impact d'un tel événement ne disparaît pas tout seul. Certains événements traumatisants deviennent des expériences profondes qui peuvent influencer le regard que les enfants, les adolescents et les adultes portent sur eux-mêmes et sur le monde. L'impact d'un traumatisme peut se faire sentir seulement quelques semaines, voire quelques mois ou quelques années plus tard.

Découvrons à travers ce chapitre ce qu'est un traumatisme psychique et sa spécificité chez l'enfant.

1. Historique

Les blessures physiques jusqu'à une époque récente n'étaient pas qualifiées de traumatiques. En grec ancien, trauma signifie blessure. Quelques années après l'apparition de ce terme en médecine et en chirurgie, il est importé dans le domaine de la pathologie mentale pour qualifier des «blessures psychiques». En 1888, Oppenheim décrit une «Névrose Traumatique ». Celle-ci comprenait un certain nombre de symptômes névrotiques, dont des cauchemars, qui n'apparaissaient qu'après l'accident, un accident de chemin de fer généralement. Quelques années plus tard, Kraepelin décrit une «névrose d'effroi», qui ressemble beaucoup à notre névrose traumatique.

Kraepelin mettait en avant l'état psychique de l'individu au moment de l'événement et insistait sur le fait qu'il n'était pas nécessaire d'avoir été dans l'accident, mais qu'il pouvait suffire d'en avoir été le spectateur. Dans ses «leçons du mardi», Charcot présente beaucoup d'observations d'hystéries traumatiques, comme il les appelle. Il affirme que l'hystérie masculine est toujours d'origine traumatique. Mais dans la première moitié du XXe siècle ce sont les psychanalystes qui vont faire avancer la clinique et la compréhension des névroses traumatiques: Abraham et Ferenczi pendant la 1ère Guerre Mondiale, Freud entre les deux guerres. Les deux premiers auteurs cités mettent en lumière l'atteinte narcissique réalisée par le traumatisme, Ferenczi parlant plus précisément de la « fin de l'illusion d'immortalité » (*Lebigot F. 2006, p5*).

Freud se base sur un événement extérieur d'origine sexuel pour expliquer l'hystérie, cette explication est qualifiée par la plupart des auteurs de « théorie de séduction ». Elle stipule qu'il y a traumatisme quand il y a séduction d'un enfant par un adulte qualifié de pervers. Deux cas de figures peuvent se présenter : un enfant dans une position passive séduit par un adulte et le pronostic sera l'hystérie, un enfant actif face à la situation de séduction et le pronostic sera la névrose obsessionnelle. De ceci découle une thèse forte : le traumatisme est toujours sexuel. Cependant dès ces premières conceptualisations, Freud introduit les notions d' « après coup » et de «refoulement » ; ce qui signe avec une causalité linéaire et mécanique, ainsi pour qu'il y ai traumatisme il faut qu'il y ai deux, le premier se rapportant à l'enfance et le second survenant à la puberté, celui-ci réactive les traces mnésiques du premier événement dont le refoulement a effacé les souvenirs en lui donnant sens (*Bouatta C. 2007, p23*), Freud abandonnera en partie cette position dès 1897 pour mettre l'accent sur l'effraction du pare excitation dans le cadre d'une conception économique du fonctionnement psychique (1920) et sur l'absence dans le cadre du remaniement de sa théorie sur l'angoisse (1926).

Dernière étape historique, en 1980, devant les séquelles traumatiques présentées par les vétérans du Vietnam (post Vietnam syndrome décrit en 1972), le DSM III introduit dans sa nosographie un trouble psychiatrique dénommé Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD). Le PTSD, ou Etat de stress post traumatique (ESPT) en français, est alors une pathologie pratiquement unique dans la liste des désordres psychiatriques (avec les troubles mentaux provoqués par des maladies somatiques puisqu'il existe dans les critères diagnostiques un critère qui spécifie une étiologie : la survenue d'un évènement traumatique. Il y

a donc quasi affirmation que la genèse du trouble est évidente. Les séquelles psychologiques des événements traumatiques chez les enfants ne furent quant à elles que tardivement reconnues ; les premiers travaux remontent à la seconde guerre mondiale.

À propos des troubles développés par les enfants, pendant la seconde guerre mondiale, Anna Freud et Dorothy Burlingham, en 1943, présentent leurs observations d'enfants évacués de la nursery de Hampstead afin d'échapper aux bombardements de Londres. Ce sont les premières descriptions d'une expression ludique où l'enfant exprime, pour elles, une tentative de maîtrise en répétant des jeux traumatiques (avec toujours l'idée de l'échec et de tentative d'abréaction. Elles décrivent aussi, chez ces enfants, un tableau proche de celui de la névrose traumatique. Une situation semble assez exemplaire tant par son retentissement social et médiatique que par l'étude détaillée à laquelle elle a donné lieu ; c'est l'affaire du bus de Chowchila. En juillet 1976, trois hommes détournent un bus scolaire de la ville de Chowchila en Californie ; ils séquestrent après un trajet de 11 heures les 25 enfants âgés de quatre à 15 ans et le chauffeur dans un container ou une remorque de camion enterrée où sont aménagées des toilettes sommaires et où ils disposent d'un peu de nourriture ; ils demandent alors une rançon de cinq millions de dollars. Les enfants les plus âgés et le chauffeur peuvent s'échapper au bout de 16 heures pour donner l'alerte. Les enfants ont été rendus à leur famille sans aucune blessure physique. Les preneurs d'otages ont été capturés et condamnés à une peine de prison à vie. Cette affaire est toujours d'actualité puisque en fin février 2011 encore, les partisans des ravisseurs ont organisé un rallye à San Francisco pour demander leur libération conditionnelle. Parmi leurs « supporters », un ancien juge de la cour d'appel de Californie, déclarait : « personne n'a été blessé physiquement, c'est ça le point le plus important de l'histoire ». Le procureur de l'affaire, lui déclarait : « la vengeance est un luxe que la Californie ne peut pas s'offrir plus longtemps ». Parallèlement à cela, des victimes devenues adultes déclaraient: « tant que je continue à souffrir, ils doivent continuer à payer ! ». Ces déclarations soulèvent la question du traitement judiciaire et des interférences générées par et avec l'évolution de la symptomatologie. Leonor Terr, psychiatre américaine, a étudié pendant quatre ans ces enfants victimes. Elle rapporte des rêves et des jeux au cours desquels les enfants revivent cet événement traumatique. Elle constate aussi qu'ils manifestent des modifications perceptuelles et des distorsions temporelles concernant non seulement l'enlèvement mais aussi ce qui s'est passé avant et après, et elle dit: « c'est comme si la prise d'otage était devenue

l'expérience référente de leurs vies ». Les enfants se montrent incapables de se projeter dans l'avenir. Elle note aussi que les éléments symboliques exprimés dépendent du niveau de développement de chaque enfant et du fonctionnement de la famille. Mais surtout elle constate que malgré les différences individuelles, la plupart des symptômes sont communs quel que soit le fonctionnement antérieur des enfants ou l'anxiété des parents. Elle en conclue que des enfants peuvent être affectés gravement par des événements terrifiants. Si maintenant on l'admet facilement cela n'était pas le cas quand elle l'a énoncé (*Olliac B. 2012, p310-311*).

2. Définitions et concepts

2.1. Le traumatisme psychique

Le mot « traumatisme » vient des mots grecs anciens *traumatismos*, signifiant action de blesser, et « trauma » signifiant blessure. Appliqué à la pathologie chirurgicale, il signifie « transmission d'un choc mécanique exercé par un agent physique extérieur sur une partie du corps et y provoquant une blessure ou une contusion ». Transporté à la psychopathologie, il devient traumatisme psychologique ou trauma, « soit la transmission d'un choc psychique exercé par un agent psychologique extérieur sur le psychisme, y provoquant des perturbations psychologiques, transitoires ou définitives ». La clinique chirurgicale distingue les « traumatismes ouverts », où il y a effraction du revêtement cutané, et les « traumatismes fermés », sans effraction. En psychopathologie, on admet que les excitations violentes attenantes à l'événement traumatisant ont fait effraction au travers des défenses du psychisme (*Crocq L. et al 2014, p10*).

Le grand dictionnaire de psychologie le définit comme suit : « événement subi par un sujet qui en ressent une très vive atteinte affective et émotionnelle, mettant en jeu son équilibre psychologique et entraînant souvent une décompensation de type psychotique ou névrotique ou diverses somatisation » (*Bloch H. et Al. 1999, p 965*).

Alors que dans le vocabulaire de psychanalyse, Laplanche et Pontalis on retrouve la définition suivante : « Événement de la vie du sujet qui se définit par son intensité, l'incapacité où se trouve le sujet d'y répondre adéquatement, le bouleversement et les effets pathogènes durables qu'il provoque dans l'organisation psychique. En termes d'économie psychique, le traumatisme se caractérise par un afflux d'excitations qui est excessif, relativement à la

tolérance du sujet et à sa capacité de maîtriser et d'élaborer psychiquement ces excitations » (Laplanche & Pontalis, 1967).

Quelques auteurs ont aussi défini le traumatisme psychique, tel que Louis Crocq, qui le décrit comme : « *un phénomène d'effraction du psychisme, et de débordement de ses défenses par des excitations violentes afférentes à la survenue d'un évènement agressant ou menaçant pour la vie ou l'intégrité (physique ou psychique) d'un individu, qui est exposé comme victime, témoin ou acteur* » (Crocq L. et al 2007, p7).

Pour Bertrand Olliac (2012), le traumatisme fait effraction dans le psychisme du sujet victime d'un évènement traumatisant. C'est un phénomène de débordement du psychisme d'une personne, qui se trouve dans l'incapacité de symboliser une expérience effrayante. Cet évènement est porteur d'un message qui va à l'encontre de ce que la personne tenait pour vrai dans sa compréhension d'elle-même et du monde. Elle se trouve donc dans l'incapacité de penser, d'élaborer, de réagir. Le traumatisme peut naître classiquement d'une confrontation avec le « réel de la mort », mais il peut aussi trouver son origine dans l'attaque du symbolisme : transgression des lois sociales, morales, des tabous, attaque de la logique, du sentiment de sécurité ou de justice (Olliac B. 2012, p311).

2.2. L'Etat de Stress Post-Traumatique (EPST)

C'est une entité clinique désormais clairement décrite dans les classifications internationales. Que ce soit dans la CIM ou le DSM, l'ESPT est défini par des critères précis, une association de symptômes qui permettent d'en faire le diagnostic. Ces symptômes sont consécutifs à l'exposition à un évènement. Ils peuvent se révéler ou se prolonger dans le temps, au-delà du retrait du sujet de la situation traumatisante. Les symptômes non traités peuvent engendrer des troubles dans le développement de l'enfant.

Le stress post-traumatique peut avoir un impact sur le fonctionnement cognitif, l'initiative, les traits de personnalité, l'estime de soi, le contrôle de l'impulsivité et les changements de personnalité ont aussi été décrits, ainsi que des comportements régressifs, une tendance à un pessimisme marqué et un sentiment d'avenir bouché, peut-être même des conséquences survenant au cours de la vieillesse.

Chez les enfants, la fragilité n'est pas forcément plus grande, mais elle est différente. En effet, des événements différents de ceux qui peuvent traumatiser un adulte peuvent avoir sur eux un effet traumatique majeur. Par exemple, pour un très jeune enfant, une expérience de séparation brutale peut être l'équivalent de l'expérience de mort chez un adulte. L'impact traumatique est aussi différent chez un être en devenir. Le développement de la personnalité de l'enfant va pouvoir en être affecté. Certains enfants vont devenir passifs, inhibés, d'autres agressifs. Certains vont rejouer la scène traumatique avec des mises en scène violentes, dangereuses. Certains vont montrer au contraire des capacités de résilience surprenantes (*Olliac B. 2013, p 27*).

2.3. Victimologie :

Gérard Lopez définit la victimologie comme le discours scientifique pluridisciplinaire, philosophique, sociologique, médical et juridique, élaboré au sujet de la victime. On distingue la victimologie pénale, étroitement liée à la criminologie générale ou humanitaire dont le champ d'étude s'étend aux victimes d'accidents divers. Elle est distinguée de la psychotraumatologie. (*Kédia M. et Sabouraud-Seguin A. et al, 2013, p 68*)

Tandis que Fattah la considère comme une branche de la criminologie qui s'occupe de la victime directe du crime et qui désigne l'ensemble des connaissances biologiques, psychologiques, sociologiques et criminologiques concernant cette victime : sa personnalité, ses traits biologiques, psychologiques et moraux, ses caractéristiques socioculturelles, ses relations avec le criminel et enfin son rôle et sa contribution à la genèse du crime (*Kédia M. et Sabouraud-Seguin A. et al, 2013, p 69*).

3. Les critères diagnostiques du trouble stress post-traumatique selon le manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-5)

- critères s'appliquant aux adultes, aux adolescents et aux enfants âgés de plus de 6 ans :

A. Exposition à la mort effective ou à une menace de mort, à une blessure grave ou à des violences sexuelles d'une (ou de plusieurs) des façons suivantes :

1. En étant directement exposé à un ou à plusieurs événements traumatiques.
2. En étant témoin direct d'un ou de plusieurs événements traumatiques survenus à d'autres personnes.

3. En apprenant qu'une ou plusieurs événements traumatiques sont arrivés à un membre de la famille proche ou à un ami proche. Dans le cas de mort effective ou de menace de mort d'un membre de la famille ou d'un ami, le ou les événements doivent avoir été violents ou accidentels.

4. En étant exposé de manière répétée ou extrême aux caractéristiques aversives du ou des événements traumatiques (P. ex. intervenants de premiers ligne rassemblant des restes humains, policiers exposés à plusieurs reprises à des faits explicites d'abus sexuels d'enfants).

N.B. : le critère A4 ne s'applique pas à des expositions par l'intermédiaire de médias électroniques, télévision, films ou images, sauf quand elles surviennent dans le contexte d'une activité professionnelle.

B. Présence d'un (ou de plusieurs) des symptômes envahissants suivants associés à un ou plusieurs événements traumatiques et ayant débuté après la survenue du ou des événements traumatiques en cause:

1. souvenirs répétitifs, involontaires et envahissants du ou des événements traumatiques provoquant un sentiment de détresse.

N.B. : chez les enfants de plus de 6 ans, on peut observer un jeu répétitif exprimant des thèmes ou des aspects du traumatisme.

2. rêves répétitifs provoquant un sentiment de détresse dans lesquels le contenu et/ ou l'affect du rêve sont liés à l'événement/ aux événements traumatiques.

N.B. : chez les enfants, il peut y avoir des rêves effrayants sans contenu reconnaissable.

3. Réactions dissociatives (p. ex. flashbacks [scènes rétrospectives]) au cours desquelles le sujet se sent ou agit comme si le ou les événements traumatiques allaient se reproduire. (De telles réactions peuvent survenir sur un continuum, l'expression la plus extrême étant une abolition complète de la conscience de l'environnement.)

N.B. : chez les enfants, on peut observer des reconstitutions spécifiques du traumatisme au cours du jeu.

4. sentiment intense ou prolongé de détresse psychique lors de l'exposition à des indices internes ou externes évoquant ou ressemblant à un aspect du ou des événements traumatiques en cause.

5. Réactions physiologiques marquées lors de l'exposition à des indices internes ou externes pouvant évoquer ou ressembler à un aspect du ou des événements traumatiques.

C. évitement persistant des stimuli associés à un ou plusieurs événements traumatiques, débutant après la survenue du ou des événements traumatiques, comme en témoigne la présence de l'une ou des manifestations suivantes :

1. évitement ou effort pour éviter les souvenirs, pensées ou sentiments concernant ou étroitement associés à un ou plusieurs événements traumatiques et provoquant un sentiment de détresse.

2. évitement ou efforts pour éviter les rappels externes (personnes, endroits, conversations, activités, objets, situations) qui réveillent des souvenirs des pensées ou des sentiments associés à un ou plusieurs événements traumatiques et provoquant un sentiment de détresse.

D. Altérations négatives des cognitions et de l'humeur associées à un ou plusieurs événements traumatiques. Débutant ou s'aggravant après la survenue du ou des événements traumatiques, comme en témoignent deux (ou plus) des éléments suivants :

1. Incapacité de se rappeler un aspect important du ou des événements traumatiques (typiquement en raison de l'amnésie dissociative et non pas à cause d'autres facteurs comme un traumatisme crânien, l'alcool ou des drogues).

2. Croyances ou attentes négatives persistantes et exagérées concernant soi-même, d'autres personnes ou le monde (p. ex. : « je suis mauvais », « on ne peut faire confiance à personne », « le monde entier est dangereux », « mon système nerveux est complètement détruit pour toujours »).

3. Distorsions cognitives persistantes à propos de la cause ou des conséquences d'un ou de plusieurs événements traumatiques qui poussent le sujet à se blâmer ou à blâmer d'autres personnes.

4. Etat émotionnel négatif persistant (P. ex. crainte, horreur, colère, culpabilité ou honte).

5. Réduction nette de l'intérêt pour des activités importantes ou bien réduction de la participation à ces mêmes activités.

6. Sentiment de détachement d'autrui ou bien de devenir étranger par rapport aux autres.

7. Incapacité persistante d'éprouver des émotions positives (p. ex. incapacité d'éprouver bonheur, satisfaction ou sentiments affectueux).

E. Altérations marquées de l'éveil et de la réactivité associés à un ou plusieurs événements traumatiques, débutant ou s'aggravant après la survenue du ou des événements traumatiques, comme en témoignent deux (ou plus) des éléments suivants :

1. Comportement irritable ou accès de colère (avec peu ou pas de provocation) qui s'exprime typiquement par une agressivité verbale ou physique envers des personnes ou des objets.

2. Comportement irréfléchi ou autodestructeur.

3. Hypervigilance.

4. Réaction de sursaut exagérée.

5. problèmes de concentration.

6. Perturbation du sommeil (P.ex. difficulté d'endormissement ou sommeil interrompu ou agité).

F. La perturbation (symptômes des critères B, C, D et E) dure plus d'un mois.

G. la perturbation entraîne une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

H. La perturbation n'est pas imputable aux effets physiologiques d'une substance (p. ex. médicament, alcool) ou à une autre affection médicale.

Spécifier le type :

Avec symptômes dissociatifs : les symptômes présentés par le sujet répondent aux critères d'un trouble stress post-traumatique ; de plus et en réponse au facteur de stress, le sujet éprouve l'un ou l'autre des symptômes persistants ou récurrents suivants :

1. Dépersonnalisation : expériences persistantes ou récurrentes de se sentir détaché de soi, comme si l'on était un observateur extérieur de ses processus mentaux ou de son corps (p. ex. sentiment d'être dans un rêve, sentiment de déréalisation de soi ou de son corps ou sentiment d'un ralentissement temporel).

2. Dérealisation : Expériences persistantes ou récurrentes d'un sentiment d'irréalité de l'environnement (p. ex. le monde autour du sujet est vécu comme irréel, onirique, éloigné, ou déformé).

N.B : pour retenir ce sous-type, les symptômes dissociatifs ne doivent pas être imputables aux effets physiologiques d'une substance (p.ex. période d'amnésie [blackouts], affection médicale (p. ex. épilepsie partielle complexe).

Spécifier si :

A exception retardée : si l'ensemble des critères diagnostiques n'est présent que 6 mois après l'événement (alors que le début et l'expression de quelques symptômes peuvent être immédiats) (*DSM-5, 2013, p320-321*)

- Trouble stress post-traumatique pour l'enfant de 6ans ou moins :

A. Chez l'enfant de 6 ans ou moins, exposition à la mort effective ou à une menace de mort, à une blessure grave ou à des violences sexuelles d'une (ou plusieurs) des façons suivantes :

1. En étant directement exposé à un ou à plusieurs événements traumatiques.
2. En étant témoin direct d'une ou de plusieurs événements traumatiques survenus à d'autres personnes, en particulier des adultes proches qui prennent soin de l'enfant.

N.B. : être le témoin direct n'inclut pas les événements dont l'enfant a été témoin seulement par des médias électroniques, la télévision, des films ou des images.

3. En apprenant qu'un ou plusieurs événements traumatiques sont arrivés à un parent ou à une personne prenant soin de l'enfant.

B. Présence d'un (ou de plusieurs) des symptômes envahissants suivants associés à un ou à plusieurs événements traumatiques ayant débuté après la survenue du ou des événements traumatiques en cause :

1. souvenirs répétitifs, involontaires et envahissants du ou des événements traumatiques provoquant un sentiment de détresse.

N.B. : les souvenirs spontanés et envahissants ne laissent pas nécessairement apparaître la détresse et peuvent s'exprimer par le biais de reconstitutions dans le jeu.

2. Rêves répétitifs provoquant un sentiment de détresse, dans lesquels le contenu et/ ou l'affect du rêve sont liés à l'événement/ aux événements traumatiques.

N.B. : il peut être impossible de vérifier que le contenu effrayant est lié à l'événement/ aux événements traumatiques.

3. Réactions dissociatives (p. ex. flashbacks [scènes rétrospectives]) au cours desquelles l'enfant se sent ou agit comme si le ou les événements traumatiques allaient se reproduire. (De telles réactions peuvent survenir sur un continuum, l'expression la plus extrême étant une abolition complète de la conscience de l'environnement.) Des reconstitutions spécifiques du traumatisme peuvent survenir au cours du jeu.

4. Sentiment intense ou prolongé de détresse psychique lors de l'exposition à des indices internes ou externes évoquant ou ressemblant à un aspect du ou des événements traumatiques.

C. Un (ou plusieurs) des symptômes suivants, représentant soit un événement persistant de stimuli associés à l'événement/ aux événements traumatiques, soit des altérations des cognitions et de l'humeur associées à l'événement/ aux événements traumatiques, doivent être présents après le ou les événements ou s'aggraver après le ou les événements traumatiques :

Evitement persistant de stimuli

1. Evitement ou efforts pour éviter des activités, des endroits ou des indices physiques qui réveillent les souvenirs du ou des événements traumatiques.

2. Evitement ou efforts pour éviter les personnes, les conversations ou les situations interpersonnelles qui réveillent les souvenirs du ou des événements traumatiques.

Altérations négatives des cognitions :

3. Augmentation nette de la fréquence des états émotionnels négatifs (p. ex. crainte, culpabilité, tristesse, honte, confusion)
4. Réduction nette de l'intérêt pour les activités importantes ou bien réduction de la participation à ces activités, y compris le jeu. Participation à ces activités, y compris le jeu.
5. Comportement traduisant un retrait social.
6. Réduction persistante de l'expression des émotions positives.

D. Changements marqués de l'éveil et de la réactivité associés à l'événement/ aux événements traumatiques, débutant ou s'aggravant après la survenue du ou des événements traumatiques, comme en témoignent deux (ou plus) des manifestations suivantes :

1. Comportement irritable ou accès de colère (avec peu ou pas de provocation) qui s'exprime typiquement par une agressivité verbale ou physique envers des personnes ou des objets (y compris par des crises extrêmes de colère).

2. Hypovigilance.

3. Réaction de sursaut exagérée.

4. Difficultés de concentration.

5. Perturbation du sommeil (p. ex. difficulté d'endormissement ou sommeil interrompu ou agité)

E. La perturbation dure plus d'un mois.

F. La perturbation entraîne une souffrance cliniquement significative ou une altération des relations avec les parents, la fratrie, les pairs, d'autres aidants ou une altération du comportement scolaire.

G. la perturbation n'est pas imputable aux effets physiologiques d'une substance (p. ex. médicament, alcool) ou une autre affection médicale. (*DSM-5, 2013, p322-323*).

4. Les types de traumatismes dans l'enfance

Evelyne Josse nous décrit 2 grandes catégories de traumatismes : les traumatismes de type I, II et III, simples et complexes, et les traumatismes directs et indirects.

4.1. Les traumatismes de type I, II et III, simples et complexes

Certains auteurs, dont Lenore Terr (1991) ont élaboré un cadre de pensées spécifique aux enfants, en catégorisant les traumatismes de l'enfance en deux grands types (*Dewulf A-C. ET al, 2006, p 125*) :

Elle entend par **traumatisme de type I** un traumatisme induit par un événement unique, soudain, brutal et limité dans le temps, présentant un commencement et une fin claire. Tel qu'une agression, accident, prise d'otage, catastrophe naturelle etc. L'apparition des troubles est souvent rapide : reviviscence de l'événement se manifeste par des jeux répétitifs, des remémorations quasi hallucinatoires, des cauchemars à thème non spécifique. L'évitement des stimuli associés au traumatisme est fréquent, l'enfant s'efforce d'éviter les pensées et sentiments liés à l'événement. L'hyperactivité neurovégétative associe trouble du sommeil, irritabilité, impulsivité, difficultés de concentration, hypovigilance, accompagnés souvent de maux de tête ou de douleurs abdominales (*Daligand L. 2009, p 225*).

Elle parle de **traumatisme de type II** lorsque l'évènement à l'origine des troubles s'est répété, lorsqu'il a été constamment ou qu'il a menacé de se reproduire à tout instant durant une longue période. Il se manifeste de manière particulière avec refoulement, dénégation, dissociation (les symptômes dissociatifs se caractérisent par une réduction de l'état de conscience, une focalisation ou un émoussement émotionnel avec un sentiment de détachement par rapport à l'environnement, il se rencontre dans la maltraitance physique ou sexuelle, mais aussi chez les enfants témoins ou victimes de violences conjugales et parentales, chez les enfants qui ont vécu la guerre, la torture.. On peut retrouver des symptômes classiques du trauma psychique, avec des troubles associés : dépression, silence abstrait par respect du secret concernant les violences pouvant aller jusqu'au déni massif de tout ce qui concerne le trauma, inhibition intellectuelle, émoussement affectif, détachement, restriction des intérêts et des relations. Les plaintes somatiques sont fréquentes (douleurs, eczéma, asthme,..) ainsi que l'amnésie avec absence de tout souvenir d'enfance, indifférence à la douleur, automutilation, tentative de suicide, trouble des

conduites alimentaires, conduites antisociales, délinquance (*Daligand L. 2009, p 226*).

Ces deux types de traumatismes ne s'excluent pas mutuellement, ainsi que le mentionne Terr en décrivant des traumatismes provoquant chez les enfants, aussi bien des réactions caractéristiques du type I que du type II. Ce type «hybride » de traumatismes englobe des événements à occurrence plutôt isolée et soudaine, mais ayant des conséquences majeures et à long terme (handicap, défigurations, décès de proches, etc.) (*Dewulf A-C. et al, 2006, p 126*). Daligand pense tout de même qu'il serait dangereux d'affirmer la nature d'un événement à partir d'un symptôme.

Elda Solomon et Kathleen Heide spécifient une troisième catégorie, le traumatisme de type III, pour décrire les conséquences d'événements multiples, envahissants et violents débutant à un âge précoce et présents durant une longue période. Judith Herman, professeur à la Harvard Medical School, choisit de classer les traumatismes en deux catégories : les traumatismes simples et complexes (*Josse E. 2011, p 28-29*). Sa définition des traumatismes simples les assimile aux traumatismes de type I de terr.

Par traumatismes complexe, elle désigne le résultat d'une victimation chronique d'assujettissement à une personne ou à un groupe de personnes. Dans ces situations, la victime est généralement captive durant une longue période (mois ou années), sous le contrôle de l'auteur des actes traumatogène et incapable de lui échapper. Ces traumatismes complexes sont à rapprocher des traumatismes de type II précisés par Terr et s'ils débutent à un âge précoce, aux traumatismes de type III définis par Solomon et Heide.

Les agressions et les accidents peuvent ne constituer qu'un événement ponctuel dans la vie d'un enfant ou d'un jeune alors que les abus sexuels, la maltraitance physique et sexuelle, l'esclavage sexuel, l'enfermement dans les camps de détention et de concentration, le travail forcé, les traditions dommageables et l'exposition aux violences conjugales sont le plus souvent caractérisés par une addition et une succession de violences. Les premiers exposent les enfants et les adolescents à un événement unique, circonscrit dans le temps, imprévisible et d'apparition brutale ; les seconds se soumettent à une violence durable, répétée, exempte de surprise, voire prévisible. Les premiers sont des traumatismes de type I selon la terminologie de Terr ou traumatisme simple selon Herman, les seconds sont des traumatismes de type II selon terr, de

type III selon Solomon et Heide ou encore des traumatismes complexes selon Herman. Il est important de ne pas confondre un enfant dont la vie est émaillée de nombreux traumatismes simples (par exemple, chutes et accidents répétés) avec celui qui souffre de traumatisme complexe (*Josse E. 2011, p 29*).

