

Le traumatisme psychique chez les enfants victimes d'abus sexuel.

Étude de 5 cas d'enfants âgés entre 06 et 12 ans réalisée au sein du service médecine légale de l'hôpital Frantz Fanon de Bejaia (Algérie)

Dr. HATEM Wahiba

Maître de conférences (HDR) en Psychologie clinique

Masterante en Psychologie clinique

Faculté des Sciences Humaines et Sociales

Université Abderrahmane Mira Béjaia (Algérie)

Abstract

Sexual abuse is one of the most severe forms of maltreatment that children can suffer from. Such an overwhelming helpless situation usually leaves behind it a "broken" child and puts him in a condition that is hard to face, understand or even express. However, this condition can manifest itself through body changes and behaviors that will, in most cases, drive parents and adults' attention. These behaviours work as indicators for those who are close enough and in constant contact with the child.

In our study, we try to highlight the symptoms resulting from a sexual abuse experienced by five children aged between 6 and 12 years old. We attempt to verify whether the symptoms are traumatic, and whether or not they are similar to the diagnostic criteria of the DSM -5 describing a post-traumatic stress disorder. Accordingly, we have prepared some semi-structured clinical interviews for the children, their parents and the psychologist in charge of them in within the forensic medicine service where our training took place. We have also used another mediator which is Free Drawing to allow the kids express themselves in a different way other than words.

The obtained results show that the children suffer from a traumatic symptomatology, with common symptoms presented in: loss of interest, decrease in performance with mnemonic acquisition difficulty, and concentration difficulty. Phobia stirred by things recalling the traumatic event. Withdrawal and isolation behaviours, sleeping difficulties, anxious wakening, nightmares, lack of appetite, mood troubles, avoiding all kind of stimuli related to the traumatic event, with hypermotivity. We have noticed some symptoms specifically related to each child, such as: anger, aggressiveness, irritability, sadness, oppositional attitude, refusal of obedience, revivification, feeling of shame, risk behaviours, enuresis and secondary encopresia, gripping, separation anxiety... etc.

Comparing these results with the DSM -5 diagnostic criteria, we found that there was a similarity with most symptoms, but we also found certain symptoms which are not present in this manual such as: lack of appetite, secondary enuresis, secondary encopresia, abdominal pain, separation anxiety and grasping.

Keywords: Sexual abuse, child, traumatic symptoms, post-traumatic stress disorder, DSM-5, clinical interview, free drawing.

Résumé

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

Le but de cette étude est de rendre compte des 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 s'ils sont similaires aux critères diagnostiques du DSM-5 décrivant un trouble stress post-traumatique.

Pour ce faire, nous avons usé d'entretiens cliniques semi-directifs, effectués avec les enfants eux même, leurs parents, et la psychologue qui les prenait en charge au service de médecine légale du Centre Hospitalo-universitaire de Bejaia (Algérie). Nous avons aussi utilisé un médiateur qui est celui du dessin libre, pour permettre aux enfants de s'exprimer à travers un moyen autre que la parole.

Les résultats obtenus montrent que la totalité des enfants ont développé une symptomatologie traumatique, avec des symptômes communs représentés par : une perte d'intérêt, une baisse de performance avec difficulté d'acquisition mnésique et difficulté de concentration, des phobies se rapportant à ce qui évoque l'événement traumatique, des comportements de retrait et d'isolement, des difficultés d'endormissement, des réveilsangoissés, des cauchemars, de l'inappétence, des troubles de l'humeur, évitement de tout stimuli en rapport avec l'événement traumatique, ainsi que de l'hyperémotivité. On a retrouvé également des symptômes spécifiques à chaque enfant, tels que : la colère, l'agressivité et l'irritabilité, tristesse, attitude d'opposition et refus d'obéissance, proportion au silence, reviviscence, sentiment de honte, comportements à risque, énurésie et encopresie secondaire, agrippement, angoisse de séparation, etc.

En comparant ces résultats avec les critères diagnostiques du DSM-5, nous avons constaté qu'il y avait une similarité avec la plupart des symptômes, mais on a aussi retrouvé certains symptômes qui ne sont pas présents dans ce manuel, tels que l'inappétence, l'énurésie secondaire,

l'encoprésie secondaire, les douleurs abdominales, l'angoisse de séparation ainsi que l'agrippement.