4.2. Les traumatismes directes et indirects

4.2.1. Les traumatismes directs

On parle de traumatisme direct lorsque la victime a été confrontée au sentiment de mort imminente, à l'horreur ou au chaos. Elle peut avoir été sujet, acteur ou témoin de l'agression ou de la menace soudaine qui a mis en danger sa vie, son intégrité physique ou mentale ou celles d'autrui. L'enfant ou l'adolescent peut être la victime directe d'un incident enduré (traumatisme simple de type I ou complexe de type II ou III), dont il a été le témoin ou qu'il a provoqué volontairement ou involontairement. Par exemple, il peut avoir subi une agression, un accident, une catastrophe naturelle ou des abus sexuels, être perturbé après avoir assisté à une bagarre, un viol, un meurtre ou aux violences entre ses parents ou souffrir d'avoir causé des dommages à autrui.

4.2.2. Les traumatismes indirects : la cicatrice sans la blessure

L'enfant ou l'adolescent peut être une victime indirecte d'un événement c'est-à-dire pâtir pathologiquement d'une situation vécue par autrui.

- **La transmission du traumatisme :** La traumatisations indirecte se définit comme une souffrance spécifique éprouvée par les personnes en relation étroite avec le sujet ou un groupe de sujets en détresse (*Josse E. 2011, p 30*).
- **La transmission intergénérationnelle des traumatismes :** Le psychotraumatisme des descendants est une « pathologie acquise » d'une génération à l'autre dont le mode de transmission serait le récit des horreurs subies par les parents ou, paradoxalement, le silence, les secrets et les non-dits. En effet, les enfants privés d'information sur les épreuves que leur famille a traversées présentent davantage de symptômes que les autres. L'inhibition massive des affects et les troubles dépressifs des parents joueraient également un rôle primordial dans le développement de symptômes chez les enfants. Notons que si le traumatisme peut se transmettre d'une génération à l'autre, il en va de même des capacités de résilience. Les études ont montré que les enfants et petits-enfants de

rescapés présentent certains traits de caractère qui sont ceux qui ont permis à leurs ascendants de survivre. Ils démontrent une grande capacité à faire face et à s'adapter aux challenges. Ils font preuve d'initiative et de ténacité. Manifestant de fortes aspirations à se réaliser, ils se tournent vers les hautes études, ce qui les conduit à réussir socialement. Mur par des valeurs familiales fortes, ils fondent des couples et des familles stables (*Josse E. 2011, p 31-33*). L'enfant ou l'adolescent peut donc être la victime indirecte d'événements anciens vécus par son entourage proche mais peut également souffrir des conséquences funestes d'une violence actuelle exercée à l'encontre d'un tiers. Par exemple il peut être douloureusement éprouvé par le fait que sa mère, ébranlée par le viol qu'elle a subi, soit devenue incapable de s'occuper correctement de lui. Il peut aussi développer une véritable symptomatologie traumatique au contact d'un frère ou d'une sœur blessé accidentellement, gravement malade etc. (*Josse E. 2011, p 34*).

5. clinique du trauma chez l'enfant

Josse affirme que la symptomatologie post-traumatique des enfants ne se distingue pas nettement de celle des adultes, certains vont réagir par un ensemble de réactions physiques, émotionnelles, cognitives et comportementales, une minorité vont réagir par un stress adapté ; la plus part vont présenter des réactions de stress dépassé accompagné d'une détresse péri-traumatique, voire même des symptômes traumatiques et les sujets prédisposés peuvent déclencher des troubles psychopathologique. Ces réactions sont à considérer comme des réponses normales, du moins attendues, à un événement hors du commun (*Josse E. 2011, p 66*).

5.1. Les réactions immédiates chez l'enfant

On entend par réaction immédiates l'ensemble des réactions émotionnelles, somatiques, cognitives et comportementales, adéquates ou inadéquates à la situation, manifestées par les jeunes victimes dès l'occurrence d'un incident critique. Ces réponses se maintiennent tant que la menace persiste puis s'éteignent progressivement (*Josse E. 2011, p 67*).

La réaction immédiate chez l'enfant est rarement celle du stress adapté, qui sera toutefois observée chez les enfants accompagnés d'adultes lors d'accidents ou de catastrophes : obéir aux consignes, se sentir protégés par l'adulte, poser des questions sur ce qui arrive, aider leurs camarades. Le plus souvent, l'enfant

qui se sent vulnérable et impuissant face à la situation, ou qui assiste à la peur et à l'impuissance de ses parents, va être profondément bouleversé et décontenancé. L'on va observer une des quatre réactions de stress dépassé.

- Ce peut être l'inhibition avec sidération, stupeur, immobilité et mutisme.
- Ce peut être une réaction d'agitation combinant turbulence motrice, logorrhée intarissable, ou même comportement agressif.
- Ce peut être encore une réaction de fuite éperdue, avec une angoisse panique qui ne sera même pas réduite lorsque l'enfant sera parvenu à l'abri.
- Chez certains enfants, le comportement devient désorganisé voire automatique, l'enfant poursuivant pendant de longues minutes une activité inadaptée au contexte, ou proférant des propos incohérents dans un état d'indifférence à ce qui se passe autour de lui et d'imperméabilité aux exhortations données par les adultes.

On a observé également des réactions immédiates franchement pathologiques, telles qu'états confusionnels ou confuso-oniriques suivis d'amnésie, de crises d'angoisse massive et d'attitudes pathologiques avec recherches désespérée de réassurance (*Crocq L. et al. 2007, 52*).

5.2. Réactions post-immédiates chez l'enfant

Josse nous dit que certaines jeunes victimes vont néanmoins continuer à manifester des réactions de stress plusieurs jours après que le danger se soit éloigné, voire vont développer des symptômes relevant du traumatisme. Au-delà de deux à trois jours, les manifestations ne sont plus générées par la présence d'un danger immédiat, et peuvent perdurer quelques semaines après l'événement (*Josse E. 2011, p 67*). Crocq nous précise concernant ce qu'on retrouve chez l'enfant soit la sédation assez rapide des symptômes de stress, le retour de la sérénité et la reprise des activités, soit la persistance des symptômes de stress (surtout les symptômes de déréalisation et de dissociation), et l'apparition de reviviscences et d'autres symptômes témoignant de l'installation d'un syndrome psychotraumatiques caractérisé. Parmi les symptômes à détecter dans cette phase post-immédiate, on notera :

- Les manifestations d'angoisse de séparation, avec comportement d'agrippement à l'adulte, peur de rester seul, peur du noir, refus anxieux de dormir seul, crainte d'être abandonné.

- Un état psychique diurne et nocturne de peur, voire de terreur, avec surveillance vigilante de l'environnement, sursaut au bruit, résistance à l'endormissement et réveils nocturnes angoissés (plus souvent après un rêve terrifiant sans contenus précis qu'après un cauchemar de reviviscence à proprement parler).
- Des phobies précoces se rapportant à ce qui évoque l'événement traumatique.
- Des épisodes de déréalisation ou de dépersonnalisation, l'enfant ne reconnaissant plus les lieux familiers, ni les adultes familiers, et répondant « à côté ».
- Des plaintes somatiques diverses (vertiges, mal à la tête, mal au dos, mal au ventre) (*Crocq L. et al. 2007, 52*).

5.3. Les syndromes différés et chroniques de l'enfant

Josse nous dit que si les symptômes perdurent au-delà d'un mois on doit suspecter l'apparition d'un véritable traumatisme psychique et l'évolution vers la chronicité (*Josse E. 2011, p 68*). Quant à Crocq, il pense que le syndrome psychotraumatique durable apparaît souvent tout de suite après les réactions immédiates ; le cas de figure d'apparition après un intervalle libre (temps de latence) se présente plus rarement. Le tableau clinique comprend les éléments suivants :

- **Syndrome de répétition** : remise en acte de l'évènement à l'identique ou selon des scénarios où l'enfant se donne un rôle actif, jeux et dessins répétitifs voire compulsifs sans dimension de plaisir, reprenant la thématique du traumatisme. Les hallucinations, les illusions et les flash-back (dont de déréalisation ou de dépersonnalisation plus ou moins brefs) sont une variante sémiologique du même registre faisant revivre à l'enfant l'expérience traumatique. Les cauchemars sont moins fréquents que chez l'adulte, leurs thèmes sont souvent non spécifiques, et chez le jeune enfant, leur contenu est habituellement non reconnaissable.
- **Syndrome d'évitement** : des indices internes (pensées, sentiments) ou externes (activités, situations) en rapport avec l'évènement. Les phobies, dont l'objet a un rapport direct ou indirect avec l'évènement, sont fréquentes et tenaces : phobie de rester seul, phobie du noir, etc. on observe aussi une distorsion mnésique des faits et des perceptions relatifs au traumatisme.

- **Réactivité générale émoussée** : avec comportement de retrait, propension au silence, réduction des intérêts (perte de l'envie de jouer), perte de la confiance dans les adultes, qui ont failli dans leur rôle de protection. Il faut noter que l'évitement de ce qui rappelle le trauma et l'émoussement de la réactivité générale traduisent la perturbation « traumatique » de la personnalité de l'enfant, perturbation d'autant plus grave qu'elle frappe une personnalité en devenir (*Crocq L. et al. 2007, 52*). Josse nous décrit dans ce cas un enfant qui refuse d'aborder les faits en allant jusqu'à se boucher les oreilles lorsqu'ils sont évoqués en sa présence, elle rajoute qu'il se replie dans l'imaginaire et la rêverie pour échapper aux pensées et aux sentiments suscités par l'événement. Elle précise que dans les cas d'abus sexuels les conduites d'évitement peuvent se traduire par une méfiance ou une peur subite des adultes, refus de se déshabiller à l'heure du coucher ou de se dévêtir en public, etc. (*Josse E. 2011, p 85-86*).

- **Hyperactivité neurovégétative** : Josse nous explique que le système neurovégétatif régit le fonctionnement des viscères, et entretient les fonctions vitales de base. Crocq nous les énumèrent essentiellement en :

- Des troubles des fonctions instinctuelles touchant le sommeil, avec des difficultés d'endormissement fréquentes, des réveils multiples, ainsi que des terreurs nocturnes et des cauchemars. Touchant également l'alimentation ou l'appétence est modifiée par l'installation d'une polyphagie, d'un grignotage anxieux ou au contraire d'une anorexie parfois rebelle. Ces troubles touchent aussi le contrôle sphinctérien, avec l'apparition d'une énurésie, voire d'une encoprésie nocturne ou diurne, traduisant une régression affective et instinctuelle profonde.

- Irritabilité, colère et agressivité.

- Hypovigilance, attitude d'alerte, réaction exagérées de sursaut au moindre bruit.

- Symptômes non spécifique ou symptômes dissociés.

- Difficulté de l'attention, de l'acquisition mnésique et de la concentration, distraction au milieu familial comme en milieu scolaire, avec répercussion sur la scolarité.

- Troubles anxieux en particulier le trouble anxiété de séparation qui occupe souvent le devant de la scène clinique. L'enfant ne supporte pas de ne plus avoir ses parents dans son champs visuel, et il exige le soir de coucher dans leur

chambre voire dans leur lit. D'autres troubles anxieux peuvent survenir : phobies simples, attaques et troubles panique, trouble d'anxiété généralisée.

- Troubles de l'humeur avec état dépressif ou trouble dysthymique trainant (épisode dépressif évoluant de manière chronique dépassant une année) au cours duquel l'enfant exprime un vécu de culpabilité du survivant. Un deuil pathologique peut être observé, notamment dans les situations de perte d'un ou de plusieurs membres de la famille.
- Troubles du comportement : ils sont fréquents, chez l'enfant jeune ou d'âge scolaire, on observe des manifestations régressives à type de succion du pouce, de parler « bébé », de troubles sphinctériens secondaires, et des attitudes d'opposition systématique et de refus d'obéissance, voire des accès de colère violente, pathologique.
- Plaintes pour douleurs (céphalées, douleurs abdominales, etc.) essentiellement psychogènes, et conversions somatiques (aphonie, baignaient, paresthésie, paralysies, troubles de l'équilibre).
- Manifestations psychosomatiques, surtout dermatologiques (eczéma, psoriasis, urticaire), mais également digestives (coliques, ulcère de stress), observées en particulier chez les plus jeunes (*Crocq L. et al. 2007, pp 53-55*).

5.4. Particularité selon les tranches d'âge

- **Le nourrisson (de la naissance à un an, un an et demi):** une séparation brutale prive l'enfant de tout secours, de toute protection, de toute consolation, il est dans une totale impuissance. L'expérience du chaos laisse l'enfant débordé par des conceptions sensorielles violentes, non filtrées par des adultes, les bruits assourdissants, les cris, la chaleur, la faim, la chaleur, le froid intense, sans mots, peuvent être traumatogène. Les manifestations se perçoivent dans le retrait, les pleurs, les troubles du sommeil, de l'appétit, les retards dans le développement ou la régression.
- **Les jeunes enfants (de 2 à 6 ans):** l'enfant parle, marche, ne maîtrise pas encore la pensée abstraite, et est très sensible aux réactions parentales. Le trauma est la conséquence de l'effroi vécu par l'enfant, mais aussi la terreur de l'adulte impuissant, la perte de la croyance en l'invulnérabilité parentale, en l'infailibilité de sa protection, aggrave l'impact traumatique. Les symptômes sont multiples, touchant l'appétit, le sommeil, le jeu,

l'humeur et s'accompagnent de honte, de retard de développement (Daligand L. 2009, p 224). Des comportements répétitifs reprenant certains aspects du traumatisme vécu ont été décrits sous le terme de « mémoire comportementale », comme si l'enfant gardait en mémoire la scène traumatique, qui viendrait s'imposer à lui par le biais de la remotorisation sous une forme comportementale sans participation affective observable. Deux facteurs font de cet âge une période critique vis-à-vis du trauma, premièrement la sémiologie passe souvent inaperçue, donc négligé ou banalisée par l'entourage familial, deuxièmement le pronostic à long terme des traumatismes précoces est souvent réservé (Crocq L. et al. 2007, p55).

- **L'enfant de 6 à 12 ans :** On constate chez l'enfant de cette tranche d'âge la fréquence des symptômes anxieux dont la thématique tourne autour de la séparation (trouble d'anxiété de séparation), avec crainte d'être séparé des parents ou des figures d'attachement, peur d'être abandonné, peur qu'arrive un drame similaire aux parents, etc. des manifestations dépressives sont également observées, à type de deuil pathologique, de culpabilité ou s'exprimant sous forme d'une inhibition importante. Par ailleurs, et comme chez le petit enfant, les manifestations somatiques douloureuses sont très fréquentes ainsi que les troubles du sommeil et les troubles sphinctériens secondaires. Les modifications du caractère et du comportement sont également observées, à type d'agressivité, d'irritabilité, de colère violente, d'opposition systématique, etc. la modification ou la perte des intérêts habituels, avec une tendance au retrait ou aux jeux répétitifs reprenant la thématique du traumatisme, est souvent retrouvé à cette période. Les répercussions du traumatisme sur la scolarité occupent souvent le devant de la scène clinique, avec baisse brutale des performances ou difficultés scolaires insidieuses. L'enfant est alors décrit ayant souvent des difficultés à la rétention mnésique. Les troubles mnésiques peuvent avoir fonction d'évitement de la confrontation cognitive que lui impose la remotorisation de l'événement. Dans certains cas, les difficultés scolaires s'expriment sous forme de trouble de l'adaptation scolaire par crainte de quitter le domicile familiale ou les parents. (Réalissant parfois une véritable phobie scolaire). A l'école, on constate aussi parfois la perte d'envie de jouer : enfants restant immobiles et silencieux dans un coin de la cour de récréation, et

ne participant pas aux jeux avec leurs camarades. (Crocq L. et al. 2007, p 56-57).

5.5. Spécificité selon la nature du traumatisme

L'enfant victime de violences physique, morales ou sexuelles est un enfant traumatisé qui gardera à plus ou moins long terme ses séquelles psychologiques.

- **Sévices physiques et psychologiques**

Ce genre de sévices est infligé aux enfants par leurs propres parents ou par des adultes de leur entourage. Leurs fréquence est difficile à déterminer car nombre d'entre eux passent inaperçus ou sont négligés. Les sévices psychologiques sont (injures, frustrations des besoins élémentaires, humiliations, exigences extrêmes, etc.) sont aussi traumatisants pour l'enfant, même si malheureusement, ils sont plus insidieux et plus difficiles à repérer.

La suspicion diagnostique sera faite devant la nature et la localisation de certaines lésions, l'état général de l'enfant (dénutrition, présentation négligée, hygiène déficiente, etc.), l'attitude des parents, le retard aux soins, etc. les troubles développés par l'enfant victime de sévices sont assez typique : vigilance anxieuse, méfiance, attitude craintive et apeurée. Des troubles graves du comportement peuvent s'observer avec violence et agressivité majeure.

Des états d'inhibition ou de sidération ont été rapportés ainsi que des manifestations psychosomatiques notamment dans les formes de sévices et de négligence précoces.

- **Abus sexuels**

Il s'agit de l'exploitation d'un enfant par un adulte à des fins de satisfaction sexuelle exercée sous la contrainte (avec ou sans violence physique) ou la ruse (chez les tout petits). L'adulte abuseur est souvent une personne familière à l'enfant, voire un parent (inceste).

Les conséquences de l'abus sexuel dépendent de plusieurs facteurs : la gravité et la répétition de l'acte, l'âge au moment de l'abus, le degré de vulnérabilité individuelle, la qualité de la structure familiale et de la réaction après découverte de l'abus, et la qualité de la prise en charge thérapeutique.

La découverte de l'abus est souvent par hasard, car il est rare que l'enfant en parle spontanément à l'un de ses parents. Toutefois certains indices restent

évoqueurs de l'existence d'un éventuel abus. Chez les enfants d'âge scolaire, les symptômes les plus fréquents sont les troubles des fonctions instinctuelles (sommeil, alimentation, contrôle sphinctérien) ainsi que les somatisations, la peur de se déshabiller devant un tiers, la réticence méfiante face aux personnes non familières et aux lieux non connus, les préoccupations sexuelles obsédantes, les comportements séducteur, la masturbation compulsive, l'intérêt inadapté pour les parties génitales des personnes et des animaux, et les troubles de comportements avec fugues, mensonges, vols, etc. (*Crocq L. et al. 2007, p 58*).

6. Les paramètres influençant le développement des syndromes psychodramatiques chez les enfants

Tous les enfants ayant vécu un événement pénible ou effrayant ne développe pas un syndrome post-traumatique, leurs réactions sont modulées, voire déterminées, par une multitude de facteurs : les variables liés à l'événement, les facteurs propres à l'individu et les caractéristiques du milieu de récupération. Plus les facteurs de risque s'accumulent, plus l'apparition d'un trouble post-traumatique est probable et potentiellement grave et chronique. (*Josse E. 2011, p34*).

6.1. Les variables liées à l'événement

L'intensité des réactions post-traumatiques dépend d'abord des caractéristiques propres à l'événement vécu. La proximité de l'enfant lors du trauma (être présent lors du désastre naturel ou de l'accident), la durée et la fréquence de l'événement ainsi que la gravité des conséquences encourues représentent des facteurs particulièrement associés au risque de développer un trouble post-traumatique. Cette dernière variable est d'autant plus importante lorsque l'enfant a été séparé de sa famille et que sa routine quotidienne a été ébranlée durant plusieurs jours. La gravité des conséquences s'observe aussi par la perte d'un être cher, d'objets significatifs ou du milieu de vie ainsi que par le fait que l'événement ait entraîné des blessures graves ou une perte d'intégrité physique chez l'enfant. La possibilité de présenter un état de stress post-traumatique tend également à augmenter lorsque le trauma est soudain, imprévu et semble incontrôlable (par l'enfant ou par les parents). Lorsque le traumatisme provient d'une personne plutôt que d'un désastre naturel ou technologique, il semble que la durée des symptômes post-traumatiques s'échelonne sur un plus long terme (*Berthiaume C. 2007, p13*).

L'identité de l'agresseur et sa proximité relationnelle avec la victime : Le risque de traumatisme est plus important que l'agresseur est une personne ayant autorité morale et/ou jouissant de la confiance de l'enfant, plus il est proche affectivement de la victime, plus le risque de perturbation est important. Par exemple les troubles sont plus sévères si l'auteur est un membre de la famille censé protéger la victime tel que le père ou la mère.

L'absence ou la présence des parents et/ou d'adultes de confiance durant l'occurrence de l'évènement traumatique et le cas échéant, leurs réactions adaptées ou inadéquates. Lorsqu'un adulte est présent aux côtés de l'enfant au moment de l'évènement, il arrive qu'il puisse le protéger physiquement du danger ou lui épargner la vision de scènes atroces en l'écartant du théâtre du drame. Il peut aussi lui apporter un soutien émotionnel immédiat en le rassurant, le calmant, le consolant et en lui expliquant la situation. Confronté seul à l'évènement, la jeune victime ne bénéficie pas de ces protections physiques et/ou psychologiques (*Josse E. 2011, pp 42-44*).

6.2. Les variables liées à l'enfant

La manière dont l'enfant va réagir à un événement délétère est fonction de son âge et de son développement, de sa personnalité, de ses antécédents et de facteurs de vulnérabilité qui lui sont propres.

6.2.1. L'âge de l'enfant et son stade de développement

Les réactions des jeunes victimes face à un événement traumatisant diffèrent selon leur maturité émotionnelle et cognitive, en effet l'âge et le développement de l'enfant conditionnent la perception, la compréhension et le souvenir qu'il se forge des événements. Toutefois, les enfants de tout âge sont susceptibles de présenter des troubles post-traumatiques et des altérations de la personnalité. Des incidents répétés vécus à un âge précoce (traumatismes complexes de type III tels que les maltraitances physiques, sexuelles, les négligences graves...) entraînent un risque plus élevé de développer un traumatisme complexe que qu'ils sont plus tardifs. Il est important de supposer que la précocité des violences, surtout si elles sont répétées, interfère avec la formation des mécanismes de défense psychique élaborés, l'établissement d'une relation signifiante avec un adulte signifiant, l'acquisition d'une fonction réflexive adéquate, l'apprentissage du contrôle et de la régulation des affects, etc. Les enfants violentés plus tardivement pourraient quant à eux recourir à ces mécanismes adaptatifs pour moduler leur souffrance. (*Josse E. 2011, pp 46-49*).

6.2.2. La personnalité, le sexe de l'enfant, ainsi que les facteurs de vulnérabilité propres à l'enfant et à ses antécédents :

Plusieurs caractéristiques propres à l'enfant peuvent augmenter sa vulnérabilité à développer et à maintenir des symptômes post-traumatiques. La présence de traumatismes antérieurs ou de troubles psychiatriques prémorbides en sont des exemples (*Perrin et al. 2004*). Certaines études ont également démontré que le sexe de l'enfant représenterait un facteur non négligeable, face à un même événement traumatique, les filles seraient généralement plus à risque que les garçons de développer un trouble post-traumatique, car elles ont tendance à utiliser des stratégies d'adaptation moins efficaces telles que l'évitement, la pensée magique et le retrait social (*Berthiaume C. 2007, p16*). Cette caractéristique possède une forte composante génétique. Une émotionnalité élevée et les scores bas de la sociabilité favoriseraient l'émergence de désordre anxieux et dépressif. Cette vulnérabilité pourrait toutefois être modulée par des variables telles que l'estime de soi, le support social et le contexte environnemental. Les antécédents de l'enfant (personnalité prés-morbide, psychopathologie avérée) peuvent également infléchir ses réactions et contribuer à la sévérité du tableau psychotraumatiques (*Josse E. 2011, p 49*).

Les réactions cognitives, émotionnelles et comportementales de l'enfant durant et suite à l'événement traumatique représentent d'autres variables décisives dans le développement et le maintien du TSPT. Stallard (2003) suggère que la perception de menace personnelle et la présence de dissociation lors du trauma seraient des facteurs prédisposant. D'autres chercheurs proposent que les interprétations erronées que fait l'enfant suite à l'incident constituent un meilleur prédicteur que l'exposition au trauma en tant que tel. Ainsi, lorsque l'enfant fait plus d'attributions internes quant aux causes de l'événement et qu'il présente plus de biais d'attention sélective face aux informations de menace, il devient plus à risque de développer un TSPT et des symptômes dépressifs (*Berthiaume C. 2007, p17*).

D'un autre côté, certaines caractéristiques individuelles s'avèrent favorables au maintien et à la restauration de l'équilibre psychique. Elles constituent des ressources internes favorisant la résilience. Citons entre autres :

- **Les mécanismes de défense** : avoir la capacité d'utiliser de façon adéquate les mécanismes de défenses tel que le clivage, l'intellectualisation, l'humour, la sublimation, l'altruisme, l'activisme, etc.

- **Les compétences émotionnelles** : être capable de réguler ses affects (en particulier la peur, la colère, le rejet, etc.)
- **Les compétences sociales** : être doté d'une personnalité sociable, tournée vers autrui, empathique, douée de capacité réflexive, habile à établir des relations sociales durables de bonne qualité, capable de solliciter du soutien, et d'accepter de l'aide, investie dans des activités diverses, etc.
- **La relation à soi** : pouvoir agir avec indépendance, être pourvu d'un profond sentiment de d'identité personnelle, se reconnaître des expériences de réussite, etc.
- **L'habilité à résoudre des problèmes** : pouvoir faire preuve d'abstraction, d'analyse et d'introspection, être pragmatique, être flexible dans la façon de penser, être capable de relativiser, être à même de trouver des solutions alternatives, etc.
- **La capacité à formuler des projets de vie et la détermination à les atteindre** : être à même d'identifier ses besoins et ses attentes, pouvoir se projeter dans l'avenir et d'anticiper, se fixer des buts, avoir la volonté et la force de fournir les efforts nécessaires pour les atteindre, être persévérant, etc. (*Josse E. 2011, pp 46-49*).

6.3. Les variables liées à l'environnement social

Les derniers facteurs associés au risque de présenter un TSPT ont trait à l'environnement de l'enfant. La présence de conflits familiaux ainsi que le manque de soutien social et de cohésion familiale sont fortement associés au développement et au maintien du trouble. La réaction parentale face à l'événement traumatique joue notamment un rôle primordial, surtout chez les enfants les plus jeunes. Lorsque les parents semblent en contrôle, l'enfant aurait plus de facilité à utiliser des stratégies d'adaptation efficaces et serait donc moins anxieux. Ainsi, l'habileté du parent à contenir et à gérer sa propre anxiété constitue un facteur majeur dans l'influence de la réponse de l'enfant. De plus, un parent qui encourage les comportements d'évitement de l'enfant ou qui hésite lui-même à parler de l'incident traumatique pourrait contribuer au maintien des symptômes. De même, un parent qui adopte des comportements rigides et coercitifs a moins tendance à encourager le sentiment de compétence de l'enfant à gérer ses propres symptômes. Finalement, un parent qui présente lui-même un TSPT ou un autre trouble psychiatrique est plus à risque de voir son enfant

développer des réactions psychologiques persistantes (*Berthiaume C. 2007, p18*).

7- Prise en charge :

La prise en charge psychologique des sujets traumatisés se démarque des autres prises en charge et psychothérapies traditionnelles. La victime traumatisée ne se considère pas comme un malade mental et répugne à consulter le psychiatre ou le psychologue. D'ailleurs, dans la phase immédiate qui suit l'événement ou l'agression, cette victime choquée n'est pas en état de formuler une demande, et l'intervenant – psychiatre ou psychologue clinicien – doit aller au-devant de la demande. Il en est souvent de même lors de la période post-immédiate pendant laquelle la victime espère que ses symptômes et malaises vont s'estomper avec le temps. D'où l'intérêt qu'il y a à offrir une aide ou des soins psychologiques: débriefing ou intervention psychothérapique post-immédiate. Ensuite, pour les tableaux cliniques de la période différée et chronique, il faut savoir que les méthodes et techniques thérapeutiques appropriées à la prise en charge de telles pathologies se démarquent de la psychiatrie traditionnelle, et qu'une nécessaire écoute empathique et contendante doit prendre le pas sur la traditionnelle attitude de neutralité bienveillante, qui, ne répondant pas aux besoins du patient, serait vécue par le patient comme une indifférence ou un rejet. La verbalisation de l'expérience vécue du trauma est la clé de la thérapie, apportant l'attribution du sens de cette expérience « insensée » et procurant la catharsis ou soulagement éclairé (*Crocq L. et al. 2014, p 129*).

En ce qui concerne le traitement d'un Etat de stress post traumatique chez les enfants de nombreux auteurs soulignent le peu d'étude de qualité ayant été conduites sur l'évaluation du traitement d'un ESPT qui sont moins fréquentes que celles conduites chez les adultes souffrant de ce trouble ou que celles concernant d'autres troubles d'enfance. Un aspect encore très débattu est l'attitude thérapeutique à adopter dans les suites immédiates, ou rapprochés d'un traumatisme. Ainsi comme le souligne Cohen (2003) l'impact thérapeutique bénéfique que pourrait avoir des interventions précoces chez les enfants traumatisés de façon aigue est encore mal connu. Le traitement psychothérapeutique reste central et devrait idéalement être pratiqué par un psychothérapeute habitué à ce genre de problématique. Il a bien été prouvé que le traitement spécifique du trauma conduit à une grande amélioration en comparaison en l'absence de traitement, ou du simple soutien que peut apporter

l'entourage du patient. En deçà de toute technique psychothérapeutique, il convient d'accorder une importance à la manière de mener « une simple » discussion et d'échange avec l'enfant ou l'adolescent à propos de l'évènement traumatique, ce qui peut en soi réduire considérablement son angoisse. Dans le cas où l'enfant aurait trop de gêne, ou serait trop défendu contre des échanges verbalisés, il convient davantage d'avoir recours à des thérapies utilisant des médiations comme le dessin ou les jeux (*Kédia M. et Sabouraud-Seguin et al. 2013, p 52*).

Le traitement le plus établi et le plus évalué reste la TCC centrée sur le traumatisme, qui comprend une dimension de psycho-éducation et de collaboration entre le praticien et le patient sur l'étiologie, les symptômes habituels, leur évolution probable attendue. Des techniques de coping ou de relaxation sont souvent associées afin de diminuer l'anxiété pendant les séances. En général, les modalités convenues pour les enfants de plus de 7ans, sont de huit à douze séances, à raison d'une par semaine, et d'une durées pouvant aller jusqu'à 90 minutes, lorsque l'ESPT fait suite à un évènement unique, le traitement devrait au mieux-être régulier, continu et assumé par une même personne. Il convient surtout que les modalités précises des TCC soient adaptées à l'âge, aux circonstances de l'évènement et au niveau de développement du jeune patient (*Kédia M. et Sabouraud-Seguin et al. 2013, p 53*).

Donc selon leur consensus, c'est la TCC qui possède les appuis empiriques les plus nombreux et qui cible le plus précisément l'ensemble des symptômes (physiologiques, cognitifs et comportementaux). Les experts recommandent donc de privilégier l'utilisation de la TCC en premier lieu, avant d'introduire une médication ou une autre forme d'intervention (*Berthiaume C. 2007, p19*).

Conclusion du chapitre:

Pour conclure ce chapitre, on doit préciser qu'en l'absence d'une thérapie appropriée et efficace, les effets à long terme d'un évènement traumatique peuvent être sévères, et par ailleurs, l'existence d'un état de stress traumatique chez l'enfant peut être responsable de troubles développementaux, tels que des difficultés d'attachement, des compétences sociales ou encore, de la régulation des affects.

Partie pratique

Chapitre 3 :
Méthodologie de la
recherche

Préambule :

Dans ce présent chapitre nous avons tenté de présenter la méthode avec laquelle ce thème de recherche a été approché, ainsi que les outils qu'on a utilisés pour ceci, on a aussi essayé de donner les critères de sélection de notre population d'étude, comme nous avons énuméré quelques-unes des difficultés rencontrées en effectuant cette recherche.

1. La démarche de la recherche et la population d'étude**1.1. La démarche de la recherche**

1.1.1. La pré-enquête : Elle est considérée comme étant une étape capitale de la recherche, durant cette dernière, le chercheur tente de se familiariser avec son sujet et avec le terrain afin d'élaborer son guide d'entretien et de formuler ses hypothèses de recherche, elle permet aussi de recueillir des idées et des informations concernant le thème de recherche, d'avoir des renseignements sur le terrain, concernant la population visée. Elle permet aussi de cerner le thème de recherche et de vérifier sa faisabilité (*Cario R. 2000, p 113*).

Dans le but de vérifier la faisabilité de cette thématique ayant trait aux enfants abusés sexuellement, étant donné son aspect tabou et complexe, la première étape étant de palper le terrain avant de prendre la décision finale, en se dirigeant vers le service médecine légale du Centre hospitalo-universitaire de Bejaia, où on a discuté avec un médecin légiste qui nous a confirmé qu'ils reçoivent constamment des enfants victimes d'abus sexuel qui viennent pour examen médico-légal, et qu'ils bénéficiaient d'une prise en charge psychologique par la psychologue du service, on a demandé à voir la psychologue qui a confirmé en indiquant qu'effectivement elle prenait en charge ces enfants-là, et qu'elle a reçu plusieurs cas durant la période estivale, mais qu'elle a réorienté la plupart d'entre eux puisqu'ils venaient de loin. On a ensuite demandé à voir le médecin chef du service, afin de lui demander s'il ne voyait pas d'inconvénient à ce qu'on effectue notre stage à leurs niveau, et il a répondu favorablement, mais nous a posé une condition qui était celle de nous occuper juste de notre population d'étude, et donc de ne pas nous immiscer dans les autres cas reçus au service.

On ne s'est pas contentée de nous rapprocher du service médecine légale pour chercher notre population d'étude, mais aussi vers d'autres lieux qui nous ont été conseillé soit par des enseignants ou des psychologues praticiens, tel que

les centres de protections des mineurs, les EPSP, les cabinets de psychologues privés, la pouponnière, les associations pour enfants.. etc. et cela pas seulement durant notre pré-enquête mais tout au long de notre recherche, vu la rareté de notre population d'étude. Mais la réponse était toujours négative, soit parce qu'il n'y avait pas de cas d'enfants victimes d'abus sexuel, soit comme c'était le cas pour les psychologues privés ou ceux travaillant dans des EPSP par le fait de ne pas vouloir trahir la confiance des patients et de leurs parents qui veulent garder le secret.

On s'est aussi mis dès le début à effectuer une recherche bibliographique, que ça soit au sein de la bibliothèque de notre université, sur internet ou en sollicitant des enseignants de notre université ou d'ailleurs, afin d'avoir un certain bagage théorique qui va nous permettre de désigner notre variable dépendante et d'élaborer notre question de recherche, et plus tard nos chapitres théoriques, on a constaté à partir de nos lectures qu'il y avait un lien entre le traumatisme psychique et l'abus sexuel, on a donc préparé un certain nombre de questions concernant la tranche d'âge chez ses enfants, ainsi que les manifestations que présentaient ceux-ci, et on est retourné voir la psychologue du service pour lui poser ces questions, elle nous avait informé que la plupart des enfants étaient âgés entre 7 et 11 ans, et que les manifestations étaient variées.

On a donc essayé d'élaborer notre guide d'entretien à partir de nos lectures, et des quelques informations qu'on a eu par la psychologue, et pendant les vacances d'hiver on est retournée au service avec notre lettre d'envoi en stage, qui a accusé un retard, faute d'une erreur administrative lors de la rédaction de celle-ci, en plus de ça, il a fallu qu'on aille trois fois avant de trouver le médecin chef du service et avoir sa signature, et il fallait aussi prendre la lettre au niveau de la direction des activités médicales et paramédicales qui se trouvait au 2ème pole du CHU (hôpital Khelil Amrane), afin d'avoir une affectation de stage, avec laquelle nous pourrions commencer celui-ci, ce qui allait prendre beaucoup de temps, et puisque la psychologue nous avait dit qu'actuellement elle prenait en charge un seul enfant victime d'abus sexuel, et qu'ils n'ont reçu aucun nouveau cas depuis la période estivale, nous avons redouté le fait de ne pas trouver le nombre de cas nécessaire pour effectuer notre recherche, ce qui nous a poussé à demander au médecin chef s'il voulait bien accepter qu'on commence à travailler avec l'enfant qui avait son RDV l'après midi-même, en lui expliquant la situation, chose qu'il a accepté avec compréhension et

gentillesse, on a aussi demandé à ce que notre période de stage soit la plus longue possible, (plus de 4mois) afin qu'on puisse avoir le maximum de cas possible, ce qui nous a été accordé sans aucun souci.

1.1.2. La démarche clinique

C'est une démarche qui vise à envisager la conduite dans sa perspective propre, relever aussi fidèlement que possible les manières d'être et de réagir d'un être et de réagir d'un être humain concret et complet pris dans une situation, cherche à en établir le sens, la structure et la genèse, déceler les conflits qui la motive et les démarchent qui tentent à résoudre ces conflits (*Capdeville V. 2004, p 10*).

La nature de notre recherche implique la méthode clinique descriptive dont l'étude de cas qui en fait partie.

1.1.3. La méthode descriptive

Les recherches en psychologie clinique font principalement appel aux méthodes descriptives (étude de cas, observation systématique ou naturaliste, méthode corrélationnelle, méthode développementale, enquête). Elles interviennent en milieu naturel et tentent de donner à travers cette approche une image précise d'un phénomène ou d'une situation particulière. L'objet de cette approche n'est pas d'établir des relations de cause à effet comme c'est le cas dans la démarche expérimentale mais plutôt d'identifier les composantes d'une situation donnée et parfois, de décrire la relation qui existe entre ces composantes (*Chahraoui K. et Benony H. 2003, p 125*).

- **L'étude de cas :**

L'étude de cas fait partie de la méthode descriptive, elle consiste à une observation approfondie de l'individu ou d'un groupe d'individus. Par l'étude de cas le clinicien tente de décrire le plus précisément possible le problème actuel d'un sujet en tenant compte de ses différentes circonstances actuelles et celles du passé (histoire du sujet, organisation de la personnalité, relation avec autrui etc.). Pour cela il rassemble un grand nombre de données issues des entretiens avec le sujet, afin de comprendre au mieux le sujet de manière globale en référence à lui-même, à son histoire et à son contexte de vie (*Chahraoui K. et Benony H. 2003, p 129*).

En effet dans le cas de la présente recherche, on a tenté, en utilisant la méthode descriptive et plus précisément l'étude de cas, d'approcher de plus près l'enfant, afin de déceler les comportements qui ont suivi l'abus sexuel, tout en les comparant à ceux présents avant cet événement traumatique.

1.2. Présentation du cadre de la recherche

1.2.1. Présentation du lieu de la recherche

Notre recherche a été effectuée au sein du service médecine légale du centre hospitalo-universitaire de la wilaya de Bejaia, qui se situe à l'hôpital Frantz fanon, le personnel est composé d'un médecin chef du service, de deux maîtres assistants, d'un praticien principal (assistant), d'un psychologue, un infirmier, un secrétaire et de deux agents de service. Le service comprend 2 bureaux pour les consultations médicales et psychologiques, un bureau d'infirmiers. Un sous-sol où on retrouve le bureau du médecin-chef ainsi que celui du secrétaire, une salle d'attente, une salle d'autopsie ainsi qu'une morgue.

1.2.2. Le groupe de recherche :

- **L'âge :** on a opté pour la tranche d'âge 6 à 12 ans, puisque d'après la pré-enquête, ce sont les enfants de cet âge qui sont plus susceptibles d'être victimes d'un abus sexuel, en plus du fait que ça concerne une phase de développement bien définie qui est celle de la phase de latence où les réactions face à événement traumatique en général et à un abus sexuel plus précisément sont communes d'après la théorie, ce qui va nous faciliter l'analyse.
- **Le sexe :** on n'a pas voulu limiter notre population d'étude à un sexe bien défini, mais fortuitement, les cas qu'on a rencontrés au cours de notre recherche étaient tous de sexe masculin.
- **La nature de l'abus sexuel :** l'abus sexuel peut être intra ou extra-familial, il peut aussi être unique ou multiples, et peut prendre différentes formes, mais dans le cadre de notre étude, on n'a pas tenu compte de toutes ces spécificités afin d'enrichir notre recherche, mais tous les cas qu'on a pu avoir, sont victimes d'agression sexuelle extra-familiale, avec acte de sodomie.
- **Présence d'une éventuelle pathologie préexistante chez l'enfant :** on n'a pas éliminé de notre population d'étude les enfants qui souffraient d'une quelconque pathologie ou de troubles de comportements avant l'abus sexuel, mais on a plutôt essayé de faire une sorte de diagnostic différentiel, en mettant

en évidence les comportements problématiques de l'enfant et de les différencier de ceux apparus après l'abus.

On tient à préciser qu'afin de respecter la vie privée des victimes et tenant compte des règles de la déontologie, on a dû changer les prénoms des enfants et garder l'anonymat.

1.2.3. Les techniques de recherche :

Afin de pouvoir répondre à notre problématique de recherche, il nous a semblé nécessaire d'utiliser comme outils l'entretien semi-directif, afin d'avoir le maximum d'informations tout en laissant la liberté d'expression à notre interlocuteur. Et puisque les capacités de communications ne sont pas très développées chez l'enfant, surtout lorsqu'il s'agit de ses ressentis, et aussi sa timidité et sa gêne face à des personnes étrangères, en plus de la sensibilité du sujet, nous avons opté pour l'utilisation d'un médiateur, et on a choisi celui du dessin libre.

On aurait aussi aimé utiliser une échelle pour mesurer le traumatisme chez ces enfants, mais malgré les efforts fournis par moi et mon encadreur, nous n'avons pas pu trouver une échelle francophone ou arabophone destinée à l'enfant mesurant cette variable, vu leur rareté, Olliac (2012) nous parle bien de difficultés d'évaluation du traumatisme chez l'enfant vue l'existence de très peu d'échelles francophones validées chez l'enfant (*Olliac B. 2012, p 312*).

On a aussi pu accéder à tous les dossiers de violences sexuelles de toute l'année 2016, qui se trouvaient au service, afin d'effectuer une étude épidémiologique, ainsi qu'à ceux de nos cas, dans le but de s'avoir ce qu'a révélé l'examen médico-légal.

• L'entretien semi-directif :

Dans ce type d'entretien, le clinicien dispose d'un guide d'entretien ; il a en tête quelques questions qui correspondent à des thèmes sur lesquels il se propose de mener son investigation. Ces questions ne sont pas posées de manière hiérarchisée ni ordonnée, mais au moment opportun de l'entretien clinique, à la fin d'une association du sujet par exemple. De même dans ce type d'entretien, le clinicien pose une question puis s'efface pour laisser parler le sujet ; ce qui est proposé est avant tout une trame à partir de laquelle le sujet va pouvoir dérouler son discours. L'aspect spontané des associations du sujet est moins présent dans ce type d'entretien dans la mesure où c'est le clinicien qui

cadre le discours, mais ce dernier adopte tout de même une attitude non directive : il n'interrompt pas le sujet le laisse associer librement mais seulement sur le thème proposé (Chahraoui K. et Benony H. 2013, p16). Il sait où il veut amener son interlocuteur, quelles thématiques il veut lui faire aborder. L'idée est déjà en tête face à son interlocuteur, les notions importantes qui l'ont conduit à décider de cet entretien, ou au moins les modalités de celui-ci, et dont l'abord constitue un objet majeur de l'entretien (Mareau, 2011, p 45).

L'entretien avec l'enfant :

La conduite d'entretien avec un enfant et sa famille est particulièrement difficile et nécessite une longue expérience pratique. Une connaissance approfondie du normal et du pathologique chez l'enfant est impérative, ainsi qu'une expérience solide dans la manière de communiquer avec l'enfant. Celle-ci diffère de celle communément utilisée avec l'adulte dans laquelle le langage direct est le mode d'échange prioritaire. Avec l'enfant l'introduction d'objets médiateurs est nécessaire : il s'agit essentiellement du jeu, du dessin, du scénario psychodramatique, mais parfois aussi de l'échange strictement verbal. Plus l'enfant est jeune, plus le clinicien doit user d'objets intermédiaires. Il y a lieu aussi à s'adresser à l'enfant avec des mots simples, souvent répétés, et de son niveau d'âge (Chahraoui K. et Benony H. 2013, p 87).

Présentation des axes et des guides d'entretien

Afin de réunir un maximum d'information sur l'enfant que ça soit avant l'événement de l'abus sexuel, juste après l'abus sexuel, la période qui a suivi cet abus, et le moment de l'examen médico-légale, ainsi que sur l'auteur de cet acte et les circonstances dans lesquels il s'est produit, on a dû faire un entretien avec l'enfant lui-même, le parent accompagnant celui-ci, ainsi que la psychologue du service qui assiste aussi à l'examen somatique, on a donc construit 3 guides d'entretiens, un avec l'enfant, un deuxième avec le parent accompagnant l'enfant et un troisième avec la psychologue, on a utilisé ce troisième surtout pour les enfants qu'on a pas vue dès le début de leurs prises en charge.

Pour le guide d'entretien avec l'enfant, en plus des renseignements personnels qui sont le prénom de l'enfant, son âge son sexe, le nombre de la fratrie, la position dans celle-ci ainsi que le niveau scolaire, on a mis 3 axes qui sont :

Axe I : L'impact de l'abus sexuel sur la sociabilité, les centres d'intérêts, ainsi que les facultés de concentration et de mémorisation de l'enfant.

Axe II : renseignements concernant l'abus et ses conséquences émotionnelles sur l'enfant.

Axe III : la qualité du sommeil et l'alimentation de l'enfant après l'abus sexuel.

Le guide d'entretien avec le parent accompagnant l'enfant comprends aussi 3 axes en plus de l'identification on a :

Axe I : renseignement concernant l'abus sexuel.

Axe II : comportements de l'enfant avant l'abus.

Axe III : comportements de l'enfant après l'abus.

Le guide d'entretien avec la psychologue contient 2 axes qui sont :

Axe I : informations concernant le premier contact avec l'enfant.

Axe II : informations concernant le suivi psychologique de l'enfant.

- **le dessin-médiateur :**

Le dessin comme le jeu, est chez l'enfant un équivalent d'association libre de l'adulte, il est aussi un équivalent du rêve, sa lecture se fait au niveau manifeste et aussi latent, on peut retrouver dans le processus créatif du dessin la même organisation ludique avec les objets internes. Le dessin intervient alors comme retour à un travail psychique, passage du moi corporel au moi psychique, un passage, un travail de médiation entre l'enfant et le soignant, avec une réappropriation de l'histoire, une remise en mouvement de la narrativité. L'enfant dessine en présence d'un adulte, ce qui n'est pas très habituel pour lui. C'est donc un « jeu » entre l'enfant et l'adulte, entre la trace de l'enfant, la rêverie et éventuellement les associations du consultant, ses hypothèses, les mots de de l'enfant, les compléments graphiques apportés (*Marcilhacy C. 2011, p 81*).

L'étude psychologique du dessin :

Plusieurs auteurs ont abordé le dessin libre, donc plusieurs constructions théoriques et réflexions existent sur la façon de concevoir et d'interpréter cet acte, Georges Cognet a abordé quelques références tel que :

- **Georges-Henri Luquet (1927)** : les formes du réalisme : pour lui le dessin de l'enfant a pour rôle essentiel de représenter quelque chose, que les enfants ont rarement recours à l'abstraction dans leur production, il pense aussi que les dessins « abstraits », faits de remplissages, de coloriage, d'entrecroisement de lignes renvoient le plus souvent à une certaine restriction de l'élaboration psychique. La non-figuration ayant valeur de mécanisme défensif de type évitement (*Cognet G. 2013, p15*).

- **Sophie Morgenstern (1937)** : les dessins inspirés par l'inconscient : Sophie a recourue au dessin de façon fortuite et a réussi à faire sortir un enfant de 9ans de son mutisme, en communiquant avec lui à travers des dessins, et à partir de ce cas princeps elle appliqua sa méthode des « confidences par des dessins » à plusieurs autres cas dont on peut tirer des enseignements de portée plus générale.

- Souvent, ce ne sont pas les plus beaux dessins qui sont les plus intéressants pour le clinicien. En effet, certains dessins peuvent présenter « une valeur picturale médiocre », mais avoir une valeur symbolique et clinique élevée particulièrement lorsqu'ils « tachent en même temps de cacher d'exprimer les problèmes qui agitent l'âme infantile en peine ».
- L'enfant expose dans ses dessins ses préoccupations, ses angoisses de façon symbolique.
- Comme dans le rêve, le conte ou le dessin, le climat affectif détermine le caractère de la production onirique, littéraire ou graphique : atmosphères glaciales, tristes, gaies, punitives, angoissantes, etc. Sophie porte aussi une attention toute particulière à l'expression des personnages figurés : visage bizarre, regard chargé de reproches, yeux détournés, sensualité, effroi. Autant d'éléments d'ambiance et d'expression qui « indique la profondeur du conflit, la gravité de la névrose » (*Cognet G. 2013, pp 19-21*).

- **Françoise Dolto (1948)** : le dessin comme un rébus symbolique : Françoise Dolto a été initiée à la psychanalyse des enfants à l'aide du dessin libre par Sophie Morgenstern, pour elle le dessin libre est une expression, une manifestation de la vie profonde. A travers le graphisme le sujet exprime aussi ses difficultés, ses troubles nous apparaissent non voilés, le dessin nous livre en effet l'inconscient du sujet et nous relève ainsi son « climat psychologique », il représente donc pour nous un instantané de l'état affectif, elle explique tout de même que parfois la compréhension du sens, partiellement ou totalement,

échappe au clinicien, que le dessin ne permet pas, à tout coups, de connaître profondément la vie psychique du sujet. Elle précise aussi que tout dessin libre, surtout s'il est rapidement tracé, est imprégné des circonstances actuelles de la vie de l'enfant et que toujours il est nécessaire, à l'issue de la séquence de dessin, d'amener l'enfant à le reconsidérer dans une « étude clinique ». Dolto invite le clinicien à examiner certains aspects plus précis, plus techniques du dessin qu'elle relie à des interprétations, ce concerne : la composition, le thème ainsi que le graphisme et les couleurs (Cognet G. 2013, pp 22-24).

- **Daniel Widlocher (1965)** : tracer un portrait psychologique : son intérêt ne porte pas sur l'œuvre, mais plutôt sur l'acte créateur, car « le dessin d'enfant à une faible valeur, mais plutôt sur l'acte créateur, car « le dessin d'enfant à une faible valeur de communication personnelle. Par ce témoignage l'enfant révèle non seulement certaines aptitudes pratiques (habileté manuelle, qualité perceptive, bonne orientation dans l'espace), mais surtout des traits de personnalité. » il met en évidence la valeur expressive du dessin qui selon lui dépend du geste graphique ainsi que sur l'utilisation de l'espace, ainsi qu'aux valeurs expressives de la couleur, et aussi à la valeur projective où il explique que le dessin ne possède pas de code de décryptage, que l'accès à ce registre de signification nécessite d'obtenir de l'enfant des associations de pensées, des répétitions de dessins. Il pense aussi que l'interprétation du dessin c'est aussi faire part entre ce qui révèle du développement psychomoteur, de la maturation neurophysiologique et ce qui est relié à la singularité du fonctionnement psychoaffectif du sujet. Il met aussi en évidence la valeur narrative, qui selon lui fait référence à l'actualité au monde extérieur, mais peut-être surtout au monde imaginaire de l'enfant (Cognet G. 2013, p 24).

La consigne :

Evoquant la notion de dessin libre, c'est-à-dire une production sans consigne initiale, que l'enfant semble mener à sa guise, mais le clinicien dans le cadre de l'examen psychologique invite l'enfant à dessiner, la liberté alors réside dans le choix des thèmes, des couleurs, des procédés. Il s'agit d'une liberté toute relative qui se définit en creux par l'absence de consigne précise, de contraintes trop fortes et non pas forcément, par l'expression créatrice faite de spontanéité, d'autonomie et d'originalité (Cognet G. 2013, p 14).

La consigne se confond avec la demande qui peut être : « veux-tu faire un dessin ? Le matériel est là, juste devant toi » (Cognet G. 2013, p 68).

Dans le cadre de notre recherche, on a invité les enfants à dessiner en leur disant : « *veux-tu dessiner ?* », la consigne a été donnée en kabyle et arabe, selon la langue maternelle de l'enfant.

Le matériel : le matériel consiste en une feuille blanche, des crayons de couleur, ainsi qu'une gomme.

Un cadre pour l'analyse du dessin :

- **La prise de note :** la prise de note dans cette pratique s'apparente à celle qui accompagne la passation d'épreuves projectives, tel que le Rorschach et le TAT, on doit noter le maximum de choses sans pour autant que ça pèse sur l'enfant. La prise de note doit être une attention soutenue, mais confortable pour l'enfant.

- **Une première catégorie de note :** les notes gagnent à être classées en deux catégories que nous présentons en 2 colonnes : la gauche pour décrire au plus près les mouvements faits pour dessiner, exemples : choix de la main, de l'espace, de la manière.. on note ce que l'on peut objectivement. Et la droite pour se laisser la liberté de faire des hypothèses, exemple : sur l'humeur de l'enfant durant le processus. L'interprétation si ne l'on peut s'en priver, devra ensuite être démontré, elle devrait être à l'image de la critique de nos attitudes.

- **Le regroupement des parties :** l'analyse proprement dite, après la relecture des notes, consistera à regrouper les divers moments du dessin en des ensembles cohérents du point de vue de la démarche de l'enfant.

- **La synthèse :** chaque partie est décrite, et comprise pour elle-même, d'abord en restant au plus près de la réalité du processus, puis, secondairement, en prêtant du sens à celui-ci, posé sur la base du dessin réel.

- **La conclusion :** la dernière marche est un essai de regroupement qui rend compte de la principale ligne de lecture identifiée dans le dessin d'enfant. Elle peut selon le cas et selon les connaissances du rédacteur, être lue à la lumière de la psychopathologie de l'enfant, quand celle-ci prend en compte la totalité du fonctionnement mental de l'enfant, et quand elle a une valeur explicative supplémentaire sur les faits observés (*Jumel B. 2011, pp 58-62*).

Cognet (2013) quant à lui nous résume des étapes pour l'analyse du dessin :

- la consigne.
- le mode de participation de l'enfant.

- première impression d'ensemble du dessin.
- L'analyse des procédés d'élaboration du dessin.

Pour l'interprétation des dessins de nos cas, nous nous sommes inspirés principalement de deux références, celle de Bernard Jumel (2011), et celle de Georges Cagnet (2011).

2. Les difficultés rencontrées au cours de la recherche:

Dès le début de la recherche nous avons rencontré plusieurs difficultés qu'on résume en quelques points :

- La difficulté d'aborder le thème lui-même qui est considéré comme tabou surtout au sein d'une société conservatrice qui est la nôtre.
- Le manque de références que ça soit en ce qui concerne l'abus sexuel ou le traumatisme chez l'enfant.
- La période consacrée à la recherche qui a été très insuffisante pour effectuer un bon travail.
- Le manque de cas, même au sein du service médecine légale, surtout au début de notre stage pratique, nous a mis dans une situation de doute, entre changer ou continuer dans le même thème, et a fait ralentir notre recherche.
- Le manque de rigueur chez la plus part des cas, qui ne reviennent pas à leurs RDV, ce qui nous a pas permis d'avoir assez de temps pour gagner la confiance de l'enfant, et même celle des parents, et aussi de faire une bonne collecte de données ainsi qu'une bonne analyse.
- La difficulté de faire un entretien avec l'enfant, surtout en abordant l'évènement traumatogène et ses conséquences sur lui, soit par la gêne de l'enfant face à une personne étrangère, ou à cause de l'évitement qui est l'une des conséquences du traumatisme.
- L'absence de formation dans l'interprétation du dessin libre, et le manque de temps, nous nous a pas permis de lire et de consulter assez de références, ce qui s'est répercuté négativement sur l'interprétation.
- La sensibilité du thème et la cruauté des abus portés aux enfants qu'on a rencontrés, nous a affecté personnellement, et nous a mis dans des situations de

choc et d'inhibition, ce qui a augmenté la difficulté de mener notre travail à terme.