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

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 défense, avec une immaturité psychique, physiologique et neurologique.

L'Algérie ne fait pas exception, d'ailleurs, il y a enregistrement de 5000 cas d'enfants victimes d'agression sexuelle chaque année, et 80% de ces agressions sont faites en milieu intrafamilial, c'est ce qui nous a été rapporté par la Commission Nationale pour la Promotion de la Santé et le Développement de la Recherche Scientifique (*Kamel Z. 2015, p7*). Un chiffre qu'on peut qualifier d'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, en 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.

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.

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).

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, nous avons noté pour toute l'année 2016, le signalement de seulement 18 cas d'agression sexuelle sur les enfants de moins de 12 ans, 13 d'entre eux sont âgés entre 6 à 12 ans, 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'abus par le fait que l'enfant ne verbalise pas au moment de son occurrence, mais plusieurs mois voire plusieurs années plus tard, elle l'attribue également aux tabous culturels qu'elle qualifie de frein considérable aux révélations d'agressions à caractère sexuel, elle explique que dans la majorité des sociétés, évoquer la sexualité provoque un sentiment de gêne et de honte autant pour le locuteur que son confident, et que dans de nombreux pays les enfants ne sont pas encouragés à parler d'eux-mêmes ou à expliquer leurs difficultés (Josse E. 2007, pp 5-7).

Simon (2004), quant à lui, explique ce phénomène par le fait 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 aggraverait sa situation vis-à-vis de ses parents et de sa famille proche. Il explique que ce silence aura un coût élevé pour l'enfant ; des symptômes corporels s'installent brutalement ou à bas bruit ainsi que des troubles du comportement, et que si personne n'y

prend garde tout semble se calmer telle une source de son trajet souterrain (Simon V. 2004, p15).

Pour ce qui est des symptômes survenant suite à ce type d'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 lorsque l'agresseur est un parent ou un parent substitut, lorsqu'il y a plusieurs contacts sexuels, quand l'abus s'est étalé sur une longue période de temps, lorsqu'il y a eu usage de force physique, lorsqu'il y a eu pénétration, et aussi lorsqu'il y a un manque de soutien par l'autre parent, et un manque de cohésion familiale (Côté L. 1996, pp 218-219).

Simon va même jusqu'à nous parler d'un Syndrome Post-Abus Sexuel (SPAS) avec un certain nombre de constantes dont les signes cliniques psychiques et physiques ne sont toujours pas associés aux critères d'un Post Traumatic Stress Disorder (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).

Nous constatons 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 affirment 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

parce que sa personnalité est en devenir qu'elle en est que plus fragile, vulnérable au choc émotionnel 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, 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 État 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 des 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).

À 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?

Aspects théoriques

1.L'abus sexuel

1.1.Définitions

L'abus sexuel est considéré comme un événement traumatisant, ce n'est donc pas un trouble psychologique avec un diagnostic ou encore un syndrome. La définition la plus reconnue est celle de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), qui le définit 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).

1.2. Les facteurs de risque et de protection associés à l'abus sexuel

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).

- **L'âge** : Lebovici (1989) indique que l'âge auquel l'abus a lieu est variable, mais que selon les études de prévalence, les enfants entre 9 et 12 ans semblent les plus vulnérables. Tandis que Tourigny et Baril (2011) affirment que les enfants de moins de 12 ans, notamment ceux qui ont entre 6 et 11 ans, soient particulièrement à risque d'agression sexuelle intrafamiliale.

Facteurs liés à l'agresseur

- **Le lien victime-agresseur** : 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, pp43-44).

- **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 les 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 graves que ceux faits par un adulte (*Saint-pierre F. et Viau M. 2010, p44*).

1.3. 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:

Quelques indicateurs physiques :

- Des douleurs abdominales, ainsi que quelques désordres gastro-intestinaux, et ne répondant pas aux traitements habituels. D'autres signes peuvent être présents tels qu'une constipation ou encoprésie, parfois associée à une énurésie (*Simon V. 2004, p50*).