- Notre manque d'expérience dans la clinique et la recherche, a rendu la recherche difficile à effectuer.

Conclusion du chapitre :

L'entretien clinique reste un outils qui permet d'avoir une bonne quantité d'informations, surtout l'entretien semi-directif qui laisse une certaine liberté au sujet à s'exprimer, ainsi que le dessin qui reste un moyen de communication pour l'enfant qui n'a pas encore toutes ces capacités langagières, et qui a du mal à s'exprimer, surtout quand il s'agit d'un évènement traumatogène, mais on juge que ça reste très insuffisant, surtout pour un chercheur qui manque d'expérience, une échelle pour mesurer le trauma aurait très bénéfique pour notre recherche.

Chapitre 4 :
Présentation, analyse
et discussion des
hypothèses

Chapitre 4 Présentation, analyse et discussion des hypothèses

Préambule :

Tout au long de ce chapitre, nous allons présenter les données et l'analyse des entretiens effectués avec les enfants, les parents les accompagnants, ainsi que la psychologue du service. Nous allons aussi essayer d'analyser et d'interpréter les dessins des enfants, pour arriver en dernier lieu à la discussion de nos hypothèses, et répondre ainsi à notre question de recherche.

1. Présentation et analyse des résultats

1.1. Présentation et analyse des résultats du 1^{er} cas (Amine)

1.1.1 Analyse des entretiens

Amine est un enfant de 11 ans, troisième d'une fratrie composée de quatre enfants (2 filles et 2 garçons). Elève en 5^{ème} année primaire, orienté par réquisition de police au service médecine légale après dépôt de plainte faite par le père de l'enfant contre un adolescent de 16 ans pour agression sexuelle.

Amine a été examinée par le médecin légiste pour but d'expertise médico-légale, et l'examen somatique a démontré la présence de traces de violence en rapport avec un acte anal récent. (Information qu'on a eu en consultant le compte rendu médical fait par le médecin légiste). La psychologue a proposé de prendre en charge l'enfant, et le papa qui a accompagné l'enfant ce jour-là et à tous les RDV, semblait être intéressé par cette proposition, et ce d'après les propos de la psychologue. L'agression a eu lieu en octobre 2016, donc presque 3 mois avant le 1er entretien qu'on a effectué le 26 décembre 2016. La psychologue du service nous rapporte qu'au moment où l'enfant s'est présenté à l'examen somatique il a manifesté une réaction neurovégétative intense avec tremblements, sueurs et palpitations, et qu'elle a eu du mal à le calmer, mais qu'elle avait réussi en le rassurant et en lui expliquant en quoi consistait l'examen et quel était le but de celui-ci.

On s'est présenté au RDV qui nous a été communiqué par la psychologue, celle-ci a demandé le consentement auprès du père de l'enfant au moment même du RDV, sans notre présence, ce dernier a accepté sans hésitation. On est ensuite rentré au bureau, en présence de la psychologue, on s'est présenté et on a rassuré le père que l'étude sera anonyme, et que son nom ainsi que celui de son enfant ne seront en aucun cas divulgués, puis on a commencé l'entretien avec lui, celui-ci a été très coopératif et nous a très bien informé, surtout concernant l'événement et la symptomatologie de l'enfant après l'agression, vu que ce

Chapitre 4 Présentation, analyse et discussion des hypothèses

dernier a été très timide et résistant au cours de ce premier entretien, malgré nos efforts pour détendre l'atmosphère et sympathiser avec lui.

L'entrevue avec Amine s'est déroulée le jour même, après celle du père, mais sans la présence de celui-ci. La psychologue c'est chargée de nous présenter en disant qu'on était des psychologues comme elle, qu'on allait lui poser quelques questions pour savoir «s'il était intelligent », et qu'on allait faire de même avec d'autres enfants, et sélectionner le meilleure d'entre eux, ce qui a poussé l'enfant à croire qu'on allait évaluer sa scolarité. La preuve c'est que dès le début, en essayant de rentrer en contact avec lui, et de créer une atmosphère détendue, en lui demandant comment il passait ses vacances, (car c'était en période de vacances d'hiver), il nous a répondu de façon machinale qu'il les passait à étudier et à traiter des sujets d'examens. Et vu que les premières questions de notre entretien tournaient autour de l'école, l'enfant a idéalisé sa situation vis-à-vis de cela, en disant que tout allait très bien à l'école, qu'il n'y avait aucun souci, qu'il se concentrait et participait en classe, et quand on a essayé d'aborder l'agression avec lui, on a observé une grande gêne et résistance, ce qui nous a poussé à ne pas continuer l'entretien et à libérer l'enfant, après lui avoir demandé s'il voulait bien revenir au prochain RDV, et qu'il a répondu favorablement.

Le 2ème entretien s'est déroulé après une absence de l'enfant de plus d'un mois, où le père ne s'est ni présenté ni appelé le service pour justifier cette absence, ce qui a fait naître en nous un sentiment de culpabilité vis-à-vis de l'enfant, en se disant qu'on l'avait peut-être brusqué et remué ses blessures en évoquant l'événement, vu que 3 mois ce sont déjà écoulés depuis l'événement, Mais après son retour on a su que l'absence était due à des séances de rattrapages programmées par son école les mardi après-midi et qui coïncidaient avec les RDV.

Lors de ce deuxième entretien effectué avec l'enfant seul, on lui avait demandé s'il voulait bien dessiner, puisqu'au premier entretien ce dernier n'a pas vraiment verbalisé, on avait préféré utiliser le dessin comme médiateur, un moyen d'expression pour l'enfant, et comme on a observé que ce dernier après cet acte thérapeutique était plus à l'aise et tolérant, et qu'il y avait une certaine confiance qui s'est installé entre nous, on a essayé de lui reposer quelques questions sur ses comportements et ses ressentis actuels, ainsi que ceux du premier mois après l'abus, qu'on va aborder de façon progressive.

Chapitre 4 Présentation, analyse et discussion des hypothèses

Le père nous rapporte que le milieu familiale de Amine est assez stable, lui livreur de carburant, et la mère femme au foyer, leurs situation économique est moyenne. Le père nous dit : « *netaich normal kan, maandnach ou makhsnach, aken idekaren, netrebi derya negh, netaasathen g tervya nsen g lekraya nsen, d wayi d l'essenciel ghornegh* », « *on est une famille de classe moyenne, tranquille, je travaille pour subvenir aux besoins de mes enfants, et je fais de mon mieux avec leur mère pour leurs procurer une bonne éducation et un bon niveau scolaire* ».

Amine ne présente aucun antécédent ni sur le plan cognitif, comportemental et émotionnel, ni sur le plan somatique et n'a vécu aucun évènement particulier avant l'agression sexuelle, par rapport à cela le père nous dit : « *akvel masitro wanechtha, amine illa bien, am neta am lwachol n laamris, ouysaa ni lhlak ni kra, Ikraa, itawid des fois bien, des fois moyen, lmouadelis 7,8/10, ilaab dwaythmas, darawaw amoumis d khwalis, jamais isaa l probleme, ulac lhaja aka special i sitran negh i ytran gh kham, i3ach normal ami dasseni gachu iytaada fellas a9chich ni* », « *Amine n'a jamais eu de problèmes de santé jusque-là, et on a jamais remarqué chez lui des comportements étranges avant l'agression, à l'école il a toujours été entre moyen et bon, sa moyenne varie entre 7 et 8/10, il n'a jamais refait l'année, il n'y a rien de particulier que je puisse vous raconter concernant le vécu de mon fils, avant l'évènement il était un enfant comme tous ceux de son âge* ».

Donc pour Amine l'agression n'est pas considérée comme un stress supplémentaire, comme c'est le cas pour les enfants qui, avant l'agression, présentaient déjà des problèmes d'anxiété, de dépression ou un trouble du développement, ou qui ont vécu des expériences particulièrement stressantes (décès, conflits parental, séparation, placement, longue hospitalisation) et qui peuvent être en détresse psychologique au moment où survient l'agression. Ainsi leurs mécanismes d'adaptation sont souvent épuisés. L'agression sexuelle dans ce cas devient alors un stress supplémentaire pour un enfant déjà fragilisé par un cumul de stress antérieur (Sain-pierre F. et Viau.M-F. 2010, p49).

Amine a été agressé par un adolescent de 16 ans, vendeur dans un magasin qui se trouvait au voisinage du lieu de résidence de l'enfant, où il se rendait régulièrement, l'agresseur lui offrait très souvent des friandises gratuitement, mais n'a jamais tenté de le toucher ou de l'agresser d'après les propos de l'enfant « *akvel mayikhdem akeni ila itakyid toujours lhlawath batel marohegh ghores, ilgh thibighth, mais toura kerheghth mlih* », « *il me donnait souvent des*

Chapitre 4 Présentation, analyse et discussion des hypothèses

bonbons gratuitement à chaque fois que je me rendais chez lui, il était très gentil avec moi, je l'aimais bien, mais maintenant je le déteste».

On constate que l'agresseur a essayé de gagner la confiance de l'enfant plusieurs mois avant l'abus, en adoptant une stratégie de séduction.

Le jour de l'agression, Amine s'est rendu au magasin afin de faire une commission, c'était un vendredi, donc les lieux étaient déserts par rapport aux autres jours de la semaine, après que l'enfant soit rentré au magasin l'agresseur a fermé la porte à clé derrière lui et a abusé de lui par force, « *ichyaiyi khali gh thanout n wina, asseni d ljemaa, oulach oumadhed, mi kchmogh iblaad tawourth selmeftah, isersith sedaw l contoïr, oumaad ikhedmiyi akeni, itfyi bessif, oumbaad rwlghased, dmeghd lmftah ni ldigh tawourth rohegh , mirwlegh akeni inayid manighas i papa asikhdem akeni outma daghen* », « *quand je suis rentré au magasin il a fermé la porte à clé, il a mis la clé sous le comptoir, puis il a fait ce qu'il a fait , il me tenait par force, je ne pouvais pas me défaire, mais au bout d'un moment j'ai pu me libérer, j'ai pris les clés, j'ai ouvert la porte et je me suis enfuit, il me disait que si je racontais à mon père il ferait pareil avec ma sœur* ».

Le papa nous a raconté que l'enfant est rentré à la maison en pleurant, il disait avoir mal, mais ne voulait rien dire de ce qui s'était passé, suite à cela ils l'ont emmené à l'hôpital, et près l'avoir examiné, le médecin des urgences pédiatriques les a informé qu'il s'agissait d'une agression sexuelle, et a demandé au père d'essayer de le faire parler puisque jusque-là l'enfant n'avait encore rien révélé, chose que le père a tenté de faire sur chemin du retour, où l'enfant a enfin raconté ce qui lui est arrivé en sanglot. C'est suite à cela, que le père a déposé plainte contre l'adolescent.

Pour ce qui est du fait que l'enfant a omis de dévoiler ce qu'il lui est arrivé, Saint- Pierre et Viau nous disent que les enfants ont une multitude de raison d'hésiter de parler de l'agression et même de ne pas vouloir la dévoiler, que fondamentalement ils ont très peur de parler, par crainte de ne pas être cru, puisque ce qu'ils ont à dire est si invraisemblable et si choquant (*sain-pierre F. et Viau M-F. 2010, p122*). Dans notre cas, on peut supposer aussi que l'enfant n'a pas dévoilé par crainte que l'agresseur exécute sa menace.

Le père nous raconta qu'après l'agression Amine avait complètement changé : « *gmi isitra akeni, amine ikel dwayet, itkamay imanis kan, itroh laaklis, ikel itnirvi bezzaf, itnagh wahi dymas distmas, meme wahi d neki diyemas ikel*

Chapitre 4 Présentation, analyse et discussion des hypothèses

ouytaghara awal negh, maranekim ikel lwahi anheder netta ouyhederara, issousoum kan, machi akeni ila » ,« *depuis ce qui lui est arrivé Amine est devenu une autre personne, il ne joue plus avec ses frères et sa sœur, il est même devenu nerveux, que ça soit avec eux ou avec moi et sa mère, il s'oppose à nos ordres et n'écoute plus personne, quand on est rassemblé a table par exemple, tout le monde parle sauf lui, il est devenu silencieux, il n'était pas comme ça avant* ».

Il rajoute : « *ikel ouythibara adhifegh g gham, ouylaabara wahi araw khwalis d aamoumis am zik, itkamay kan g kham gh la télé, imanis, laaklis ighav.*», « *Il ne sort plus de la maison pour jouer avec ses cousins comme avant, il passe son temps à rester seul au salon à regarder la télévision mais il a toujours l'air distrait* ». Il nous le décrit aussi comme étant silencieux et spectateur au moment où la famille est réunie pour le dîner qui est un moment d'échange pour eux, comme s'il était étranger, et plus le même, on peut donc peut être dire que Amine a été dépersonnalisé, Crocq nous décrit un enfant ne reconnaissant plus les lieux familiers, ni les adultes familiers, et répondant « à côté » (Crocq L. et al. 2007, p 52).

En ce qui concerne la scolarité il nous dit : « *doultmas ithitaawanen g lkraya, tetchkthayeyid bezzaf fellas, g mi stetra akeni tkaryid ouytrekizara, itgami adhihfet, même tachikhetis, nesnit d lfamilia, tchekthayid fellas, tenayid ikel ouytrekizara g lkism, itroh laaklis, ouytcharakara, tnayid g saha itkama imanis, ouylaabara wahi dimdoukalis am zik* », « *C'est sa sœur aînée qui l'aide dans ses révisions et elle trouve beaucoup de difficultés avec lui, elle se plaint toujours du fait qu'il ne se concentre pas, et qu'il a du mal à résoudre ses exercices ou à apprendre ses leçons, Même son enseignante, qui est de la famille, ma signalé le fait qu'il ne se concentre plus en classe et qu'il ne participe plus, et qu'il est toujours seul à la cour de l'école lors de la récréation*».

Lorsque Crocq et ses collaborateurs (2014), ont abordé les syndromes différés et chroniques du trauma chez l'enfant, ils ont cité *la réactivité générale émoussée*, avec comportements de retrait, une proportion au silence, et une réduction des intérêts (perte d'envie de jouer), et ils ont cité l'agressivité, la colère et l'irritabilité dans *l'hyperactivité neuro-végétative* (Crocq et al. 2014, p 55) Josse nous parle aussi dans ce cas de troubles de comportements chez l'enfant d'âge scolaire, dont des attitudes d'opposition systématique et de refus d'obéissance.

Chapitre 4 Présentation, analyse et discussion des hypothèses

A propos du sommeil le père de amine nous raconte : « amine ikel itekared bezzaf laacha, itdoukous, itrou, chhal davrid adkreggh laacha athefegh ouyeyinara, surtout ousan ni imnzouya », «Le soir Amine se réveille très souvent en sursaut, parfois en pleurant, souvent le soir quand je vais le voir je le trouve éveillé, et il me dit qu'il a du mal à s'endormir, surtout les premiers jours après l'abus ». « Imakla ikel ouysetara am zik, inkes mlih », « Même son appétit a beaucoup diminué, il ne mange plus comme avant » toujours en ce qui concerne l'hyperactivité neurovégétative Crocq et ces collaborateurs (2007) nous décrivent aussi des difficultés d'endormissement, ainsi que des réveils multiples, des terreurs nocturnes et des cauchemars, ils nous parlent aussi d'une appétence alimentaire modifiée soit par l'installation d'une polyphagie, d'un grignotage anxieux, ou au contraire comme c'est le cas pour Amine d'une anorexie.

Amine lui-même nous a décrit son état au cours du 2^{ème} entretien qui s'est déroulé le 31-01-2017, en nous disant : « *ligh cava pas mayitra akeni, ligh heznegh, ouganghara mlih, khedmegh tirga n diri, ouseteghara mlih, ligh ouvghir oumadazouh, ni adlaavegh ni kra, ligh daghen fekaagh bezzaf g kham* », « j'étais très triste par rapport à ce qui m'est arrivé, je ne mangeais pas bien, je dormais difficilement et je faisais des cauchemars, je n'avais plus envie de jouer ou de faire quoique ce soit comme avant, j'étais aussi devenu nerveux et agressif avec les membres de ma famille ». Il rajoute : « *g lkism ligh ouzmirghara adrekzagh, ligh t manquigh outrohghara dekragh, ligh ouzmirghara adheftegh dourousiw, ajal tkalntid les images n wayn iyitran, tderangintyi* », « en classe je ne pouvais plus me concentrer, et ça m'est arrivé plusieurs fois de ne pas partir à l'école. J'avais du mal à faire mes devoirs à la maison, des images de ce qui arrivé me revenaient tout le temps ».

Josse (2011) nous parle de troubles dépressifs, elle dit que l'humeur des jeunes victimes est souvent labile, oscillant entre d'une part l'excitation, la colère, et l'agressivité et d'autre part, la tristesse, la prostration et le repli sur soi, elle parle aussi de réaction de retrait, en disant que les enfants délaissaient leurs activités (ils cessent de jouer alors mais se livrent sans plaisir à des jeux de répétitions, ils se désintéressent de leurs loisirs, de la télévision, de l'ordinateur, de l'école..) et leurs relations habituelles (parents, amis, famille..) (Josse E. 2011, p 92).

Quand on a demandé à Amine s'il a envie de nous raconter ce qui s'est passé au moment de l'agression, toujours au cours de ce 2^{ème} entretien, il a

Chapitre 4 Présentation, analyse et discussion des hypothèses

refusé, en nous disant : « *khati ouvghirara ikel adhedregħ fanechteni, vghir adeshough koulech, déjà jamais taadayegħ ikel g lġiba n thanout ni, ouvghighara ad3awdegh adezregħ wina, vghir kan adrekzegħ f lekraya ynou toura, ouvghighara ikel adkhememegħ fanechteni* », « *je n'ai pas envie, je veux tout oublier, d'ailleurs je ne passe jamais à côté du magasin en question maintenant, je n'ai plus envie de le voir, je veux juste me concentrer sur mes études et je n'ai plus envie de repenser a tout ça* ».

A propos de cela Josse (2011) nous explique que tout comme l'adulte l'enfant fuit ce qui lui rappelle l'événement traumatique, qu'il se tient à l'écart du théâtre du drame (lieu) ; il se garde de rapprocher l'auteur de son malheur ainsi que toute personne qui lui ressemble (personnes), il refuse d'aborder les faits allant jusqu'à se boucher les oreilles lorsqu'ils sont évoqués en sa présence (conversations), elle dit qu'il se replie dans l'imaginaire et la rêverie pour échapper aux pensées et aux sentiments suscités par les événements, elle appelle ça des conduites d'évitement et l'émoussement de la réactivité générale (Josse E. 2011, p 85). D'ailleurs, quand on lui a demandé s'il croisait son agresseur, il a répondu « *temlakagħth tikwal khater deljerengħ, lamaana neki ouvghighara ikel athezregħ, 3ofegħth, i9el dirith, ligh i7ibighth toura kerhegħth* », « *je le croise parfois, c'est notre voisin, il m'écœure, je ne veux plus le voir, il est devenu méchant, je l'aimait bien mais maintenant je le déteste* », en disant ça, on a ressenti une sorte de rage accompagnée de déception qui se dégageait de l'enfant, il a été trahi par un adolescent qu'il croyait être son ami, il croyait que celui-ci s'approchait de lui en lui donnant des bonbons parce qu'il l'aimait aussi, mais finalement c'était pour qu'il abuse de lui.

D'après les propos du père de l'enfant et ceux de la psychologue, les symptômes qu'a présentés l'enfant ont été très intenses un mois à un mois et demi après l'agression, et le jour de l'entretien avec le père qui s'est déroulé 3 mois après, il nous a révélé que jusqu'à cette date son fils continuait à s'isoler et à se réveiller le soir, et qu'il avait toujours des difficultés dans sa scolarité mais avec une intensité beaucoup moins sévère par rapport au premier mois suivant l'abus, par contre un mois après lors de notre entretien avec l'enfant celui-ci nous affirme qu'actuellement il va beaucoup mieux, qu'il dort bien, mange bien et qu'il a retrouvé le plaisir de jouer avec ses cousins et amis, et qu'il arrive à se concentrer en classe ou en révisant à la maison, et quand on lui a demandé s'il revoit toujours des images de l'événement, il a répondu par non. Il nous dit « *toura dayen, 9legħ normal, ganegħ mih, setegħ mlih, zmregħ ade9ragħ* ».

Chapitre 4 Présentation, analyse et discussion des hypothèses

normal, traja3egh g kham normal, g ljame3 daghen trekizegh, machi amousanesi imnzouya , 9legh laavegh wahi imdoukaliw daghen ». Et il disait ça en souriant, et on a ressenti un certain soulagement lorsqu'il parlait.

1.1.2 Analyse et interprétation du dessin de Amine

- **Les observations**

Observations	Commentaires
Temps de latence assez long = 3mn, il nous a demandé si on avait une règle, ce qui n'était pas le cas.	Il avait l'air de réfléchir à ce qu'il allait choisir comme thème de recherche.
Le feuille est prise dans le sens horizontal, amine est droitier, il prend le crayon de façon convenable.	Amine à l'air sur de lui, une fois décidé, il commence à dessiner sans se préoccuper de ce qui se passe autour de lui, il est concentré.
Amine a pris le crayon noir,	Sans aucune hésitation.
L'enfant a commencé à dessiner un soleil au coin gauche de la feuille, un demi-cercle de haut en bas, puis des rayons en forme de petits triangles.	Il s'est contenté de dessiner le soleil au crayon, il ne l'a pas colorié en jaune.
Il dessine 3 courbes du bas en haut, en guise de montagne, et il dessine de petits arbres, sur les montagnes.	On remarque que Amine prend en considération les perspectives. (arbres de dimensions petites par rapport aux montagnes).
Il a commencé à dessiner la maison, au centre de la feuille, au-dessous des montagnes. Il construit un cadre rectangulaire, construit de gauche à droite, et du bas vers le haut, avec un trait continu. Il dessine le toit, il commence par le bord gauche, puis la ligne supérieur et le bord droit, il dessine la fenêtre gauche, avec les deux trait croisé, puis fait de même avec celle de droite, il dessine la porte, le trait gauche, celui de haut puis de droite, du haut vers le bas, puis la ligne du milieu, le poignet ensuite il dessine les escaliers.	Amine a dessiné la maison en s'appliquant, il a fait de son mieux pour que ça soit droit, on a remarqué qu'il a dessiné tous les trait d'un geste sûr, et appuyant sur le crayon. Il a très bien centré la maison.
Toujours avec le même crayon, Amine se met à dessiner le bonhomme, la tête, les organes, yeux, nez, bouche, oreilles,	Toujours avec la même application et la même concentration. Il utilise la gomme.

Chapitre 4 Présentation, analyse et discussion des hypothèses

puis les cheveux, et enfin le tronc, il a ensuite mis la ligne du milieu du tronc du haut vers le bas, puis les boutons.	
Il a dessiné l'arbre du côté droit, au-dessus du bonhomme en commençant par le bas, le tronc, l'herbe puis les fruits, pareil pour l'arbre du côté droit	
Il dessine les oiseaux	
Met des arbres sur les montagnes.	
Il rajoute des oiseaux.	
Il met des fruits sur les arbres qui se trouvent sur les montagnes.	
Il rajoute des oiseaux.	
Il met de l'herbe en bas, du côté droit, puis du côté gauche.	Avant de retracer ou de rajouter un détail, il regarde sa feuille de loin,
Il retrace les lignes des escaliers, du bas vers le haut, il décore les fenêtres.	puis il reprend le dessin.
Il retrace les oiseaux, la porte, il rajoute des fruits à l'arbre de droite. Puis le V en haut du tronc des arbres. temps de passation : 30 mn.	Il perfectionne son dessin.

Tableau n°1 : Les observations du dessin de Amine.

- Le mode de participation de Amine :** Après avoir demandé à Amine s'il voulait bien dessiner, il a directement accepté, on a posé le matériel sur le bureau, il l'a regardé en ayant l'air de réfléchir, il a demandé si on avait une règle, on a répondu par une négation, et là il a pris le crayon noir, sans aucune hésitation sur la couleur, et il a commencé à dessiner, il s'appliquait dans le dessin, il avait l'air d'être à l'aise. Il a gardé le silence tout au long du processus, il ne regardait que sa feuille, il nous regardait pas, et il n'a plus rien demandé, il se comportait comme si on n'était pas présent dans le bureau, il avait l'air d'être absorbé par la création de son dessin, détendu et confiant.

Une fois le dessin achevé, Amine le regarde une dernière fois de loin, et nous le tend, on regarde le dessin à notre tour, et on lui demande s'il est satisfait de son dessin, il répond par un oui sûr, et il rajoute que s'il y avait eu une règle il aurait été meilleur. On lui demande de nous parler de ce qu'il a dessiné, il répond juste par « un jardin et une maison ».

- **Les étapes :** Amine a commencé par le haut de la feuille, puis il est passé au milieu, puis les côtés, le gauche puis le droit où il a mis les arbres, puis petit à petit il rajoutait des détails, on a vu une parfaite anticipation sur la séquence qui suivra, il a laissé les espaces nécessaires, mais on a ressenti que l'enfant en ajoutant des détails, surtout à la fin de son dessin qu'il voulait remplir la feuille au maximum, en laissant aucun espace, il a aussi refait presque tous les contours de son dessin qui été pourtant déjà très bien tracés.
- **Première impression de l'ensemble du dessin :** La production graphique de Amine est une production stéréotypée qui ne fait pas preuve d'originalité ou de personnalisation, selon Georges Cagnet il ne s'agit pas d'une défaillance des capacités techniques, mais plutôt d'une impuissance à s'exprimer par le dessin, il appelle ce type de dessin, un dessin proche d'un thème banal (*Cagnet G. 2011, p 82*).
- **Analyse des procédés d'élaboration du dessin :** La première chose qui attire notre attention en voyant ce dessin c'est l'aspect chargé du dessin de Amine, on appelle ça le remplissage, c'est quand le support est envahi de représentation afin de ne pas laisser un espace libre, un espace vide qui ouvrirait la porte à des représentations porteuses d'affects tristes ou dépressifs (*Cagnet G. 2011, p 82*), Wallon (2001) nous parle de bourrage en décrivant une feuille couverte jusqu'à l'excès qu'il interprète comme des tendances phobiques (*Wallon P. 2001, p 21*). On constate donc que Amine éprouve toujours de la tristesse vis-à-vis de ce qui lui est arrivé, malgré qu'il nous ait affirmé le contraire. En plus du fait qu'il n'a utilisé que la couleur noir dans son dessin qui exprime selon Widlocher de l'inhibition, de la peur et de l'anxiété (*Cagnet G. 2011, p 26*), Le trait assez gros des contours du dessin a aussi attiré notre attention, selon Françoise Dolto un trait fort relève d'une assurance en soi ou bien encore un désir de s'affirmer et d'être, comme ça peut exprimer de la violence (*Cagnet G. 2011, p24*), tandis que Annie Anzieu avance que la jolie ligne de l'enveloppe peut cacher le chaos ou le vide (*Cagnet G. 2011, p 29*), on pense que pour le cas de Amine ça peut être de la violence qu'il éprouve vis à vis de son agresseur, comme ça peut être de l'assurance vu la manière dont il dessinait, où on a ressenti une certaine confiance et assurance dans ces gestes. Ce qui peut aussi attirer notre

Chapitre 4 Présentation, analyse et discussion des hypothèses

attention dans ce dessin, c'est le bonhomme en bas de la feuille, chez qui on peut observer un scotome, c'est-à-dire le non dessin des bras et des jambes, il ne s'agit pas d'un simple oubli, par négligence mais d'une omission inconsciente (*Cognet G. 2011, p 93*), ça pourrait être due dans le cas de Amine à l'agression qu'il a subi, une atteinte au niveau de son corps, et de son intimité qui a fait qu'il ne perçoit plus son corps comme avant, Sain Pierre et Viau nous disent que parmi les conséquences majeurs d'un traumatisme sexuel celle du bouleversement de l'image que l'enfant a de son corps, et que celui-ci pourra avoir l'impression d'être endommagé, souillé et déformé par l'agression (*Saint-Pierre F. et Viau M-F.2010, p 86*). On peut également expliquer le fait que l'enfant a choisi de dessiner un thème banal (une maison et un jardin) comme recours à une réalité externe, un mécanisme d'évitement employé par l'enfant afin d'éviter l'élaboration psychique, on suppose que c'est une stratégie pour Amine d'éviter de mettre en relief l'événement traumatogène. On explique aussi le temps de latence assez long, ainsi que la réalisation lente du dessin par une inhibition de la pensée qui peut être due au lourd événement qu'a vécu cet enfant (*Cognet G. 2011, p 94*).

On voit que le dessin de Amine est presque sans trace du trauma qu'il a subi, Helene Romano (2010) parle dans ce cas de « dessins-leurre », le terme « leurre » a plusieurs définitions : c'est à la fois un système de contre-mesure utilisé comme autodéfense mais c'est également le fait de tromper quelqu'un par de fausses espérances. Le dessin-leurre a cette double fonction : tromper l'interlocuteur en le réassurant faussement sur son état et assurer une défense face à la menace d'anéantissement consécutive à l'impact traumatique elle explique que ce genre de dessin n'indique pas que ces enfants aient été indifférents à l'horreur vécue, mais plutôt que ces dessins insignifiants en regard du contexte, indiquent l'impossibilité d'exprimer l'horreur, la souffrance et qui témoignent de l'impossible élaboration psychique, elle affirme qu'il y a 2 processus qui peuvent se dégager, l'un inconscient qui témoigne du blocage des capacités de symbolisation, rendant impossible toute élaboration de ce qui vient d'être subi, l'autre conscient où l'enfant serait capable de transmettre sur papier l'horreur subie mais dessine intentionnellement « un beau dessin », et cela pour différentes raisons (*Romano H. 2010, pp 79-82*), dans notre contexte on peut supposer que la raison est la crainte d'être à nouveau débordé par ces images et ces ressentis si effrayants. En

Chapitre 4 Présentation, analyse et discussion des hypothèses

même temps, vu la période de temps assez importante qui nous a séparé de l'événement traumatogène qu'a vécu Amine (presque 4 mois), et vue l'estompage des symptômes chez l'enfant, on peut supposer que Amine avait dépassé son traumatisme au moment où il a dessiné.

- **Conclusion sur le dessin de Amine :** Le dessin de Amine nous rapporte sa tristesse, sa peur et son anxiété ainsi que son inhibition, il témoigne aussi d'une image du corps assez pauvre, ceci a été révélé malgré le fait que l'enfant avait évité de reproduire le thème de l'événement que ça soit de façon consciente ou inconsciente en se référant à une réalité externe qui est un thème banal.

1.1.3. Synthèse de l'analyse des résultats de Amine

A partir de l'analyse des entretiens ainsi que celle du dessin de Amine, on constate chez celui-ci la présence d'une symptomatologie qui est apparu après l'événement qui est celui de l'abus sexuel vécu par l'enfant, et qui a persisté plus d'un mois, avec une diminution progressive, celle-ci se résume principalement par : un isolement, un manque d'intérêt vis-à-vis des activités qu'il a l'habitude d'effectuer, un problème de concentration et de mémorisation, un sommeil perturbé, des cauchemars, de la colère et de l'agressivité, et de la tristesse, une inappétence, reviviscence, un évitement qui se manifeste soit par ne pas vouloir parler sur l'événement traumatogène ou le dessiner, soit par le fait de ne pas vouloir revoir l'auteur de cet acte ainsi que l'endroit où ça s'est passé. On a aussi constaté, une tristesse, une anxiété ainsi qu'une peur même après 4 mois de l'événement.

1.2. Présentation et analyse des résultats du 2^{ème} cas (Anes)

1.2.1. Analyse des entretiens

Anes est un enfant de 9ans, l'ainé d'une petite fille de 3 ans, élève en 4^{ème} année primaire, son père est un ex-gendarme et actuellement agent de sécurité, sa mère femme au foyer, il a été orienté par réquisition de police au service médecine légale, après dépôt de plainte du père contre deux jeunes de 18 et 16 ans pour agression sexuelle. L'examen médico-légal a révélé des blessures en voie de cicatrisation des deux genoux, et une absence de traces matérielles en faveur de sodomie aigue. On tient à préciser que la plainte n'a pas été déposée

Chapitre 4 Présentation, analyse et discussion des hypothèses

tout de suite après l'agression, et cela pour deux raisons, la première est que l'enfant n'avait rien révélé à ses parents, qui l'ont découvert par l'intermédiaire de l'un de ses amis, presque 15 jours plus tard, la deuxième raison est que l'un des agresseurs est le cousin de la mère de l'enfant, et au moment où le père a su ce qui est arrivé à son fils, il a perdu le contrôle et agressé le jeune cousin à son tour, et ce sont les parents de celui-ci qui ont déposé plainte en premier contre le papa de Anes, et ce n'est que suite à cela qu'il a décidé de faire de même, c'est-à-dire à déposer plainte contre les 2 agresseurs.

La première rencontre s'est déroulée le 19 janvier 2017, suite à un RDV donné par la psychologue au grand-père maternel de l'enfant, qui la accompagné pour l'expertise médico-légale deux jours avant, en lui indiquant la nécessité de la présence de la mère. Ce jour même, on avait appelé la psychologue pour savoir s'il y'a eu de nouveaux cas d'enfants victimes de violence sexuelle ou la réapparition du 1^{er} cas Amine qui n'avait pas encore réapparu à ce moment-là, on a appelé au lieu de se déplacer vu qu'on était en période d'examens et qu'on ne voulait pas se déplacer pour rien, et c'est là qu'elle nous a dit qu'il y avait un nouveau cas et qu'elle nous a communiqué la date du RDV.

Ce jour la Anes a été accompagné par sa mère et son grand-père maternel, la psychologue a demandé à la maman d'entrer seule au bureau, et elle nous a présenté en tant que stagiaire en psychologie, et vu l'état effondré de celle-ci, on n'a pas pu intervenir pour expliquer d'avantage notre présence, d'ailleurs on a assisté à ce premier entretien en étant silencieuse, attentive et empathique, même la psychologue intervenait très rarement durant le discours de la dame, vu qu'elle était déjà très expressive, et nous a clairement expliqué les changements de comportements de son enfant, en le comparant à avant l'agression, avec une très grande précision, tout en pleurant, et en nous répétant même les expressions de Anes, puisque ce sont ces changements-là qui l'ont interpellé à chercher la cause derrière, et à découvrir ce qui est arrivé à son fils.

La maman nous a rapporté qu'elle avait remarqué que Anes avait complètement changé, en disant : « *Anes ynou ivedel ilekel, machi ikel d wina, ghorì wahed n 15 n youm mi itheremarquigh, mais jamais inayid kra, ami rohegh gh ljamaa ynes, seksagh amdaklis, wina wahi menhou iytedou bezaf, inayid nki dayen outedoughara dh Anes, ala khater tkamarent lwachoul, misnigh fachou inayid bli widakni taadan fellas, ou bli ljamaa ikel aalmen rnan tkamarent* », « mon fils Anes a complètement changé, ça fait presque 15 jours que j'ai remarqué des changements en lui, mais il ne m'avait rien dit, et c'est là

Chapitre 4 Présentation, analyse et discussion des hypothèses

que je suis allé à son école, j'ai demandé après lui auprès de son meilleur ami, celui avec qui il est d'habitude inséparable, il m'avait dit que actuellement il n'était plus son ami, parce-que l'école entière se moque de lui, et que les 2 garçons lui avait fait quelque chose de mauvais ».

elle a ensuite commencé à nous détailler les nouveaux comportements de son enfant, elle dit qu'il s'isolait beaucoup, qu'il refusait de sortir, et même d'aller à l'école, et à l'entraînement, alors qu'il adorait y aller avant (il faisait du Karaté), il disait à sa maman qu'il voulait changer d'école, et qu'il ne voulait plus aller à la salle de sport, mais quand elle demandait pourquoi il ne disait rien, mais après ce que lui avait dit son ami, elle l'a forcé à parler, et à lui raconter ce qui s'est passé, c'est là qu'il a tout avoué en pleurant. Il lui a dit que les deux jeunes l'on pris de force a un coin à côté de la salle de sport, un jour où il est allé s'entraîner mais où le coach était absent, qu'ils l'avait ligoté et mis à plat ventre par terre, c'est tout ce qu'il a dit à sa maman, et quand elle a insisté en lui a demandé s'ils l'avaient violé, l'enfant n'avait pas compris ce que sa maman voulait dire, vu que ce dernier n'avait aucune notion sur la sexualité d'après ce qui nous a été dit par la maman, d'ailleurs elle se sent coupable par rapport à cela, elle nous a confié qu'elle n'avait jamais mis son fils en garde sur ce genre de choses, qu'elle l'éduquait de manière à ne pas qu'il fasse du mal aux autres, mais pas de manière à se protéger et protégeait son corps, elle poursuit en disant que Anes avait par la suite tout raconté en détail à sa grand-mère sur ce qu'il a subi, et apparemment les deux jeunes avaient violé l'enfant à tour de rôle, après l'avoir ligoté et lui avoir fermé la bouche avec un tissu pour qu'il ne crie pas, mais ils avaient tout nié devant la justice, pourtant l'un d'entre eux l'avait dit à quelqu'un de l'école de Anes et c'est par là que l'information s'est propager dans toute l'école. la maman a continué à nous rapporter les comportements qu'elle avait remarqué chez son fils, elle nous a dit qu'il était devenu agressif et violent avec sa petite sœur, qu'il la frappait et qu'il refusait de jouer avec elle, alors qu'il n'était pas comme ça avant, et qu'il avait changé même à l'égard d'elle-même qui est sa maman, qu'il ne lui faisait plus de câlins et ne l'embrassait plus comme avant, cela peut être selon Crocq un épisode de déréalisation ou de dépersonnalisation.

Elle nous a aussi rapporté qu'il a vraiment régressé dans ses études, elle dit à propos de ça : « *ikel ouyt7ibara ikel adikra, akvel ila dneta iydikaren a mama iya aawnyi adhhelgh tamariniw, a mama iya tfeyid bach adheftegh dourousiw, toura ikel itgami adikra, asekegh temrin aydyini a mama o3limghara amek*

Chapitre 4 Présentation, analyse et discussion des hypothèses

athhelegh, asfkegh ders athihfed aydyini a mama igouma adikchem g kerouyiw, inid amek adheftegh a mama, alors que avant ila lmokhis khfif, itetef stizli, ihrech g lmaouad ilkel, jamais s3igh dides lmouchkil g lkraya, au contraire ithibi adikra, nta iydikaren a mama lazem adekragh mlih bach atedawigh laoual g lkism, toura dayn oustouki3ara ikel g lkraya, d'ailleurs akvel mana3lem acho sitran papas illa ikathith miytgami adikra, *oula tachikhetis mi tseksagh tenayid ikel outetrekizara g lkism, ouytecharakara, ijved imanis fimdoukalis, ou daghen bli ytvaned itagadh kra, lama3na netath daghen tella outa3limara fachou* », « *il refuse de faire ses devoirs, alors qu'avant c'est lui qui me demandait de l'aider à les faire, il me disait maman je dois étudier pour que être classé le premier, maintenant il n'arrive plus à résoudre ses exercices, ni à apprendre ses leçons, il me dit maman je ne sais pas comment répondre, je n'arrive pas à apprendre, dis-moi comment faire, je ne sais plus comment, alors qu'avant je n'avais avec lui aucune difficulté, il était brillant, il apprenait très vite, maintenant il ne se concentre plus, et il ne porte plus aucun intérêt à ses études, d'ailleurs son père le grondait et le frappait à cause de ça, avant qu'on découvre ce qui lui ai arrivé, même son enseignante quand je lui ai parlé elle m'avait dit qu'il ne se concentrait plus en classe, qu'il s'isolait et qu'il ne participait pas, et qu'il avait l'air d'avoir peur, mais elle aussi ignorait la raison* ».

la maman nous a dit aussi que son enfant pleure souvent sans raison, et qu'il a du mal à s'endormir, qu'il se réveille plusieurs fois la nuit effrayé ou en pleurant, et qui lui dit souvent de ne pas s'approcher de lui quand il dort, car elle lui fait peur, et le matin quand elle le réveille pour aller à l'école, il sursaute effrayé, en plus de tout ça il refuse de manger, son appétit a beaucoup diminué. Elle nous rapporte aussi que quand ils sont dehors, et que quelqu'un le regarde ou s'approche de lui, il a peur, évite son regard et se cache derrière sa maman.

Après l'entrevue avec la mère, on a demandé à voir l'enfant seul, celui-ci était si timide et si crispé, que la prise de contact avec lui a été difficile, quand on lui parlait il ne répondait pas, il avait la tête baissée, on n'a pas voulu le forcer, alors on l'a laissé en compagnie de la psychologue et on est sorti. Celle-ci nous rapporte que l'enfant lui a confié qu'il n'avait rien dit à ses parents sur ce qui lui est arrivé car ils l'ont menacé de l'égorger si jamais il prononce un mot, et que jusqu'à présent il les croise quand il part à l'école, ils le regardent et il a très peur d'eux, et le soir il fait des cauchemars et il a peur de dormir, et que même pendant la journée, il revoie des images sur ce qui lui est arrivé et c'est pour cette raison qu'il n'arrive pas à se concentrer en classe, ou en faisant ses

Chapitre 4 Présentation, analyse et discussion des hypothèses

devoirs à la maison. Salmona en abordant les conséquences psychotraumatiques des violences sexuelles sur les enfants explique que les conduites d'évitement et d'hypervigilance adoptées par l'enfant avec sensations de peur et de danger permanent sont épuisantes et envahissantes, qu'elles entraînent des troubles cognitifs (troubles de l'attention, de la concentration et de la mémoire) qui ont souvent un impact négatif sur la scolarité et les apprentissages (*Salmona M. 2015, p11*).

Le 2^{ème} entretien s'est déroulé presque une semaine après, on a vu la maman en premier qui nous a informé que le sommeil de son enfant est toujours perturbé, qu'il sursaute en dormant et qu'il fait toujours des cauchemars, mais qu'il ne lui raconte jamais ce qu'il voit, elle nous a aussi révélé qu'il a mouillé son lit 2 fois cette semaine, bien qu'il avait acquis la propreté nocturne dès l'âge de 2 ans, pour l'alimentation elle dit qu'il mange toujours pas assez, et qu'elle remarque qu'il est en train de perdre du poids, mais quand elle le force il lui dit qu'il ne peut pas manger car il a mal au ventre.

Crocq nous parle bien de manifestations somatiques telles que les douleurs abdominales comme réaction post-traumatique. Pour ce qui est de son école, elle nous a révélé qu'elle a discuté elle et son mari avec l'enseignante de Anes, et lui ont expliqué la situation, et lui ont demandé de parler aux enfants de la classe afin qu'ils arrêtent de se moquer de lui, mais que malgré ça l'enfant refuse toujours d'aller à l'école, et il demande tout le temps à ce qu'on lui change d'école. et il refuse aussi de retourner à la salle de sport. Elle dit qu'à la maison elle l'aide à faire ses devoirs et à apprendre ses cours, mais qu'elle trouve toujours des difficultés avec lui.

On a ensuite fait un entretien avec l'enfant seul, après avoir pris place on lui a demandé s'il se souvenait de nous, il a dit oui, on lui a dit qu'on était là dans le but de l'aider, et qu'il pouvait nous dire tout ce qu'il voulait puisqu'on le répéterait à personne, l'enfant était toujours timide mais un peu plus décontracté et tolérant qu'au premier RDV. On a commencé à parler à l'enfant de son école en demandant s'il l'aimait bien, il répond « khati outhibighara ljame3 ynou, vghigh adbedlegh », « non je n'aime pas mon école, j'ai envie de changer et d'aller ailleurs », quand on a demandé pourquoi il nous a répondu : (*ala khater g ljame3 tkamarenyi lwachoul, ami vghigh anouthegh, sefka3nyi mlih*), « c'est parce qu'ils se moquent de moi au point que j'ai envie de les frapper, ça m'énerve énormément ». et quand on lui a demandé ce qu'il aimait faire pendant ses temps libre, il nous a dit : « thibigh adlaavegh l ballon, ligh khedmegh

Chapitre 4 Présentation, analyse et discussion des hypothèses

daghen l karaté, mais toura dayen outrohghara », « *j'aime bien jouer au foot, et avant je faisais aussi du karaté, mais plus maintenant* », quand on a demandé la raison il a répondu : « *alajal dayen ulac, lwachol ilkel outrohnara* », « *c'est parce qu'ils ont tous arrêté, y a plus personne qui part à la salle de sport maintenant* », on a vérifié cette information auprès du papa de l'enfant au prochain RDV il nous a dit que c'est juste Anes qui ne veut plus y retourner depuis l'événement. On a préféré éviter de demander à l'enfant de nous raconter ce qui lui est arrivé, mais on lui a plutôt demandé s'il pensait que c'était de sa faute ce qui lui est arrivé, il nous répond par non, qu'au contraire ce sont les 2 garçons qui étaient méchant, et que jusqu'à présent quand il les croise en allant à l'école, ils le menaçait avec des gestes qu'ils allaient l'égorger, et qu'ils frappaient chez lui avec des pierres, chose qu'on a confirmé auprès du père.

Le 3^{ème} entretien s'est déroulé le 28 février 2017, Anes est venu accompagné de son père cette fois-ci, on a commencé par voir l'enfant qui nous dit qu'actuellement il arrivait à se concentrer en révisant, et que c'était bientôt les compositions et qu'il est en train de se préparer, que les images de ce qui lui ai arrivé ne lui reviennent plus comme avant. Pour ce qui est de l'école il nous a dit qu'il va continuer à y aller juste cette année et que pour l'année prochaine il va changer d'école, qu'il va venir étudier ici à Bejaia (ils habitent une autre commune), et que c'est son père qui allait l'accompagnait chaque jour, et qu'une fois sa 5^{ème} obtenue, il n'irait pas étudier au CEM du village, parce que c'est tout près du lycée où étudient ses agresseurs. Mais quand on a demandé au papa s'ils avaient l'intention de lui changer d'école, il nous a dit qu'ils n'avaient encore rien décidé, et qu'ils n'avaient rien promis à leur enfant. Anes nous dis aussi qu'il aime bien le Karaté mais qu'il ne veut plus repartir à la salle de sport. Il nous révèle aussi qu'il évitait de passer du côté d'où habitaient ses agresseurs, il dit à propos de ça « *outaedayghara zath anda izedghen widakni, teaadayegh sezdefir, nouhni akhahm nsen zath noukham negh, mais jamais taadayegh sina, ouvghighara anezreggh ilkel* », « *je ne passe jamais à coté de leurs maisons, ils habitent juste à coté de nous, je passe par derrière pour les éviter, je n'ai pas du tout envie de les voir* ». Il nous dit à propos de son sommeil qu'il dort mieux maintenant, qu'il ne fait plus de cauchemars. Il nous a confié aussi qu'actuellement il joue avec ses amis, et qu'ils ont arrêté de se moquer de lui. On a ensuite vu le père de Anes seul, il nous révèle qu'à la maison ils évitent complètement de parler de l'événement, mais que les menaces des 2 jeunes persistent, il a dit qu'il les a vu lui-même, en train de faire des gestes menaçants de loin à son enfant. Mais d'un autre côté, il nous a confirmé ce qu'a dit

Chapitre 4 Présentation, analyse et discussion des hypothèses

l'enfant, du fait qu'il se concentre mieux quand il révise, et que son agressivité à diminué, lors des jeux avec sa sœur, il dit qu'il ne s'isole plus comme avant, que ses cauchemars ont diminué mais qu'il mouillait encore son lit parfois, Crocq et ces collaborateurs nous parlent bien de troubles sphinctériens secondaires suite à un syndrome post-traumatique différé ou chronique, le père nous confie aussi qu'il a l'impression que quand il parle à son enfant celui-ci manifeste de la honte, il ne le regarde plus dans les yeux, et quand il lui fait une remarque sur quelque chose il baisse la tête et il part en pleurant, chose qu'il ne faisait pas avant, Saint-Pierre et Viau nous disent qu'après le dévoilement, l'enfant victime d'une agression sexuelle développe un sentiment de honte qui résulte généralement des regards et des réactions de l'entourage qui semblent exprimer que l'enfant est dorénavant perçu différemment, ils expliquent que cela est très douloureux et ébranle chez l'enfant sa confiance et son estime de soi (*Saint-Pierre F. et Viau M-F. 2010, p 60*). On suppose que c'est ce qui s'est passé pour Anes, puisque déjà ses amis à l'école non seulement l'évitaient mais aussi se moquaient de lui et l'humiliaient, en plus du fait que ses parents soient très affectés par ce qui s'est passé avec lui, ils ont peut-être changé la manière de se comporter avec lui, et celle de le regardait, bien que le papa nous dit que lui et sa femme font de leurs mieux pour que l'enfant ne ressent rien et qu'il dépasse cet état.

Le prochain RDV et le dernier a été le 14 mars 2017, et c'est toujours le papa qui a accompagné l'enfant, il nous rassure en disant que son fils va de mieux en mieux, mais qu'il évite toujours la salle de sport, et même de sortir jouer, que l'énurésie a cessé mais qu'ils le réveillent plusieurs fois par nuit pour aller aux sanitaires. Il nous a ramené son carnet scolaire, il a eu 8/10 de moyenne, le même résultat que le premier trimestre qui s'est achevé avant l'agression sexuelle, on a donc confirmé qu'il y a eu réellement une amélioration dans l'état de l'enfant.

1.2.2. Analyse et interprétation du dessin de Anes

• Les observations

Observations	Commentaires
La feuille a été prise dans le sens horizontal. Anes est droitier. Il prend le crayon de façon convenable.	c'était le sens où se trouvait la feuille.
le temps de latence est court, quelques secondes.	les crayons et la feuille étaient sur le bureau, et dès qu'on lui a demandé de dessiner il a commencé sans hésitation.

Chapitre 4 Présentation, analyse et discussion des hypothèses

Il a pris le crayon noir sans aucune hésitation.	Il n'a même pas regardé la boîte de couleur.
il a commencé par la base du dessin, en allant vers le haut, de la gauche vers la droite.	Son trait n'est pas prononcé et il dessine avec application.
Il termine de dessiner la bâtisse qui est le rectangle avec les 4 lignes doubles de séparation. Et les détails du haut toujours de gauche à droite.	Il le fait très rapidement comme s'il était pressé de terminer.
il dessine les fenêtres de gauche à droite. Pour chaque fenêtre il met des lignes croisées.	
il met le détail d'en bas, qui a l'air d'être d'une porte et de deux marches d'escaliers.	il dessine tellement rapidement que ça devient difficile de l'observer et d'écrire en même temps.
il dessine les motifs du côté gauche puis droit. 5mnt	on n'a pas pu identifier ce que représentaient ces motifs jusqu'à ce que lui-même nous dise que ce sont des arbres.

Tableau n°2 : Les observations du dessin de Anes.

- **Le mode de participation de Anes :** Quand Anes est rentré au bureau, le matériel était déjà sur la table, dès qu'il a pris place, il s'est mis à le regarder, même quand on parlait avec lui, puisque on a quand même pris le temps de lui demander comment il se sentait actuellement et de lui poser quelques questions, ses yeux étaient dirigés vers le matériel, et dès qu'on lui avait dit s'il voulait bien dessiner, il a dit oui, et sans trop tarder, il a pris le crayon et à commencer à dessiner comme s'il avait déjà en tête le thème de son dessin. il dessinait avec des gestes sûres, mais très rapides, il savait à l'avance quel détail il allait ajouter à chaque étape, il n'a présenté aucune hésitation. On tient à préciser que ça s'est passé au 3eme entretien, donc une relation de confiance c'était établie entre nous, l'enfant se sentait à l'aise et confiait tout au long du processus du dessin, et même lors de l'entretien.

Quand il a terminé de dessiner, Anes nous a tendu le dessin, on lui a demandé ce que représentait ce dessin, il nous a dit que c'était un CEM, on lui a demandé quel CEM, il a dit celui qui se situe à côté de la salle de sport, (la salle de sport qui est le lieu de l'agression), on lui a demandé si c'est ici qu'il veut étudier, il a répondu : « non je vais étudier ici à Bejaia ».

Chapitre 4 Présentation, analyse et discussion des hypothèses

- **Les étapes :** le dessin de Anes a été fait avec rapidité, le temps de passation n'avait pas dépassé les 5 minutes, il a commencé par la base de la bâtisse allant vers le haut, puis de gauche à droite, il a mis les 4 traits de séparation en double ligne, puis il s'est mis à décorer le toit, toujours de gauche à droite, il a ensuite mis la porte et les marches d'escaliers, puis les arbres du côté gauches puis ceux du côté droit.
- **Première impression de l'ensemble du dessin :** à première vue on peut dire que le dessin de Anes représente un thème banal, vu qu'on y retrouve pas d'originalité ou de personnalisation, mais puisque l'enfant nous a révélé que celui-ci représentait un endroit en relation avec l'évènement traumatogène, on ne pourra pas le qualifier de tel.
- **Analyse des procédés d'élaboration du dessin :** ce qu'on remarque en premier lieu dans le dessin d'Anes c'est l'absence de dynamisme et vivacité dans son dessin, à part les quelques arbres qui n'apparaissent pas vraiment comme tel, révélant une angoisse qui ne peut que provenir de l'expérience tragique qu'a vécu l'enfant, et de l'environnement menaçant dont lequel il vit, ce qu'on peut observer aussi c'est l'absence des couleurs, le dessin se résume à des traits noirs sans aucune coloration, ce qui traduit, comme on l'a vu dans l'analyse précédente à de l'inhibition, de la peur et de l'anxiété, et selon Dolto un état dépressif. On remarque aussi que le trait dans le dessin d'Anes n'est pas très prononcé, ce qui révèle selon Dolto de l'inquiétude et de la timidité. L'absence totale de personnage veut dire toujours selon François Dolto que le sujet vit en lui-même et ne participe pas au monde qui l'entoure, ça illustre peut être, dans notre cas, l'isolement que vit l'enfant suite à ce qui lui est arrivé. On peut aussi considérer que le fait que l'enfant avait dessiné un endroit proche de celui de l'agression comme un syndrome de répétition qui est conséquence très fréquente d'un événement traumatique.
- **Conclusion du dessin de Anes**
Bien que Anes en dessinant s'est référé à une réalité externe, un thème banal qui est celui d'une école, mais ça n'a pas été n'importe quelle école, c'est un CEM qu'il redoute et qu'il veut éviter à tout prix, vu qu'il se

Chapitre 4 Présentation, analyse et discussion des hypothèses

situé, d'après ce qu'il nous a révélé, à proximité de la salle de sport, l'endroit où il a été agressé. Le dessin exprime l'angoisse, la peur et l'état dépressif de l'enfant ainsi qu'une inquiétude. Il reflète même l'isolement dans lequel Anes vit au quotidien.

1.2.3. Synthèse de l'analyse des résultats de Anes

L'analyse des entretiens et celle du dessin de Anes nous ont permis de recueillir une multitude d'informations sur ses comportements et ses ressentis qui ont résulté de l'expérience tragique qu'il a vécu, ceux-ci se présentent par : une diminution des capacités cognitives qui s'est manifestée par des difficultés de la rétention mnésique, un déficit de la concentration, reviviscence, une perte d'intérêt, une phobie scolaire, une peur de l'étranger, de l'agressivité, de l'évitement que ça soit du lieu de l'agression ou des agresseurs, ainsi que des manifestations somatiques telles que les douleurs abdominales, une énurésie secondaire, une perte d'appétit, en plus de tout cela, Anes souffre de difficultés d'endormissement et des réveils nocturnes angoissés avec cauchemars, des réactions de sursaut, et d'une hyperémotivité. Anes ressent aussi de la honte et de la tristesse qui peut aller jusqu'à un état dépressif.