- Des difficultés à la marche ou à s'asseoir sont souvent en rapport avec des lésions anales ou génitales. Elles témoignent d'un abus récent et doivent faire rechercher précocement ces atteintes (*Simon V. 2004*). A savoir, des lésions traumatiques récentes ou cicatrisées au niveau génital, périnéal et anal (blessures, fissures suspectes, béance anale ou vaginale anormale, béance du méat urinaire, synéchies, fusions labiales ou adhérences des petites lèvres etc. (*Josse E. 2007, p14*).

- 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 (*Simon V. 2004, p 51*).

Méthodologie de la recherche

La nature de notre recherche implique la méthode clinique descriptive dont l'étude de cas qui en fait partie. En effet, nous avons tenté, en usant de cette méthode, 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.

Le groupe de recherche:

- **L'âge:** nous avons 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 les 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 un événement traumatique en général, et à un abus sexuel plus précisément, sont communes d'après la théorie.

- **Le sexe :** nous n'avons pas voulu limiter notre groupe d'étude à un sexe bien défini, mais fortuitement, les cas que nous avons 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 multiple, et peut prendre différentes formes, mais dans le cadre de notre étude, nous n'avons pas tenu compte de toutes ces spécificités afin d'enrichir notre recherche, mais tous les cas que nous avons pu voir, sont victimes d'agression sexuelle extra-familiale, avec acte de sodomie.

- **Présence d'une éventuelle pathologie chez l'enfant :** nous n'avons pas éliminé de notre population d'étude les enfants qui souffraient d'une quelconque pathologie ou de troubles de comportement avant l'abus sexuel, mais, nous avons 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.

Les outils de la recherche :

Afin de pouvoir répondre à nos questions 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, en portant notre choix sur le dessin libre.

Nous avons aussi pu accéder à tous les dossiers de violence sexuelle 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 savoir ce qu'a révélé l'examen médico-légal.

L'entretien semi-directif 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 (*Benony H. et Chahraoui K. 2013, p 87*).

•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 l'enfant, les compléments graphiques apportés (*Marcilhacy C. 2011, p 81*).

Résultats et discussion

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'événement 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 se sont résumées à un seul entretien, et dans des conditions un peu particulières, ce qui nous a pas permis d'approfondir et d'avoir assez de données.

Nous allons 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.

En comparant les symptômes retrouvés chez les 5 cas avec les critères diagnostiques du DSM-5 pour le trouble stress-post traumatique, nous avons remarqué que les cinq enfants, présentent la plupart des critères cités dans le 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 ainsi que l'agrippement.

Conclusion

Dans notre étude, nous avons 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.

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.

Références bibliographiques

1. Benony, H. et Chahraoui Kh. (2013), l'entretien clinique, Paris : Dunod.
2. Bisson, B. (2015). Séquelles de l'abus sexuel chez l'enfant selon les périodes développementales (Doctoral dissertation, Université Laval).
3. Côté, L. (1996). Les facteurs de vulnérabilité et les enjeux psychodynamiques dans les réactions post-traumatiques. Santé mentale au Québec, 21(1), 209-227.
4. Crocq, L. et al. (2007). Traumatismes psychiques: prise en charge psychologique des victimes. Paris : Elsevier Masson.
5. Josse, E. (2007). Déceler les violences sexuelles faites aux enfants.
6. Kedia M. et Sabouraud-Seguin A. et al. (2013). L'Aide-mémoire de psychotraumatologie-2^{ème} éd : Dunod.
7. Lopez, G. (1997). Les violences sexuelles sur les enfants. Presse Universitaire de France.
8. Marcilhacy, C. (2011). Le dessin et l'écriture dans l'acte clinique: de la trace au code. Elsevier Health Sciences.
9. Saint-Pierre, F., & Viau, M. (2010). L'enfant victime d'agression sexuelle: comprendre et aider. Québec : Ed. De l'Hôpital Sainte-Justine.
10. Simon, V. (2004). Abus sexuel sur mineur. Paris : Armand Colin.
11. Tourigny, Ph., & Baril, K. (2011). Les agressions sexuelles durant l'enfance: Ampleur et facteurs de risque. L'agression sexuelle envers les enfants, 1, 7-42.
12. كمال ز، ملتقى الأبعاد التربوية والنفسية بجامعة تبزي وزو، 5 آلاف حالة اعتداء جنسي على الأطفال، خبراء يجذرون، يومية الشعب بتاريخ 25 نوفمبر 2015.