1.3. Présentation et analyse des résultats du 3^{ème} cas (Houssem)

1.3.1. Analyse des entretiens

Houssam est un enfant de 9 ans, élève en 4^{ème} année primaire, 3^{ème} de sa fratrie composée de 2 sœurs et d'un frère, il souffre de bégaiements depuis toujours, son père est fonctionnaire et sa mère récemment recruté comme superviseur dans le secteur de l'éducation nationale. L'enfant s'est présenté au service médecine légale accompagné de son père sous réquisition de police, étant victime de violence sexuelle par 2 adolescents de 15 et 17 ans. L'examen médico-légal ne révèle pas de traces apparentes de violence récente à la région anale. La psychologue nous a rapporté que l'enfant a présenté une résistance lors de l'examen médical, et qu'il n'a pas accepté d'être examiné qu'après l'avoir longuement rassuré. Elle nous informe aussi que l'examen s'est passé au mois d'août, à presque un mois de l'agression, et que c'était la raison pour laquelle les traces de l'agression avaient disparu, le papa avait découvert ce qui est arrivé à son enfant par l'intermédiaire d'un voisin qui a aperçu les 2 adolescents entraînés d'abuser de l'enfant au stade communal, et c'est suite à cela qu'il s'est mis à surveiller son enfant, et les a pris en flagrant délit en train de l'agresser, la papa à ensuite forcé l'enfant à parler, il l'a même frappé, en lui reprochant de n'avoir

Chapitre 4 Présentation, analyse et discussion des hypothèses

rien dit, et là l'enfant a révélé que les agresseurs lui demandaient de jouer avec lui au stade communal, puis abusaient de lui, et que quand il s'opposait, ils le menaçaient de le tuer et de tuer son père, s'il n'acceptait pas ou s'il disait quelque chose, et que c'était la raison pour laquelle il n'avait rien dit à ses parents, et a aussi révélé qu'ils ont fait ça 4 ou 5 fois, on peut donc le qualifier de traumatisme de type II selon la typologie de Terr.

La psychologue nous a informés sur les comportements remarquables par les parents, spécialement la maman que ça soit avant ou après la découverte de l'abus. Elle dit que l'enfant était devenu agressif, et nerveux, qu'il pleurait sans raison valable, qu'il a perdu tout intérêt aux choses qu'il aimait faire, Houssam souffrait aussi d'une perte d'appétit, et d'un ralentissement psychomoteur, il avait aussi peur de sortir de la maison, ou de rester seul, la maman a aussi remarqué que le bégaiement s'était accentué à cette période, et aussi que l'enfant tremblait sans raison, et faisait des cauchemars chaque soir, et suite à cela ils se sont mis à chercher la cause à l'intérieur de la maison sans la trouver, et c'est un peu plus tard qu'ils ont découvert et qu'ils ont tout compris. Josse (2011) affirme que dans le cas d'un enfant avec antécédents, qui peut être une psychopathologie avérée, qui est dans le cas de Houssam un trouble du langage, celui du bégaiement, peuvent infléchir ses réactions et contribuer à la sévérité du tableau psychotraumatique (*Josse E. 2011, p 49*).

La psychologue nous rapporte aussi qu'au fil des séances, qui étaient à une fréquence d'une fois par semaine, les symptômes s'estompent petit à petit, et que l'enfant avait repris assurance après avoir dévoilé à ses parents ce qu'il a vécu, et cela malgré l'erreur qu'a fait le père qui est celle de le frapper, mais il a su se rattraper et rassurer son enfant, de même pour la maman. Saint-Pierre et Viau nous disent à propos de cela que lors de la divulgation de l'agression, la réaction de la famille de la victime peut aggraver ou diminuer le traumatisme vécu par l'enfant, que des réactions négatives comme la colère et les punitions peuvent rendre plus difficile l'adaptation chez l'enfant, et qu'en contrepartie le soutien est considéré comme un atout considérable pour les enfants victimes d'une agression sexuelle (*Saint-Pierre F. et Viau M-F, 2010, p50*), la psychologue nous a informé aussi qu'à la rentrée scolaire l'enfant avait rejoint l'école avec enthousiasme, et qu'il partait à l'école sans accompagnement, mais qu'il manquait de concentration et avait des difficultés, et elle nous a signalé qu'il souffrait de ça même les 3 premières années de sa scolarité, suite à cela elle lui avait fait passer un test qui est celui de l'échelle métrique de l'intelligence

Chapitre 4 Présentation, analyse et discussion des hypothèses

(NEMI 2), afin d'évaluer ses capacités cognitives, le résultat était que Houssam avait un niveau d'intelligence moyen-fort, ce qui implique que ce dernier ne présente pas de retard mental, elle a donc envoyé des lettres à ses enseignants par l'intermédiaire des parents leurs expliquant la situation de l'enfant, et leurs indiquant de l'encourager d'avantage et de ne pas l'humilier comme le faisait son enseignant de français.

Houssam a été pris en charge par la psychologue du service pendant presque 3 mois, sa maman a arrêté de le ramener après avoir décroché son poste de travail vu l'éloignement du lieu de résidence par rapport à l'hôpital France Fanon, mais elle est venue un jour du mois de mars au service, et la psychologue l'a informé qu'il y avait une étudiante en psychologie qui travaillait sur les abus sexuels contre les enfants, et si elle voulait bien venir en compagnie de son enfant et participer à l'étude, chose qu'elle a accepté sans hésitation, mais à condition qu'on aborde pas l'événement avec l'enfant. La maman est donc venue en compagnie de son enfant deux semaines plus tard, c'était les vacances de printemps pour l'enfant. on a demandé à voir la maman en premier, elle nous a un petit peu raconté comment ils ont découvert ce qui s'est passé avec leurs enfant, et ça correspondait à ce que nous avait rapporté la psychologue, elle nous a aussi dit qu'ils avaient arrêté la procédure juridique contre les 2 adolescents vu que ce sont des orphelins et que leurs situation économique est désastreuse. On lui a ensuite demandé de nous parler des comportements qu'elle avait remarqué chez son enfant après l'agression, et en plus de ce qu'on avait évoqué précédemment, elle rajoute le fait que son enfant pratiquait des comportements à risque, il allumait par exemple du papier avec du feu, jouer avec des couteaux etc. Lopez 2013, nous dit que la dissociation chez l'enfant et l'adolescent peut se manifester par des conduites dangereuses délibérées, répétées, et le plus souvent associées entre elles (*Lopez G. 2013, p 128*). Elle rajoute le fait qu'il est devenu encopréétique, en nous confirmant qu'il ne les avait pas avant qu'il soit victime de l'agression, mais qu'actuellement il n'a plus ces comportements, et que même à l'école il y a eu une nette amélioration.

On a ensuite demandé à voir Houssam seul, il est rentré au bureau tout souriant mais assez timide, on a essayé de rentrer en contact avec lui en lui disant que sa tata la psychologue nous a beaucoup parlé de lui, et qu'on sait que c'était un enfant très intelligent, on lui a demandé comment ça se passait à l'école, il nous dit bien, mais qu'il n'aimait pas le prof de français, parce qu'il se moquait de lui, il nous dit qu'il a des amis et qu'il joue avec eux pendant la

Chapitre 4 Présentation, analyse et discussion des hypothèses

récréation, qu'il aime beaucoup jouer au ballon. On n'a pas pu faire un entretien plus approfondi avec lui, puisque la maman nous a dit de faire vite afin qu'ils puissent rentrer vu qu'ils habitent loin, on a donc demandé à Houssam s'il voulait dessiner pour nous, il a directement accepté.

1.2.3. Analyse et interprétation du dessin de Houssam

- **Les observations**

Observations	Commentaires
Houssam a pris la feuille de façon horizontale.	Elle était verticale, il l'a tournée.
Temps de latence 17 secondes	Houssam n'avait pas trop tardé avant de commencer à dessiner.
L'enfant a pris le crayon de couleur bleu, il est droitier. Il a pris le crayon de façon convenable.	Il a regardait les crayons puis a choisi le bleu sans trop tarder.
Il a commencé par colorier une base bleue, de gauche à droite.	Il accentue la couleur, et s'applique.
Il remet le bleu à la boîte et prend le crayon jaune. Il n'a pas hésité avant de prendre le crayon jaune.	
Il dessine un soleil au coin gauche de la feuille. il colorie le soleil, met les rayons puis il accentue le trait sur les rayons.	
Il remet le crayon jaune et reprend le bleu plus le vert.	Il avait l'air de réfléchir en prenant les deux crayons de la boîte.
Il pose le crayon vert, et colorie le haut de la feuille avec le bleu.	En colorant le ciel, il a fait retourner la feuille verticalement.
Il dessine les oiseaux avec le crayon qui se trouvait sur la table, ceux du côté gauche puis ceux du côté droit.	Il s'applique toujours en dessinant, et il anticipe.
Il dessine le bord gauche du bateau, celui de droite puis la ligne de haut.	Il regarde son dessin de loin.
Il efface les lignes du bateau.	
Il redessine le bateau, cette fois-ci la ligne de haut puis les bords. il tourne la ligne verticalement et dessine la ligne de bas.	Il s'applique d'avantage et essaye de faire des lignes droites.
Il dessine les deux lignes de bas en haut en guise de bâton pour le drapeau.	Il anticipe.
Il colorie le bâton avec le crayon noir.	Il a hésité entre prendre le crayon

Chapitre 4 *Présentation, analyse et discussion des hypothèses*

	marron ou noir.
il dessine un rectangle au-dessus du bâton, et le découpe avec une ligne au milieu	
Il remet le crayon noir, prend le vert et le rouge, il colorie la case gauche du rectangle avec. Ensuite il prend le rouge et dessine l'étoile et le croissant au milieu du drapeau.	Il regarde son dessin de loin.
il reprend le crayon dessine les cercles, les 2 bonhommes, celui de gauche puis celui de droite, puis les poissons	
Il colorie ensuite le bateau en vert en allant de gauche à droite. Temps de passation : 22mnt	Il essaye de ne pas faire introduire la couleur sur les bonhommes et les poissons.

Tableau n°3 : Les observations du dessin de Houssam.

- **Le mode de participation de Houssam :** Après avoir demandé à Houssam s'il voulait bien dessiner, il a directement accepté, le matériel était déjà sur la table, donc on pense qu'il avait deviné à l'avance qu'on allait le lui demander. Houssam était impliqué tout au long du processus, il dessinait en se concentrant, il était absorbé dans la création de son œuvre, de temps en temps il jetait des regards sur nous, il voyait qu'on était en train de prendre note, on lui souriait, il fait de même, et il reprend son dessin, il était silencieux du début jusqu'à la fin. Houssam a bien géré son espace, il gardait la place suffisante pour chaque chose qu'il voulait dessiner, donc on peut dire qu'il faisait preuve d'anticipation, et il a pris assez de temps en effectuant son dessin, le temps de passation a été de presque 24 minutes. Quand on a demandé à Houssam ce que signifiait son dessin, il nous a dit que c'était la mer, des oiseaux et des poissons, on a demandé qui étaient les 2 personnages, il a dit que c'était les propriétaires du bateau.
- **Les étapes :** En effectuant son dessin Houssam a commencé par dessiner une base, qui est représenté dans son dessin par la mer, puis il est passé au haut de la feuille sur le coin gauche pour mettre le soleil, puis, un ciel bleu en colorant de gauche à droite, il a ensuite mis les deux groupes d'oiseaux au-dessous du ciel ceux de gauche puis ceux de droite, puis le

Chapitre 4 Présentation, analyse et discussion des hypothèses

dernier en bas et au milieu. Après cela, il a dessiné les bords du bateau celui du gauche puis de droite puis la ligne de haut, il a tout effacé et refait avec la ligne du haut, les bords, droit puis gauche pour le finir avec la ligne de la base, puis il a dessiné le drapeau, mis les 2 bonhommes et les poissons avant de colorier le bateau en vert.

- **Première impression de l'ensemble du dessin :** On peut qualifier le dessin de Houssam d'un thème banal, reproduisant une scène peut être vue réellement ou à la télévision, mais ce qui nous attire dans cette production c'est la gaité et la dynamique qu'elle offre, un tableau plein de vie, riche en couleur, dégageant de la joie.
- **Analyse des procédés d'élaboration du dessin :** On remarque en premier lieu, que la base du dessin de Houssam est bien tracée, Françoise Dolto pense que cela signifie que le sujet prend bien racine sur quelque chose de solide et de réel dans sa vie (*Cognet G. 2011, p 23*), on observe aussi que les traits sont bien tracés, ce qui signifie que Houssam possède une bonne assurance de soi, ou bien toujours selon Dolto d'un désir de s'affirmer et d'être. Pour ce qui est de la combinaison des couleurs, on remarque une certaine harmonie et cohésion dans le choix des couleurs, et chaque couleur correspond à celle présente dans la nature (le jaune pour le soleil, le bleu pour le ciel et la mer), il a choisi le vert pour le bateau qui exprime selon Widlocher une réaction contre la discipline trop rigoureuse (*Cognet G. 2011, p26*), chose qui peut être significative dans le cas de Houssam puisque sa maman nous dit qu'elle est sévère et autoritaire avec ses enfants.
- **Conclusion du dessin de Houssam :** Le dessin de Houssam nous révèle de la vitalité, de la cohérence, ainsi que de l'assurance, il n'y a pas de signes pathologiques apparent, qu'on aurait pu détecter.

1.3.3 Synthèse de l'analyse des résultats de Houssam :

Houssam a présenté une multitude de symptômes après avoir été victime d'une agression sexuelle par deux adolescents, ils se présentent principalement par une agressivité, de la nervosité, un bégaiement accentué, une hyperémotivité, un ralentissement psychomoteur, une phobie de sortir ou de rester seul, des tremblements, des cauchemars, des comportements à risque, une perte d'appétit et une encoprésie secondaire. Cette symptomatologie a duré au

Chapitre 4 Présentation, analyse et discussion des hypothèses

moins 2 mois tout en diminuant petit à petit jusqu'à disparition totale à partir de la divulgation de l'agression et le début de la prise en charge psychologique, chose qu'on a confirmé par le dessin de l'enfant qui était gai et cohérent.

1.3. Présentation et analyse des entretiens du 4^{ème} cas (Oualid)

1.4.1. Analyse des entretiens

Oualid est un enfant de 6 ans, élève en classe préscolaire, l'unique de ses parents qui sont en instance de divorce, vivant actuellement avec sa mère, femme au foyer chez les grands-parents maternels. L'enfant s'est présenté au service médecine légale accompagné de sa maman, sous réquisition de police, après dépôt de plainte par celle-ci contre l'enseignant de son enfant âgé de 50 ans. L'examen médico-légal a révélé la présence d'une fissure au niveau de la marge anale, pouvant évoquer un acte contre nature, la maman a aussi ramené le pantalon de l'enfant taché de sang.

L'entretien qu'on a effectué avec la maman et son enfant a eu lieu le même jour que celui de l'examen somatique, la psychologue nous a appelé dès l'arrivée de la maman au service, et on est arrivé avant même que son tour arrive pour passer chez le médecin légiste, la psychologue qui a assisté à l'examen nous a rapporté que dès qu'ils ont mis l'enfant à plat ventre pour l'examiner, il leur a dit que c'est de cette manière que son enseignant le mettait lui et quelques-uns de ses camarades en réunissant les tables au moment de la récréation, et où les autres élèves étaient à l'extérieur.

Après l'examen somatique, le médecin légiste a quitté le bureau et on est rentré pour effectuer notre entretien en présence de la psychologue, qui s'est déroulé dans des conditions un peu particulières, quand on est rentré on a salué la maman et l'enfant, on a demandé à l'enfant quel était son prénom il a directement répondu, il était en train de jouer avec le portable de sa mère, on lui a donc demandé s'il préférerait dessiner, il a dit oui avec enthousiasme. Et vu que la maman avait déjà assez attendu avant que le tour de son enfant arrive, la psychologue a préféré qu'elle reste et qu'on lui fasse l'entretien pendant que l'enfant dessine, elle lui posait donc des questions à partir de notre guide d'entretien, et parfois on intervenait, tout en observant l'enfant et en essayant de le distraire afin qu'il ne se concentre pas sur l'entretien, bien que la maman essayait de parler à voix basse quand il s'agissait d'un point sensible, mais parfois l'enfant participait aussi à l'entretien.

Chapitre 4 Présentation, analyse et discussion des hypothèses

La maman nous a rapporté qu'à partir du mois de février (on était le 14 avril), elle commençait à remarquer des changements de comportements chez son enfant, il ne mangeait pas bien, se réveiller plusieurs fois le soir apeuré, et s'accrochait à elle, elle a aussi remarqué qu'il avait l'air tout le temps triste, pensif, qu'il refusait de se lever le matin pour aller à l'école alors que les weekends il se réveillait très tôt et seul, il disait à sa maman qu'il ne voulait pas aller à l'école, surtout les après-midi, il refusait aussi que ça soit leur voisine qui l'emmène, alors qu'il avait l'habitude d'être accompagné par elle et son fils qui allait à la même école que lui, et il exigeait que ça soit sa maman qui l'emmène, Crocq et ces collaborateurs nous disent à propos de cela que les manifestations d'angoisse de séparation sont parmi les manifestations post-immédiates d'un traumatisme chez l'enfant (*Crocq L. et Al. 2007, p52*), elle continue en disant qu'avant il adorait y aller, et qu'il aimait beaucoup son enseignant, qu'il lui disait qu'il était comme son père et qui le favorisait par rapport aux autres, chose qu'on a confirmé au près d'autres enfants de la classe de Oualid, qu'on a rencontré les jours suivants lorsqu'ils se sont présentés au service orienté par la police pour examen médico-légal. En remarquant tout cela, elle se demandait pourquoi ses changements chez son enfant, elle doutait que ça soit à cause de quelque chose qui se passait à l'école, mais l'enfant ne disait rien, il baissait toujours les yeux quand elle lui parlait de l'école, comme s'il avait honte de quelque chose. Une semaine avant qu'elle découvre ce qui se passait avec son enfant, elle lui a fêté son anniversaire en classe, en compagnie de ses camarades et de son enseignant, la maman nous a confié qu'elle a remarqué que les enfants ne s'amusaient pas du tout durant la fête, qu'ils étaient tristes, et bizarrement sages, elle nous a montré une photo qu'elle a prise des enfants, on voyait très bien que l'atmosphère de fête était là, mais que les visages des enfants exprimaient autre chose, ils avaient le regards terrorisés, ils étaient figés, il y avait que 3 ou 4 qui souriaient. Les doutes de la maman se sont accentués en voyant ça, mais quand elle demandait à son enfant comment ça se passait à l'école il répondait que tout aller bien, mais sa réponse n'était pas convaincante pour elle. Une semaine après, un dimanche, l'enfant est rentré de l'école l'après-midi, en allant lui faire sa toilette l'enfant a demandé à sa maman de ne pas le toucher à sa zone anale car il avait mal, et quand elle a vérifié elle a trouvé une déchirure qui saignait, et le pantalon taché de sang. Elle a essayé de garder son sang-froid, et elle a demandé à son fils qui lui avait fait ça, il a baissé la tête sans rien dire, puis elle l'a rassuré en disant qu'elle ne dirait rien à son enseignant, et qu'il ne va plus jamais retourner à l'école, (elle était presque sûre que c'est

Chapitre 4 Présentation, analyse et discussion des hypothèses

l'enseignant qui était l'auteur de ce crime) et qu'il peut tout lui dire sans craindre quoique ce soit, et là il lui a enfin révélé que c'était son enseignant qu'il lui avait fait ça, en lui introduisant son doigt ainsi que la règle, à lui et à quelques-uns de ses camarades, et qu'il leurs a demandé de ne rien dire à personne. La maman choquée de ce que son enfant vient de lui dire, a essayé de le rassurer, et le lendemain matin l'a pris chez une psychologue, qui l'a orienté à son tour vers un médecin gynécologue, que lui à son tour l'orienta vers un médecin urologue, qui enfin lui demande d'aller vers le service médecine légale, mais au service il lui ont demandé qu'il fallait d'abord avoir une réquisition de police donc déposer plainte pour pouvoir bénéficier de l'examen médico-légal, chose qu'elle a faite, avant de revenir au service.

La maman nous a dit que pour pouvoir expliquer à son fils la situation, elle l'a illustré avec une histoire qu'elle avait l'habitude de raconter à son enfant en langue arabe, qui est « *le loup et les agneaux* », en lui disant que le loup était son enseignant et les agneaux, lui et ses camarades, et elle a demandé à Oualid de nous la raconter, elle nous a dit qu'il la connaissait très bien, mais celui-ci nous a dit qu'il l'avait oublié, et que si on voulait il va nous raconter une autre histoire qui est celle de « *l'âne* », puis il nous l'a raconté. On peut constater ici que Oualid est dans l'évitement, on ne lui a pas demandé de nous raconter ce qui lui ai arrivé, mais l'histoire est en relation avec les fait comme lui a expliqué sa maman.

Oualid avait l'air d'être un enfant très intelligent, il avait une très bonne capacité de communication, il nous a parlé de ces amis en citant leurs prénoms, et en disant qu'il aimait jouer avec eux, il nous a dit qu'il voulait être médecin quand il sera grand, mais que pour cela, il devait avoir 10/10 dans toutes les matières, mais qu'il voulait étudier à la maison avec sa maman, on lui a demandé pourquoi pas à l'école, il a répondu : « *hbit nekra f dar maa mama, manhebch saidi, hbit tkoun aandi saidati* », et quand on a demandait pourquoi il n'aimait pas son enseignant il répond : « *houa ydirelna laib* ». Josse nous dit que le risque de traumatisme est d'autant plus important que l'agresseur est une personne ayant autorité morale et/ou jouissant de la confiance de l'enfant, et plus il est proche de la victime, plus le risque de perturbation est important (*Josse E. 2011, 43*).

L'enfant était très à l'aise pendant l'entretien, mais dès qu'on évoquait son enseignant son visage s'attristait, il baissait les yeux et il gribouillait sur la feuille, et quand sa maman évoquait l'événement il bougeait ses jambes, il

Chapitre 4 Présentation, analyse et discussion des hypothèses

arrêtait de dessiner et il jouait avec le matériel de manière anxieuse, et c'est là qu'on essayait de le distraire on lui parlant sur autre chose.

Quand on s'est rendu compte qu'on a retenu la dame et son enfant assez longtemps, on les a libéré après que la psychologue ait fixé un autre RDV après une semaine, en disant à la maman qu'elle allait prendre son enfant en charge, mais malheureusement celle-ci n'est plus revenue. On a donc pas pu suivre l'évolution de l'enfant, ni comprendre d'avantage la situation familiale celui-ci vu que ces parents étaient en instance de divorce, car Budin et Johnson (1989) affirment que les agresseurs disent rechercher les enfants passifs, tranquilles, troublés, isolés, et provenant de familles brisées (*Tourigny Ph. Et Baril.K, 2011, p36*).

1.3.3. Analyse et interprétation du dessin de Oualid

- **Les observations**

Observations :	Commentaires :
Temps de latence : juste le temps de prendre un crayon de la boîte.	Oualid était content du fait qu'il allait dessiner, donc il a directement commencé dès qu'on lui a donné le matériel.
La feuille est prise au sens vertical, comme elle lui a été donnée.	
il a pris le crayon noir et a dessiné la petite fleur au milieu de la feuille.	Avant de dessiner la fleur il nous avait dit qu'il va dessiner une fleur pour nous.
il a pris la couleur orange a colorié les pétales, puis le jaune pour colorer le milieu.	Il nommait les couleurs quand il les prenait de la boîte.
il a dessiné le papillon en haut, puis l'a colorié avec les mêmes couleurs que la fleur.	Comme pour la fleur, il nous a dit qu'il allait dessiner pour nous un papillon.
il a dessiné l'étoile en bas sur le côté gauche et la colorier en jaune.	
Il a dessiné le triangle et le carré en haut, au côté droit, puis un cercle plus grand un peu plus bas, qu'il colorie respectivement en violet, vert, puis un rectangle au milieu qu'il colorie en pêche.	Il demande s'il peut bien les dessiner.
Il dessine une poire et la colorie en vert, puis une pomme un peu plus bas	il nous dit qu'il les aime bien.

Chapitre 4 Présentation, analyse et discussion des hypothèses

et la colorie avec la même couleur.	
il dessine le rectangle long en bas, le découpe et le colorie avec différentes couleurs.	
il a écrit son prénom, puis celui de sa mère, puis celui de son meilleur ami.	Ici il voulait nous montrer qu'il savait écrire.
il a écrit une date qui est celle du dimanche 8 avril 2017.	Il nous a dit je vais vous écrire une date, et le dimanche correspond au jour où sa maman avait découvert qu'il était victime d'agression sexuelle.
Tout au long du processus, il gribouillait sur des endroits différents de la feuille.	C'était les moments où sa maman parler de l'agression.
il a encadré l'étoile avec le crayon noire, ainsi que le cercle.	
il a écrit en langue arabe « كان الحمار », « <i>Il était un âne</i> » ainsi que « اسد », qui signifie « <i>lion</i> ». temps de passation : 35mnt.	L'âne et le lion étaient des personnages dans l'histoire qu'il nous avait racontée en arabe académique.

Tableau n°4 : Les observations du dessin de Oualid.

- Le mode de participation de Oualid :** Oualid a été actif tout au long du processus du dessin, déjà dès le début il a été content qu'on lui propose de dessiner, et il a directement commencé à le faire, il était en interaction avec nous du début jusqu'à la fin, il nous demandait constamment si on voulait qu'il dessine pour nous tel ou tel chose, et après chaque dessin il nous montrait ce qu'il avait réalisé et nous demandé de voir. Oualid dessinait sans grande implication, il dessinait rapidement, et n'avait pas l'air très concentré, mais cela pourrait être due au fait que l'entretien avec la maman se déroulait au même moment, ce qui a peut être augmenté sans anxiété, car il manifestait des comportements qui indiquaient cela, comme bouger ses jambes, jouer avec les crayons, écrire sur la gomme etc.
- Les étapes :** Oualid dessinait de façon anarchique, il n'avait pas suivi un enchainement ou un ordre dans son dessin, il comblait juste les espaces présents dans la feuille.

- **Première impression de l'ensemble du dessin :** Le dessin de Oualid se distingue par la disposition côte à côte, sur une même page de multiples représentations qui ont comme principale caractéristique de ne pas être liées entre elles, donc son dessin ne représente pas un thème spécifique, Cognet appelle ça un accrochage prédominant au contenu manifeste.
- **Analyse des procédés d'élaboration du dessin :** On remarque que le dessin de Oualid qu'il est chargé, l'enfant n'a presque pas laissé d'espace libre dans la feuille, il a voulu la remplir, c'est ce qu'on appelle le remplissage et ça témoigne d'un affect triste ou dépressif. On observe aussi que tous les motifs dessinés par Oualid sont de petite taille, Françoise Dolto pense que ça révèle que le sujet n'ose pas s'exprimer et fuit une partie de lui-même (*Cognet G. 2011, p 22*). Les traits sont bien prononcés dans le dessin ce qui révèle peut être d'une certaine assurance.
- **Conclusion du dessin de Oualid :** Le dessin de Oualid nous révèle un état triste et dépressif, une difficulté à exprimer ce qui est intérieur, mais il témoigne tout de même une certaine assurance.

1.3.4. Synthèse de l'analyse des résultats de Oualid

L'entretien avec la maman de Oualid ainsi qu'avec lui, malgré qu'il s'est résumé à une seule séance a pu nous apporter une multitude d'informations concernant la symptomatologie qu'a présenté l'enfant après l'agression sexuelle, qui se résume principalement en : une perte d'appétit, des réveils nocturnes avec cauchemars et comportement d'agrippement à la maman, une angoisse de séparation, tristesse, phobie scolaire, sentiment de honte, ainsi que de l'évitement.

1.4. Présentation et analyse des résultats du 5eme cas (Zaki)

1.5.1. Analyse des entretiens

Zaki est un enfant de 10 ans, élève en 4^{ème} année primaire, l'aîné de sa fratrie composé d'une fille de 5 ans et d'un garçon de 3 ans, vivant avec ses parents et ses grands-parents (différents étages), sa mère enseignante à l'université et son père navigateur de bateau actuellement en chômage. Il a été

Chapitre 4 Présentation, analyse et discussion des hypothèses

reçu au service médecine légale accompagné par la police à la fin du mois d'avril, après que ses parents avaient déposé plainte contre leurs voisin de 45 ans, ayant abusé sexuellement de leurs enfant. L'examen somatique n'a pas révélé la présence des traces de violences sexuelles, par contre celle d'hémorroïdes, qui selon le médecin légiste n'ont pas de rapport avec un acte anal. Mais apparemment l'agresseur avait avoué son délit face au procureur.

L'entretien s'est déroulé une semaine après l'examen somatique, avec un RDV fixé par la psychologue, l'enfant est venu accompagné de sa maman, au moment du RDV c'est l'enfant qui est entré en premier au service en courant, il demandait auprès de la psychologue qui l'a reconnu, on l'a fait rentrer au bureau puis la maman est arrivé après lui, on a demandé à la maman de s'installer et à l'enfant d'attendre un moment devant la porte, le temps qu'on discute un peu avec sa maman et qu'après ça sera son tour, celui-ci a refusé de sortir, et c'est mis à bouger dans tous les sens dans le bureau, en disant qu'il ne voulait pas qu'on parle de lui, la maman a essayé d'intervenir mais il ne l'écoutait pas, même en ayant un ton sévère, elle a fini par lui donner son portable pour qu'il accepte, mais malgré ça il venait de temps en temps frapper à la porte pour savoir si on avait terminé.

On a commencé l'entrevue avec la maman en lui demandant quelques informations personnelles, puis de nous raconter ce qui s'est passé avec son enfant, celle-ci nous rapporte que l'agresseur est un voisin à qui ils ont loué un appartement dans un immeuble appartenant à ses beaux-parents, et qui se situe à proximité de leurs maison, elle dit qu'ils ne louent pas à n'importe qui, et que pour ce voisin, elle connaissait très bien sa sœur, et c'est pour cette raison qu'ils ont accepté de lui louer. Elle dit aussi qu'elle a toujours eu de bons rapports avec sa femme, et que lui-même est devenu ami avec son mari, et qu'ils sortent souvent ensemble pour boire (de l'alcool).

Elle nous raconte que l'homme passait des bonbons et des chocolats à l'enfant à travers la fenêtre de sa chambre en l'absence des parents, car elle nous précise qu'ils laissent souvent l'enfant seul à la maison, enfermé à clé dans sa chambre, selon elle, à faire ses devoirs ou à regarder la télévision, et cela soit quand elle est au travail et le papa dehors, soit le soir quand ils partent tous, (les parents et les 2 autres enfants) pour rendre visite à la grand-mère hospitalisée et gravement malade. Elle dit aussi que parfois elle puni son enfant en le privant de diner, et que l'homme lui apportait à manger, et qu'il lui donnait même de l'argent quand il le rencontre à l'extérieur, chose qu'elle a découvert quelques

Chapitre 4 Présentation, analyse et discussion des hypothèses

mois après, en trouvant parfois des déchets dans la chambre de son fils, et en le forçant à lui dire d'où ils lui venaient. Elle nous dit qu'elle a parlé au monsieur en lui disant d'arrêter de faire ça, et qu'il est entrain de saccager l'éducation qu'elle essaye de donner à son enfant, mais qu'elle n'avait douté de rien à ce moment-là. Mais qu'au cours de ce dernier mois, son enfant se plaignait de douleurs anales quand il faisait ses besoins, il pleurait sans raison, et refusait de rester seul, il avait surtout peur de rester dans sa chambre, il demandait à sa maman de le laisser dormir avec elle, et il faisait des cauchemars, elle avait aussi remarqué qu'il refusait d'étudier, et même d'aller à l'école, ses résultats scolaires ont baissés, de 7/10 au premier trimestre à 5 au deuxième, et là elle lui a demandé est-ce qu'il lui est arrivé quelque chose, et pourquoi il avait si peur, et c'est à ce moment-là qu'il lui a tout révélé, mais après lui faire promettre de ne rien dire à son papa, il lui a avoué que le voisin en question rentrait souvent dans sa chambre quand ils étaient absents, qu'il passait par la fenêtre de la cuisine, où l'accès est apparemment facile, prenait la clé de sa chambre, que lui-même lui a donné l'emplacement, parce qu'au début c'était soit disant pour lui donner des friandises, mais que plus tard, il a commencé à le toucher « là où il fallait pas », puis à l'agressait. Et c'est après cette révélation qu'elle avait informé son mari, et qu'ils ont déposé plainte. Elle nous rapporte qu'après cela, son fils lui avait dit : « *maman tu m'a délivré de cet homme* », et qu'il a ressenti un grand soulagement après ça.

La maman nous décrit son fils en disant que c'est un enfant « naïf », et qu'il n'est pas comme les enfants de son âge, on a essayé de comprendre d'avantage ce qu'elle voulait dire, en lui demandant ce qui la pousse à penser ainsi a propos de son enfant, elle dit que déjà depuis la préscolaire, la psychologue de son école (une école privée), lui a demandé à ce qu'il refasse l'année puisque selon elle « il a toujours besoins de jouer », puis qu'elle l'avait scolarisé dans une école publique, qu'il a toujours eu des résultats moyens, mais que ses enseignants se plaignaient du fait qu'il soit très turbulent, qu'il bouge trop, qu'il ne se concentre pas en classe, et qu'il joue avec ses affaires de façon inappropriée, il renverse par exemple l'ancre des stylos et se salie les mains etc. et elle dit aussi que la plus part du temps il n'écrivait pas ses leçons, et que c'est elle qui doit ramener les cahiers de ses camarades pour le faire à sa place, et qu'elle doit toujours l'assister pour faire ses devoirs. Elle nous confie aussi que Zaki n'est pas encore tout à fait autonome, il ne s'habille pas encore seul, ne fait pas ses lacets etc.

Chapitre 4 Présentation, analyse et discussion des hypothèses

On lui a posé quelques questions sur le développement psychomoteur de son fils et sur ses premières années, elle nous a confirmé que son enfant a eu un développement normal, qu'il a marché à 12 mois, et a commencé à parler très tôt, qu'à l'âge de 2 ans il parlait déjà très bien, elle dit qu'il a été gardé par sa belle-mère pendant ses 2 premières années, et qu'il était très attaché à elle, il l'appelait « Yema », (elle est décédée il y avait 15 jours, et l'enfant a été très affecté par son décès). Elle nous confie aussi que les 4 premières années de son fils ont été très difficiles, que le climat familial était instable, car le père étant alcoolique et l'a battait, et que son enfant assistait à ces scènes de violences, mais qu'actuellement tout est rentré dans l'ordre, que le papa boit toujours mais il n'est plus violent, qu'il est un peu sévère avec l'enfant mais sans trop exagéré. On peut dire alors que dans le cas de Zaki l'agression sexuelle a été un stress supplémentaire vu que celui-ci est déjà fragilisé par un cumul de stress antérieur, causé soit par le fait d'être témoin de la violence de son père contre sa mère durant sa petite enfance, mais aussi par la maladie puis le décès de sa grand-mère à qui il était très attaché. Saint-Pierre et Viau expliquent que dans ce genre de situations, où les enfants avant l'agression avaient déjà vécu des situations particulièrement stressantes, leurs mécanismes d'adaptation sont souvent épuisés (*Saint-Pierre F. et Viau M-F. 2010, p 49*), tandis que Perrin et ses collaborateurs (2004), nous disent que parmi les caractéristiques propres à l'enfant qui peuvent augmenter sa vulnérabilité à développer et à maintenir des symptômes post-traumatiques, est celle de la présence de traumatismes antérieurs, ou de troubles psychiatriques prémorbides (*Perrin et al. 2004*).

Quand on a demandé à la maman de nous parler sur les relations sociales de son enfant et de ces centres d'intérêt, elle nous dit qu'elle trouve qu'il sait comment rentrer en interaction avec les enfants de son âge, mais que c'est elle qui l'empêche de sortir jouer dehors, elle dit de façon désespérée : « *je croyais le protéger en l'enfermant à la maison, et voilà le mal qui est rentré jusqu'à chez moi* ». Et apparemment les enquêtes sur la violence sexuelle envers les enfants, semblent confirmer que les agresseurs ciblent des enfants plus isolés, passifs ou vulnérables sur le plan émotionnel (*Tourigny Ph. Et Baril.K, 2011, p36*).

On a ensuite demandé à Zaki de rentrer, et de s'asseoir, ce qu'il a directement fait. La psychologue avait quitté le bureau car elle avait une autre consultation, on a donc effectué l'entretien seul avec l'enfant, on a commencé par lui demander de nous parler un peu sur ce qu'il aimait faire durant son temps

Chapitre 4 Présentation, analyse et discussion des hypothèses

libre, il nous dit « *thibigh adlaabegh g bera wahi lwachoul s l biyath, lamaana mama ouytetajara adefghegh, tetajayi g la chambre tetbeli3 feli taourth* », « *j'aime jouer aux billes avec les enfants à l'extérieur, mais ma maman m'interdit de sortir, elle m'enferme dans ma chambre, et ferme la porte à clé* », il a dit ça d'un air triste, en baissant les yeux, il rajoute qu'il aime aussi aller à la pêche avec son oncle et son grand-père, et que même son père l'emmenait parfois, et qu'il aimait beaucoup le mer, et qu'ils chassaient aussi les oiseaux, il était souriant en parlant des choses qu'il aimait, mais parlait rapidement, et passait d'une idée à l'autre.

On lui a aussi demandé de nous parler de l'école, il a dit qu'il aimait son école, qu'il aimait son enseignant d'arabe, mais pas celui de français, il dit aussi qu'il connaît très bien le français, (les même propos que ceux de la maman), mais il dit qu'il a qu'un seul ami à l'école, que les autres ne l'aime pas. Quand on a demandé pourquoi il croyait que les autres ne l'aimait pas, il a répondu par : « *aalmegh iwachou ithedret diri, iyeteseksayet, bach ataalmet dachou yelan g kerouyiw, tayi idelkhedma ynem yakhi ?* », « *je sais pourquoi vous me parlez et vous me posez des questions c'est pour que vous sachiez ce qu'il y a dans ma tête, c'est ça votre travail n'est-ce pas ?* », on a répondu par le fait qu'on était là pour l'aider, et qu'il pouvez nous parler sur ce qu'il lui faisait mal, ou le gênait, sans avoir peur qu'on le répète à quelqu'un, et là il répond : « *taalmet acho iyikerhen neki zdakheliw, mara aydekaren g l jamaa ayaghyoul, paceque neki machi daghyoul, nki snegh koulch, zemregh adawigh lmouadal 10* », « *vous savez ce qui me fait mal à l'intérieur de moi, c'est le fait qu'à l'école on me traite d' « âne » , parce que moi je ne suis pas un âne, je peux avoir 10 de moyenne* ». puis il continue : « *twakerhegh daghen mi themouth seti, seti thibight bezaf, toura atan g.. amk ismis aken.. ehh .. eljena* », « *j'ai eu mal aussi quand ma grand-mère est décédé, j'aime beaucoup ma grand-mère, maintenant elle est... comment on appelle ça.. ehh.. le paradis* ». Après lui avoir expliqué que ses camarades avaient tort de le traiter ainsi, et qu'on trouvait qu'il était très intelligent, on lui a demandé s'il n'y avait pas autre chose qui pouvait lui faire mal, comme l'incident qu'il a eu avec leurs voisin, il a répondu : « *glaanayam ouydhedara fourgaz ni, dirith, dirith wina, dayen toura wint gh lhevs, laamana tetghityi tamtouthis wahi dilis* », « *svp ne me parlez pas de cet homme, il est méchant, maintenant il est en prison, mais c'est sa femme et sa fille qui me font pitié* ». On lui a demandé de nous raconter ce qu'il lui avait fait, il nous a confié qu'au début il lui donnait des bonbons et des chocolats, qu'il fait passait par la fenêtre, mais que plus tard, il rentrait dans sa chambre, il dit qu'il

Chapitre 4 Présentation, analyse et discussion des hypothèses

avait très peur, il criait et appelait son grand-père mais celui-ci ne l'entendait pas, et qu'il se cachait sous la couverture, , il nous explique : « *ligh oulimghara beli dirith, ouchbaad bach fehmegh, ala khater ikel itmasayid..* », « au début je ne savais pas qu'il était mauvais, mais après j'ai compris, quand il a commencé à me toucher et tout.. » , il a baissé la tête en disant cette phrase. Zaki nous a révélé aussi que cela c'est passé 5 fois, et il a continué en disant que maintenant il n'a plus peur parce qu'il est en prison, et que c'est ce qu'il méritait.

On a aussi ensuite proposé à Zaki de dessiner. On doit préciser que tout au long de l'entretien Zaki nous disait qu'il voulait partir, et qu'il bougeait énormément sur sa chaise, ce qui a rendu l'entretien difficile à effectuer.

1.5.2. Analyse et interprétation du dessin de Zaki

- **Les observations**

Observations	Commentaires
Temps de latence, quelques secondes.	Zaki a directement commencé à dessiner.
Il a pris la feuille au sens vertical.	c'est dans ce sens qu'elle a été posée sur le bureau.
il a pris le crayon de façon convenable, il est droitier.	
il a commencé par dessiner le haut de la banane.	Il dit qu'il aime les bananes mais qu'elles sont chères. et il demande si on aimait les bananes aussi.
il dessine le corps de la banane, puis les lignes à l'intérieur.	
il a pris le crayon de couleur noir, colorie le haut de la banane, puis le jaune et colorie le corps de celle-ci.	Il colorie rapidement mais on voit qu'il essaye de s'appliquer.
il met une flèche et écrit « banane » en langue arabe « موزة ».	
il dessine le grand rectangle à côté, en usant de la règle, met des traits à l'intérieur, puis prend le crayon de couleur bleu et colorie à l'intérieur.	Il dit qu'il aimait l'eau, et que sans eau on mourrait.
il met une flèche et écrit « كئس », qui signifie « verre ».	Il a dessiné un verre d'eau mais a écrit juste « verre », « كئس », avec une faute d'orthographe.
il dessine le bonhomme, en commençant par la tête, puis les membres.	Il le dessine très rapidement.

Chapitre 4 Présentation, analyse et discussion des hypothèses

il met une flache et écrit « طفل فرح », qui signifie « enfant heureux ».	
Du côté gauche il dessine un trait avec la règle, puis un cercle en haut, et des fleurs sur le cercle.	Le cercle n'est pas bien fait, Zaki ne s'applique pas en dessinant, on dirait qu'il veut dessiner le maximum de choses possible, sans se soucier du résultat.
il met une flèche du côté gauche de la barre, puis une autre allant de la flèche barrée vers le haut, et écrit « بلون », qui signifie « ballon », il barre aussi ce qu'il a écrit, et va au côté droit pour mettre une autre flèche et écrire une deuxième fois « بلون ».	Zaki avait une gomme à sa disposition, mais il a préféré mettre des ratures qu'à effacer avec une gomme, sa confirme le fait qu'il ne cherche pas à faire un beau dessin mais juste a dessiné beaucoup de choses.
il prend la règle, retourne la feuille et dessine une maison, il gomme et il redessine.	Il dit que parfois, il ne sait pas dessiner, quand il a pris la gomme, puis dit qu'il voudrait dessiner une maison.
il met une flèche et écrit « بيبة », qui signifie « maison ».	il a écrit mal le mot.
il revient au bas de la feuille et dessine une fraise en met une flèche et écrit « فرول ».	La fraise est mal dessinée, et le mot mal écrit.
Il dessine une pomme au coin droit tout en haut de la feuille. écrit « تفحة ».	Toujours avec une faute d'orthographe pour le mot.
il revient au côté gauche et dessine un chat, écrit « قطة ».	
Un peu plus haut, il dessine un bonbon et écrit « حلوة ».	
Il retourne la feuille, et écris une liste de toutes les choses qu'il aime.	Avant de la faire il nous demande si on voulait bien qu'il écrive ce qu'il aimait, on a répondu qu'il pouvait mettre tout ce qu'il voulait sur la feuille.
Il dessine sa mère et sa grand-mère, il écrit « امي » pour « <i>maman</i> » et « جدتي » pour « <i>grand-mère</i> ».	Il dit que ce sont les personnes qu'il aime le plus au monde.

Tableau n°5 : Les observations du dessin de Zaki

Chapitre 4 Présentation, analyse et discussion des hypothèses

- **Le mode de participation de Zaki :** Dès qu'on avait demandé à Zaki s'il voulait bien dessiner, il a directement accepté, le matériel était sur la table, il a donc directement pris le crayon, mais avant de commencer à dessiner, il nous a demandé ce qu'on voulait qu'il dessine, on a répondu qu'il pouvait dessiner tout ce qu'il voulait, et là il a dit qu'il allait dessiner les choses qu'il aimait. On a remarqué que Zaki dessinait anarchiquement, il passait d'un espace à l'autre de la feuille, et il décidait de ce qu'il allait dessiner juste avant de le faire, et chaque fois qu'il dessinait quelque chose, il nous disait ce que c'était. Il dessinait très rapidement, on n'a pas vu une grande implication dans ses actes. En plus du fait qu'il était en interaction avec nous durant tout le processus, et nous demande parfois si on aimait telle ou telle chose.
- **Les étapes :** Zaki passait d'un dessin à l'autre, il avait commencé par la banane, puis le verre d'eau, qui sont situés au milieu de la feuille, puis le ballon en haut sur le côté gauche, puis il a retourné la feuille pour dessiner une maison qui est du côté opposé à l'axe avec lequel il avait commencé à dessiner, il a ensuite continué en comblant les espaces restants de la feuille, puis quand il a vu que la feuille a été entièrement remplie, il a retourné la feuille vers le verso, mais cette fois-ci pour écrire.
- **Première impression de l'ensemble du dessin :** A première vue, on voit une production désorganisée, de multiples représentations légendées, et qui ne sont pas liées entre elles, éparpillées un peu partout sur la feuille, qui semble être chargée. Et que la couleur a été utilisée juste pour les deux premières représentations.
- **Analyse des procédés d'élaboration du dessin :** L'aspect chargé de la feuille exprime que l'enfant ne voulait pas laisser un espace vide qui ouvrirait la porte à des représentations porteuses d'affects tristes ou dépressifs, les légendes mises par Zaki, sont selon Cognet à l'attention de l'observateur, comme si c'était nécessaire de bien préciser chaque élément (*Cognet G. 2011, p 108*). On remarque que Zaki avait utilisé juste deux couleurs, et le reste est neutre, Ces couleurs caractérisent selon Widlocher des enfants enfermés et souvent agressifs. Ce qu'on a pu aussi observer, c'est que Zaki avait dessiné selon des axes différents, ce qui signifie selon Dolto qu'il n'y a pas de scission dans la personnalité du sujet (*Cognet G.*

2011, p 23). On remarque donc chez Zaki un accrochage prédominant au contenu manifeste, celui-ci n'avait pas reproduit la scène traumatique ou une représentation relative à celle-ci, il a préféré dessiner des représentations d'objet qu'il aime, qui le rendent heureux, afin d'éviter de mettre en surface les affects désagréables que lui provoque ce souvenir. La vitesse avec laquelle le dessin a été effectué, et le manque d'implication, ainsi que les multiples fautes d'orthographe peuvent peut-être évoquer l'impulsivité de l'enfant, et son instabilité psychomotrice.

- **Conclusion du dessin de Zaki :** Le dessin de Zaki nous indique son évitement vis-à-vis de l'évènement traumatique qu'il a vécu, son affect triste, ainsi que son impulsivité et son instabilité.

1.5.3. Synthèse de l'analyse des résultats de Zaki

L'entrevue qui a été effectuée avec Zaki et sa maman nous a permis de connaître les principaux symptômes consécutifs à l'agression sexuelle qui s'est répétée 5 fois selon les propos de l'enfant (traumatisme de type II), ces symptômes se résument en : des douleurs lors de la défécation, phobie de rester seul, évitement et phobie du lieu de l'agression qui est sa propre chambre, angoisse de séparation, cauchemars, un manque d'intérêt, ainsi qu'une baisse de rendement scolaire. On tient à préciser que cette symptomatologie a duré plus d'un mois, puisque même au moment de l'entretien l'enfant en souffrait encore, et ça datait d'une quinzaine de jours après la découverte de l'abus sexuel, qui a été découvert au moins un mois plus tard.

2. Discussion des hypothèses

2.1. Hypothèse générale

Les résultats obtenus de l'analyse des entretiens avec cinq cas d'enfants victimes d'abus sexuel ainsi que leurs parents, dans le but de savoir si ces derniers présentaient une symptomatologie traumatique, démontrent que la totalité des enfants avaient présentés une symptomatologie consécutive à l'évènement traumatique qu'ils ont subi, elle est presque similaire pour tous les enfants, avec juste quelques différences, mais on doit aussi tenir compte du fait que pour les deux derniers cas les entrevues ce sont résumées à un seul entretien,

Chapitre 4 Présentation, analyse et discussion des hypothèses

et dans des conditions un peu particulières, ce qui nous a pas permis d'approfondir et d'avoir assez de données.

On va donc essayer d'énumérer les symptômes communs entre tous les enfants, puis ceux qui sont spécifiques à chacun d'entre eux.

Commençant par **les symptômes communs** : perte d'intérêt, baisse des performances avec difficulté d'acquisition mnésique et difficulté de concentration, phobies se rapportant à ce qui évoque l'événement traumatique, comportement de retrait et d'isolement, difficultés d'endormissement, réveils angoissés, cauchemars, inappétence, trouble de l'humeur, évitement de tout stimuli en rapport avec l'événement traumatique, hyperémotivité.

Les symptômes spécifiques :

- **Pour Amine** : agressivité, colère et irritabilité, tristesse, attitudes d'opposition et refus d'obéissance, proportion au silence, reviviscence.
- **Pour Anes** : agressivité, réactions de sursaut, peur des étrangers, énurésie secondaire, douleurs abdominales, reviviscence, sentiment de honte, tristesse, souvenir répétitifs involontaires.
- **Pour Houssam** : peur de sortir de la maison ou de rester seul, bégaiement accentué, tremblements, comportements à risque, encoprésie secondaire, ralentissement psychomoteur.
- **Pour Oualid** : agrippement, angoisse de séparation, sentiment de honte.
- **Pour Zaki** : angoisse de séparation.

On tient à préciser que tous les symptômes suscités ont été retrouvé dans nos références théoriques.

On constate donc que notre hypothèse générale qui stipule que les enfants victimes d'abus sexuel présenteraient une symptomatologie traumatique se trouve confirmée avec tous les cas.

2.2. Hypothèse opératoire

Notre hypothèse opératoire consiste à savoir si la symptomatologie présentée par un enfant victime d'abus sexuel, était similaire aux critères diagnostiques d'un trouble stress post-traumatique décrits au DSM-5, pour vérifier cela, nous avons regroupés les critères diagnostiques dans le tableau ci-dessous, et coter par un (+) lorsque l'enfant présente le critère, par un (-) lorsqu'il ne le présente pas, et par un vide lorsqu'on a pas la réponse, ou que le critère ne correspond pas à l'âge de l'enfant (6ans).

Chapitre 4 Présentation, analyse et discussion des hypothèses

	Amine	Anes	Houssam	Oualid	Zaki
Exposition à la mort effective ou à une menace de mort, à une blessure grave ou à des violences sexuelles d'une (ou de plusieurs) des façons suivantes : Etant directement exposé à un ou à directement exposé a un ou à plusieurs évènements traumatiques.	+	+	+	+	+
En étant témoin direct d'un ou de plusieurs événements traumatiques survenus à d'autres personnes.					
En apprenant qu'un ou plusieurs événements traumatiques sont arrivés à un membre de la famille proche ou à un ami proche. Dans les cas de mort effective ou de menace de mort d'un membre de la famille ou d'un ami, le ou les événements doivent avoir été violents ou accidentels.					
En étant exposé de manière répétée ou extrême aux caractéristiques aversives du ou des événements traumatiques.					
Souvenirs répétitifs involontaires du ou des événements traumatiques, ou jeux répétitifs.	+	+	-		
Rêves répétitifs provoquant un sentiment de détresse.	+	+	+	+	+
Réaction dissociative (p.ex. flashbacks [scènes rétrospectives]) au cours desquelles le sujet se sent ou agit comme si le ou les	+	+	-		

Chapitre 4 Présentation, analyse et discussion des hypothèses

événements traumatiques allaient se reproduire					
Sentiment intense ou prolongé de détresse psychique lors de l'exposition à des indices internes ou externes évoquant ou ressemblant à un aspect du ou des événements traumatiques en cause.	+	+	+		
Réactions physiologiques marquées lors de l'exposition à des indices internes ou externes pouvant évoquer ou ressembler à un aspect du ou des événements traumatiques.	+		+		
Evitement ou efforts pour éviter les souvenirs, pensées ou sentiments concernant ou étroitement associés à un ou plusieurs événements traumatiques et provoquant un sentiment de détresse. Pour l'enfant de 6 ans et moins évitement ou efforts pour éviter des activités, des endroits ou des indices physiques qui réveillent les souvenirs du ou des événements traumatiques.	+	+	+	+	+
Evitement ou efforts pour éviter les rappels externes (personnes, endroits, conversations, activités, objets, situations) qui réveillent des souvenirs, des pensées ou des sentiments associées à un ou plusieurs événements traumatiques et provoquant un sentiment de détresse. Pour l'enfant de 6 ans et moins évitement ou efforts pour éviter les personnes, les conversations ou les situations interpersonnelles qui réveillent les souvenirs du ou des	+	+	+	+	+

Chapitre 4 Présentation, analyse et discussion des hypothèses

événements traumatiques.					
Incapacité de se rappeler un aspect important du ou des événements traumatiques (typiquement en raison de l'amnésie dissociative et non pas et non pas à cause d'autres facteurs comme un traumatisme crânien, l'alcool ou des drogues).					
Croyances ou attentes négatives persistantes et exagérées concernant soi-même, d'autres personnes ou le monde.					
Distorsions cognitives persistantes à propos de la cause ou des conséquences d'un ou de plusieurs événements traumatiques qui poussent le sujet à se blâmer ou à blâmer d'autres personnes.	-	-	-	-	
Etat émotionnel négatif persistant (p.ex. crainte, horreur, colère, culpabilité ou honte). Pour l'enfant de 6 ans et moins augmentation nette des états émotionnels négatifs.	+	+	+	+	+
Réduction nette de l'intérêt pour des activités importantes ou bien réduction de la participation à ces mêmes activités.	+	+	+	+	+
Sentiment de détachement d'autrui ou bien de devenir étranger par rapport aux autres. Chez l'enfant de 6 ans ou moins : Comportement traduisant un retrait social.	+	+	-		+
Incapacité persistante d'éprouver des émotions positives (p.ex. incapacité d'éprouver bonheur, satisfaction ou sentiments affectueux).	+	+	+	-	-
Comportement irritable ou accès					

Chapitre 4 Présentation, analyse et discussion des hypothèses

de colère (avec ou peu de provocation) qui s'exprime typiquement par une agressivité verbale ou physique envers des personnes ou des objets.	+	+	-	-	
Comportement irréfléchi ou autodestructeur	-	-	+	-	
Hypervigilance.	-	+	-	-	-
Réaction de sursaut exagérée.	-	+	-	-	-
Problèmes de concentration.	+	+	+	+	-
Perturbation du sommeil (p.ex. difficulté d'endormissement ou sommeil interrompu ou agité).	+	+	+	+	+
Les perturbations dure plus d'un mois.	+	+	+	+	+
La perturbation entraîne une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autre domaine important. Et chez l'enfant de 6 ans et moins une altération des relations avec les parents, la fratrie, les pairs, d'autres aidants ou une altération du comportement scolaire.	+	+	+	+	+
La perturbation n'est pas imputable aux effets physiologiques d'une substance ou une autre affection médicale.	+	+	+	+	+

Tableau n°6 : Tableau regroupant les critères diagnostiques du Trouble Stress Post-Traumatique.

A partir de ces résultats, on remarque que les cinq enfants, présentent la plus part des critères cités au DSM-5, en plus de quelques symptômes qui n'y sont pas présents tels que : l'inappétence, l'énurésie secondaire, l'encoprésie secondaire, les douleurs abdominales, l'angoisse de séparation et l'agrippement.

On constate que chez les cinq enfants qu'on a pu approcher dans le cadre de notre recherche, l'hypothèse générale ainsi que l'hypothèse opératoire ont été

Chapitre 4 Présentation, analyse et discussion des hypothèses

confirmé, puisqu'ils ont tous présentés une symptomatologie traumatique similaire à celle décrite au DSM-5 pour le trouble stress post-traumatique, mais avec quelques différences. On peut donc considérer le DSM-5 comme un outil fiable, et une bonne référence pour le diagnostic du traumatisme chez l'enfant. Mais on ne peut tout de même pas généraliser les résultats et dire que l'hypothèse se confirme à tout enfant algérien abusé sexuellement.

Conclusion du chapitre

L'analyse des entretiens effectués avec les enfants et leurs parents, ainsi que l'interprétation des dessins des enfants, nous ont permis de bien déceler les symptômes présentés par ces derniers, après avoir subi l'événement traumatique qui est celui de l'abus sexuel, ainsi que leurs ressentis, et de même, vérifier nos hypothèses, bien que les résultats ne pourront pas être généralisés. L'analyse des résultats nous a aussi permis d'utiliser notre support théorique, et faire le lien entre la clinique et la théorie.

Conclusion

Conclusion

Pour conclure ce modeste travail, on pourra dire que ce qui nous a poussé à choisir cette thématique est le manque de travaux du à la réticence des professionnels, face à un phénomène dangereux et qui prend de l'ampleur à cause du manque de sensibilisation, ainsi que de l'absence d'une éducation sexuelle dans les programmes éducatifs algériens. De ce fait, et en notre qualité de cliniciens chercheurs, on pense qu'il est de notre responsabilité de casser le tabou, et de faire face à ce crime planétaire.

Dans notre étude, on a essayé de mettre en évidence les symptômes qui surviennent suite à un abus sexuel, tout en se demandant s'ils correspondaient à celle d'un trouble stress post-traumatique, chose qu'on a confirmé. Des symptômes qui peuvent être estimés parmi les signes révélateurs d'un abus sexuel, mais tout de même avec prudence, tout en prenant en considération les indicateurs physiques, lorsque ceux-ci sont présents.

Cependant, cette recherche reste incomplète, certains paramètres nous ont interpellés au cours de celle-ci, et nous ont semblés importants à mettre en évidence, tels que l'importance du soutien que peut avoir l'enfant abusé sexuellement au sein de sa famille, surtout celui des parents, puisqu'on a remarqué que leurs réaction impactait énormément sur celle de l'enfant face à l'abus, la nature de la relation entre l'enfant et son abuseur, ainsi que le type d'abus sexuel qu'il a subi, sont considérés comme des facteurs estimés d'une très grande importance, l'état psychologique des parents, surtout celui de la maman, après la découverte du drame subi par leur enfant etc. On pense aussi qu'une étude longitudinale apporterait considérablement à ce sujet.

Pour finir, on pourra dire que ce travail reste un premier pas pour un long chemin, qui aura pour but de casser le tabou, afin de protéger nos enfants d'un danger imminent. Nos perspectives sont donc d'élaborer un programme de prévention et de sensibilisation contre cette cruauté, ainsi que celui d'une éducation sexuelle respectant le stade de développement de l'enfant, et les valeurs culturelles et religieuses de notre société.

*La liste
bibliographique*

Références bibliographiques

En langue française

1. American Psychiatric Association. (2015). DSM-5®: manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. Paris : Elsevier Masson.
2. Benony, H. et Chahraoui Kh. (2013), l'entretien clinique, Paris : Dunod Crocq.
3. Bisson, B. (2015). Séquelles de l'abus sexuel chez l'enfant selon les périodes développementales (Doctoral dissertation, Université Laval).
4. Blanchet, A. (2007). L'enquête et ses méthodes: l'entretien. Paris : Armand Colin.
5. Bouatta, C. (2007). Les traumatismes collectifs en Algérie. Alger : Casbah éditions.
6. Chahraoui, Kh., et Benony, H. (2003), méthode évaluation et recherche en psychologie clinique. Paris : Dunod.
7. Cagnet, G. (2011). Comprendre et interpréter les dessins d'enfants. Paris : Dunod.
8. Côté, L. (1996). Les facteurs de vulnérabilité et les enjeux psychodynamiques dans les réactions post-traumatiques. Santé mentale au Québec, 21(1), 209-227.
9. Crocq, L. (2007). Traumatismes psychiques: prise en charge psychologique des victimes. Paris : Elsevier Masson.
10. Crocq, L. (2014). Traumatismes psychiques: prise en charge psychologique des victimes. Paris : Elsevier Masson.
11. Daligand, L. I. L. I. A. N. E. (2009). Le psychotrauma de l'enfant. Stress et Trauma, 9(4), 224-227.

12. Horassius, N. (2004). Conséquences des maltraitances sexuelles: les reconnaître, les soigner, les prévenir. *L'Information Psychiatrique*, 80(2), 131-131.
13. Ionescu, S., & Blanchet, A. (2009). *Nouveau cours de psychologie (Master et Doctorat). Méthodologie de la recherche en psychologie clinique*. Paris: Presses Universitaires de France.
14. Josse, E. (2007). *Déceler les violences sexuelles faites aux enfants*.
15. Josse, E. (2011). *Le traumatisme psychique: chez le nourrisson, l'enfant et l'adolescent*. Bruxelles : De Boeck.
16. Jumel, B. (2011). *L'Aide-mémoire du dessin d'enfant*. Paris : Dunod.
17. Kédia, M. (2013). *L'Aide-mémoire de psychotraumatologie-2e éd.: en 49 notions*. Dunod.
18. Laplanche, J., & Pontalis, J. B. (1968). *Vocabulaire de la psychanalyse*. Presses Univ. de France.
19. Larousse, C., Bloch, H., Chemama, R., & Dépret, E. (1999). *Grand dictionnaire de la psychologie*.
20. Lebigot, F. (2006). Le traumatisme psychique. *Revue francophone du stress et du trauma*, 9(4), 201-204.
21. Lebovici, S. 1990, les violences sexuelles à l'égard des enfants.
22. Lopez, G. (1997). *Les violences sexuelles sur les enfants*. Presse Universitaire de France.
23. Lopez, G. (2013). *Enfants violés et violentés: le scandale ignoré*. Paris : Dunod.
24. Marcelli, D., & Cohen, D. (2009). *Enfance et psychopathologie*. Paris : Masson.

25. Marcilhacy, C. (2011). *Le dessin et l'écriture dans l'acte clinique: de la trace au code*. Elsevier Health Sciences.
26. Nadeau-Noël, M. P. (2012). *Symptomatologie traumatique chez les enfants maltraités: rôles des traumatismes maternels et du contexte relationnel* (Doctoral dissertation, Université du Québec à Trois-Rivières).
27. Olliac, B. (2012). Spécificités du psychotraumatisme chez l'enfant et l'adolescent. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 60(5), 307-314.
28. Olliac, B. (2013). *Événements de vie, traumatismes psychiques et tentatives de suicide chez l'enfant et l'adolescent* (Doctoral dissertation, Université de Toulouse, Université Toulouse III-Paul Sabatier).
29. Robert-Ouvray, S. B. (2001). *Enfant abusé, enfant médusé: éd. augmentée d'une Lettre ouverte aux parents*. Desclée de Brouwer.
30. Romano, H. (2010). *Le dessin-leurre. Traces traumatiques invisibles dans les dessins d'enfants exposés à des événements traumatiques*. *Psychiatrie de l'enfant*.
31. Sadlier, K. (2001). *L'état de stress post-traumatique chez l'enfant*. Paris, Presses Universitaires de Canada, collection MEDECINE ET SOCIETE.
32. Saint-Pierre, F., & Viau, M. F. (2010). *L'enfant victime d'agression sexuelle: comprendre et aider*. Québec : Ed. De l'Hôpital Sainte-Justine.
33. Salmona, M. (2013). L'impact psychotraumatique de la violence sur les enfants: la mémoire traumatique à l'œuvre. doss. «La protection de l'enfance», *La revue de santé scolaire & universitaire*, 4(19), 21-25., LIII, I, 71-89.
34. Salmona, M. (2015) *la reconnaissance de l'impact psychotraumatiques sur les enfants victimes de violences sexuelles*.
35. Simon, V. (2004). *Abus sexuel sur mineur*. Paris : Armand Colin.

36. Wallon, P. (2012). Le dessin d'enfant: Que sais-je? Presses Universitaires de France.

Sites internet :

<http://www.memoiretraumatique.org/violences/violences-faites-aux-enfants.html> [consulté le 24-02-2017].

<https://www.cairn.info/les-violences-sexuelles-des-ygdhjkmineurs--9782100540433.htm> [consulté le 02-03-2017].

En langue arabe

رماس نسيمية، خصائص تصور الذات عند الاطفال ضحايا الاعتداء الجنسي، رسالة ماجستير غير منشورة ، تخصص علم النفس العيادي، جامعة الجزائر 2، كلية العلوم الانسانية و الاجتماعية 2010

كمال ز، ملتقى الابعاد التربوية و النفسية بجامعة تيزي وزو، 5 الاف حالة اعتداء جنسي على الاطفال و خبراء يحذرون، يومية الشعب بتاريخ 25 نوفمبر 2015

Annexes

Annexe 1

Guide d'entretien

Annexe 1 : guide d'entretien

1. Entretien avec l'enfant

Identification

- Prénom :
- Age :
- Sexe :
- Nombre de la fratrie :
- Position dans la fratrie :
- Niveau scolaire :

Axe I : l'impact de l'abus sexuel, vécu par l'enfant sur sa sociabilité, ses centres d'intérêts, ainsi que ses facultés de concentration et de mémorisation

- Parles moi de ton école. Est-ce-que tu aimes y aller actuellement ? et avant ?
- Comment ça se passe là-bas? (relation avec l'enseignant (e) et avec les camarades de classe)
- Trouves-tu des difficultés à te concentrer en classe par rapport à avant ?
- Trouves-tu des difficultés à apprendre tes cours, et faire tes devoirs par rapport à avant ?
- Quesque tu aimes faire pendant ton temps libre ? le fais-tu aussi souvent qu'avant ?
- Peux- tu me parler de ta relation actuelle avec les membres de ta famille ?
- Que est-ce-que tu aimes faire pendant ton temps libre ? le fait tu aussi souvent qu'avant ?
- Avec qui tu aimes jouer habituellement ? est-ce-que c'est toujours le cas ?

Axe II : renseignements concernant l'évènement de l'abus sexuel et ses conséquences émotionnelles sur l'enfant

- Peux-tu me parler de ce qui t'es arrivé ?
- Qui est-ce qui t'as fait ça ?
- Est-ce que tu peux te souvenir de ce qui s'est passé exactement ?
- Comment a été ta réaction pendant ces moments-là ? quel était ton sentiment ?

- Est-ce que des images de cet acte te reviennent ? quel est ton sentiment quand ça t'arrive ?
- Est-ce que tu croise la personne qui t'as fait ça ? qu'est-ce que tu ressens quand tu la vois ?
- Quel est ton sentiment quand tu te trouves à l'endroit où tu as vécu l'abus.
- Penses-tu que ce qui s'est passé est de ta faute ?
- Est-ce que tu penses que tu t'énerves facilement ?
- Est-ce-que tu te sens différent des autres enfants ?comment ?

Axe III : la qualité du sommeil et de l'alimentation de l'enfant après l'événement

- Comment est ton sommeil?
- Est-ce que tu rêves ? comment sont tes rêves ?
- Est-ce que tu manges bien ?

2. Entretien avec le parent accompagnant l'enfant

Identification

- âge des parents :
- profession :
- parent vivants, décédés ou divorcés :
- situation socio-économique :
- date de l'abus :

Axe I : renseignements concernant l'évènement de l'abus sexuel

- Comment avez-vous découvert ce qui s'est passé avec votre enfant ?
- Pouvez-vous me racontez ce qui s'est passé avec lui, et qui a été son agresseur ?
- Quel était votre réaction face à votre enfant après la découverte de cet acte ?
- Quelles sont les procédures que vous avez prises ?
- Avez-vous réagit directement après l'avoir découvert?
- Si non, après combien de temps?
- Avez-vous déjà abordé le sujet de la sexualité avec votre enfant ? que ce soit avant ou après l'abus? racontez-nous comment, et décrivez nous sa réaction.

Axe II : comportements de l'enfant avant l'évènement

- Est-ce que votre enfant avait un problème de santé, ou un trouble de comportement, ou autre avant l'abus?
- Comment était votre enfant à l'école avant l'abus ?
- Comment était sa relation avec les membres de la famille et avec ses pairs ?
- Qu'est-ce que votre enfant aimait faire pendant son temps libre?
- Comment était le sommeil et l'alimentation de votre enfant ?

Axe III : comportements de l'enfant après l'évènement

- Est-ce que votre enfant vous parle de ce qui lui est arrivé ?ou de son ressenti vis à vis de cet événement?
- avez-vous remarqué, ou vous a-t-on signalé à l'école des éventuels changements de comportements ou de performances chez votre enfant? Quand est-ce ?
- Avez-vous remarqué des changements dans ses relations avec vous, les membres de la famille, ou ses pairs?
- Est-ce que votre enfant pratique ses activités préférées aussi souvent qu'avant ?
- Est-ce qu'il y a eu des changements concernant son sommeil et son alimentation ?
- Est-ce que vous avez remarqué d'autres changements en votre enfant à par celles qu'on vient d'évoquer ?
- Observez-vous votre enfant pendant le jeu?
- Comment joues-t-il ?

3. Entretien avec la psychologue du service

Axe 1 : Informations concernant le premier contact avec l'enfant

- Avez- vous vu l'enfant le jour de l'examen somatique ?
- Comment était-il ?
- Qui l'a accompagné ce jour-là ?
- Est- ce que c'est vous qui avez proposé la prise en charge psychologique ?
- Si oui, comment a été la réaction du parent accompagnateur vis-à-vis de cette proposition?

Axe 2 : Informations concernant le suivi psychologique de l'enfant

- Est-ce que l'enfant vient régulièrement à ses RDV ?
- Est-ce que vous avez constaté une implication des parents dans la prise en charge de leur enfant ?
- Quel est la symptomatologie que vous avez remarquée, ou qui vous a été rapporté par les parents les premiers temps après l'abus ?
- Pouvez-vous nous dire combien de temps a duré cette symptomatologie ?
- Avez- vous remarqué une diminution de celle-ci au cours des séances?
- Si oui, après combien de temps ?
- Avez-vous effectué un test à l'enfant durant cette prise en charge?
- Si oui, lequel ? quels sont les résultats?

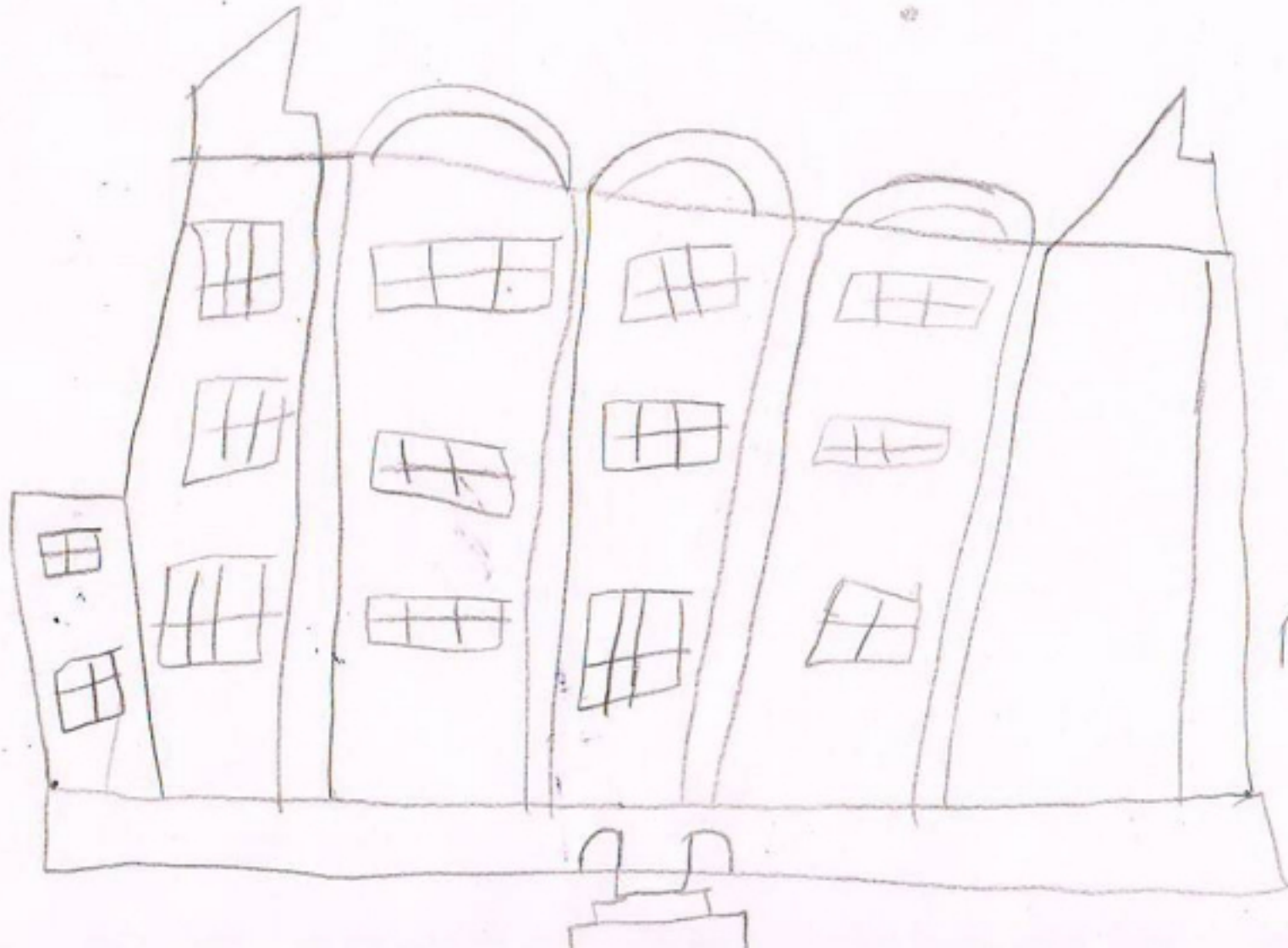
Annexe2

*Les productions
graphiques des 5 cas*

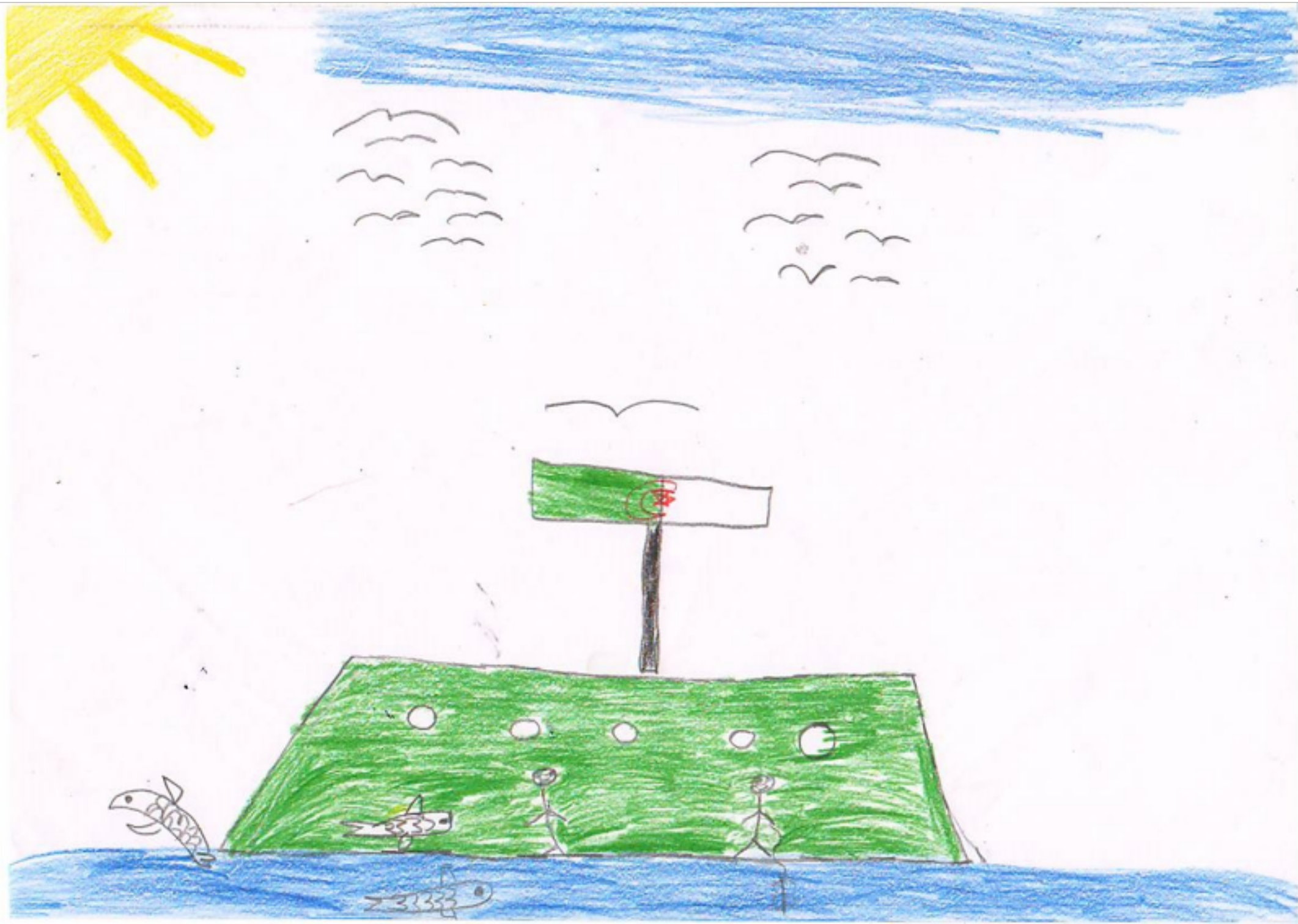
1- Dessin de Amine



2- Dessin de Anes



3- Dessin de Houssam

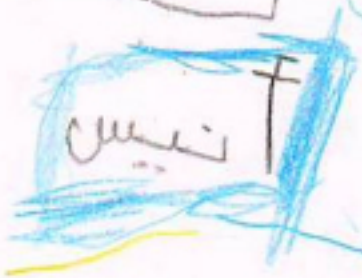


4- Dessin de Oualid

كان الصغار



الا
فقر



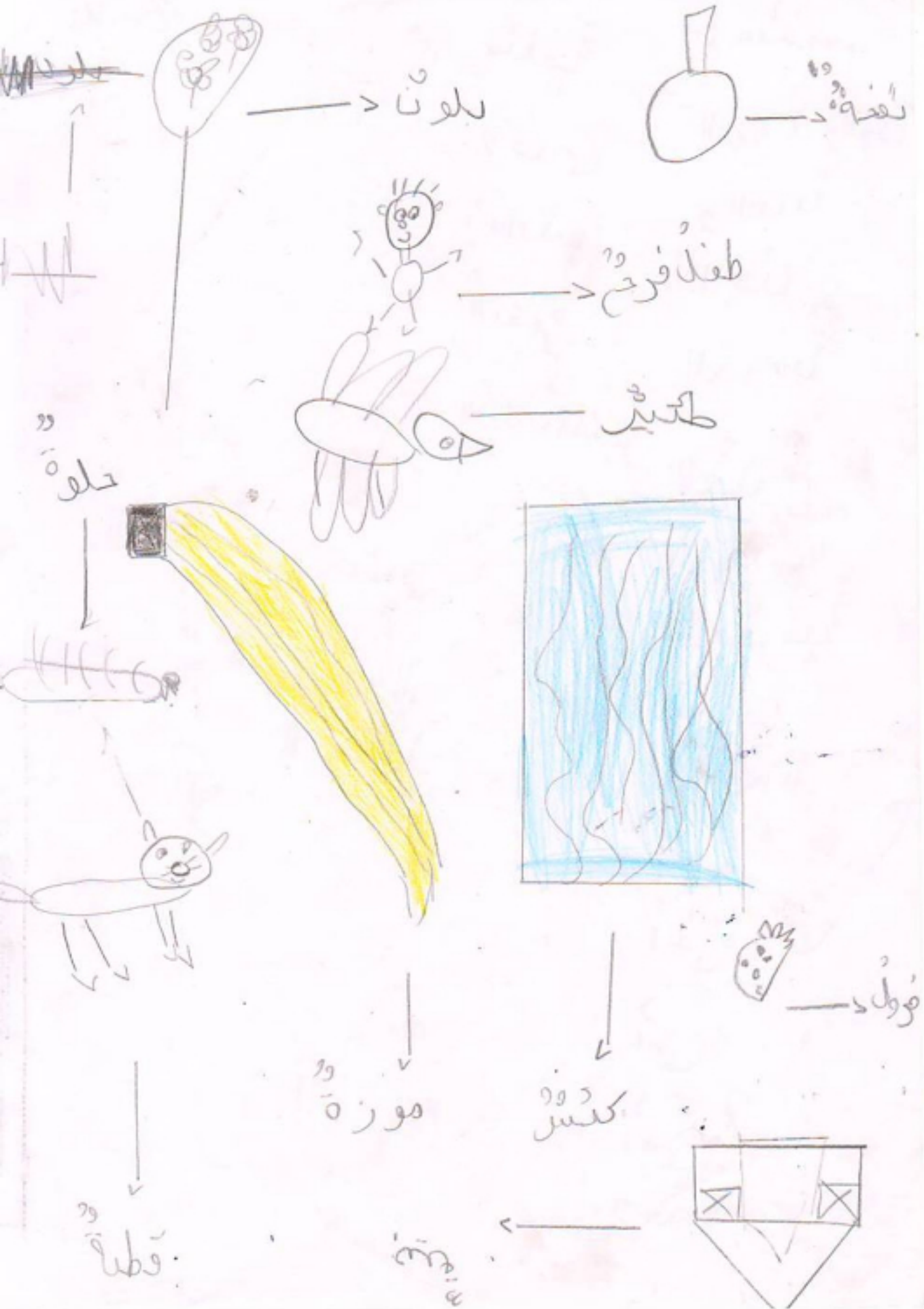
مريم

عاصم



فقر

5- Dessin de Zaki (recto)



6- Dessin de Zaki (verso)

مُتَلِّمَةٌ

و حدى

سند

الْبَحْرُ

الألعاب الصغرى

استخدم

الفرد والفرق

والعب يد

الاعب

الدرسا

العلوم

الاسلمية

والحرفية

التربوية

ثقافة

أفان

أشياء

أصا

أصا

أصا

و جد



Résumé :

L'abus sexuel est l'une des maltraitances les plus graves qui peuvent être infligés à un enfant, celui-ci se retrouve dans une situation qui le dépasse, face à laquelle il ne sait comment réagir, seulement, son corps et ses comportements parlent pour lui, ce sont souvent des indicateurs qui interpellent les adultes, quand ceux-ci peuvent être proches et attentifs aux changements de l'enfant avec lequel ils sont en contact.

Dans notre étude on a essayé de mettre en évidence les symptômes consécutifs à un abus sexuel, vécu par 5 enfants âgés entre 6 et 12 ans, et vérifier si ce sont des symptômes traumatiques, et si ils sont similaires aux critères diagnostiques du DSM-5 décrivant un trouble stress post-traumatique, et cela en usant d'entretiens cliniques avec les enfants eux même, leurs parents, et la psychologue chez qui ils sont pris en charge au service médecine légale, où notre stage a été effectué, on a aussi utilisé un médiateur qui est celui du dessin libre, pour permettre aux enfants de s'exprimer avec un moyen autre que la parole.

Les résultats obtenus montrent que la totalité des enfants ont développé une symptomatologie traumatique, et on a retrouvé des similarités avec celle décrite dans le DSM-5, en plus de la présence de quelques symptômes qui n'y sont pas.

Mots clés : abus sexuel ; enfant ; symptômes traumatiques ; trouble stress post-traumatique ; DSM-5 ; entretien clinique, dessin libre.