

Les abus sexuels chez l'enfant : difficultés diagnostique et thérapeutique à propos de deux cas observés à Cotonou (Bénin)

Child sexual abuse: diagnostic and therapeutic difficulties regarding two cases observed at Cotonou (Benin)

Gansou G M¹, Anagonou L², Klikpo E¹, Fioffi Kpadonou E², Ezin Houngbé J².

1 Département de santé mentale, Faculté des Sciences de la Santé, Université d'Abomey Calavi et Centre National Hospitalier et Universitaire de psychiatrie de Cotonou, Bénin

2 Département de santé mentale, Faculté des Sciences de la Santé, Université d'Abomey Calavi et Centre National Hospitalier et Universitaire HKM, Cotonou, Bénin

Auteur correspondant : Grégoire Magloire GANSOU, Maître de Conférences Agrégé de Psychiatrie d'Adultes
Tel : +229 97 32 86 78 E-mail : gregansou@gmail.com

RESUME

Chez l'enfant, les abus sexuels constituent une délicate question. Ils sont à l'origine de traumatisme psychique dont les causes sont parfois difficilement détectables. A partir de deux vignettes cliniques, les modes de révélation de cette forme de maltraitance chez l'enfant ont été abordés ; les indicateurs indirects. L'analyse des divers cas a permis de mettre en exergue les difficultés diagnostique et thérapeutique qu'il est important de savoir pour une prise en charge précoce des victimes.

Mots clés : jeux sexualisés, comportements sexuels inappropriés, abus sexuel, enfants, traumatisme psychique.

SUMMARY

Child sexual abuse is a delicate topic. They lead to many psychic traumatism which causes are sometimes difficult to detect. From two clinic illustrations, we addressed the revelation modes of that form of child abuse, the indirect indicators. The study of those cases has permitted us to highlight the difficulty in the diagnostic and treatment, that it is important to know for an early care of the victims.

Key words: sexualized games, inappropriate sexual behavior sexual abuse, children, psychic traumatism.

INTRODUCTION

Les modes de révélation d'un abus sexuel chez le jeune enfant sont variées. Ils varient selon la nature de l'agression (unique ou répétée), l'identité de l'agresseur (connu ou inconnu de l'enfant), l'âge et le niveau de développement psychologique de l'enfant, le contexte de l'abus et le contexte socio culturel, entre autres. Nombre d'abus sexuels concernant les jeunes enfants sont signalés tardivement aux professionnels de la santé et ne font pas souvent l'objet d'une prise en charge psychiatrique [1, 2].

Le diagnostic de l'abus sexuel est par ailleurs rendu difficile par le comportement des enfants traumatisés qui est dominé par une représentation de soi peu valorisée, une perturbation majeure dans l'organisation du narcissisme, et une relation de contrôle vis-à-vis de l'adulte qu'est l'examineur [1]. A partir de

deux vignettes cliniques, une évaluation analytique des modes de révélation des agressions sexuelles sur enfants a été exposée de même que les répercussions psychologiques qui en découlent et la difficulté de prise en charge à une phase tardive de l'événement.

OBSERVATIONS

Observation numéro 1

L'enfant Jacky, de sexe masculin, âgé de six ans, a révélé au cours des consultations avoir été victime depuis l'âge de cinq ans d'abus sexuels répétés. Des troubles du sommeil faits de cauchemars fréquents, de réveils nocturnes en sursaut avec des cris que Jacky justifiait par la peur, sans parvenir à mieux expliquer constituaient le motif de consultation. Ces symptômes qui témoignent d'une souffrance psychique chez l'enfant ont fait évoquer l'hypothèse de l'existence d'un traumatisme psychique. Dans une démarche de mise

en confiance et de réassurance, au terme de la troisième consultation, l'agresseur en la personne de l'aide-ménagère de la famille a été révélé. Celle-ci aurait fréquemment profité des moments de bains de l'enfant pour lui faire des attouchements sexuels assortis de cadeaux (bonbons). Elle imposait également le secret à Jacky en lui disant « ne dit rien à maman si non elle va me renvoyer de la maison et on ne pourra plus se voir ». Informée des faits, la mère a confié qu'elle s'était déjà inquiétée devant des attitudes sexualisées et compulsives de son enfant à son endroit. Jacky précisait-elle demandait à être touché au niveau du sexe et aimait étonnement lui caresser les seins et la poitrine. La mère déclarait qu'elle avait trouvé cette attitude en inadéquation avec l'âge de son enfant.

Observation numéro 2

Agée de sept ans, elle était venue consulter accompagnée de sa mère pour des terreurs nocturnes avec agitations et pseudo hallucinations. Elle voyait dans le sommeil des personnes qui la pourchassaient armées de bâtons sans qu'elle ne puisse donner plus de précision sur leur identité. Elle avait l'habitude de passer les vacances avec son frère aîné auprès d'un couple ami à ses parents. Ses vacances avaient été écourtées cette fois-ci à cause de ces troubles qui ont disparu peu de temps après le retour précipité en famille. La consultation psychiatrique avait été demandée devant le comportement de la patiente qui disait à son frère aîné : « fais-moi comme ça », en touchant son sexe. Cette consultation avait permis d'objectiver d'autres manifestations comme des jeux sexualisés avec les jouets, l'existence d'une énurésie secondaire et des réactions d'opposition. La consultation avait permis de découvrir que l'agresseur de la fillette était un jeune homme de 20 ans qui venait également passer les vacances dans cette famille et avec qui ils partageaient la même chambre.

La mère déclarait également avoir fait soigner dans le passé sa fille pour des prurits vaginaux répétés en gynécologie. La consultation gynécologique avait objectivé une « vulvite de la petite fille » qui a été traitée sans plus d'investigations.

DISCUSSION

Il n'est pas toujours facile de savoir ce qui doit inquiéter en matière de comportements ayant trait à la sexualité. Cependant certains comportements sexuels doivent conduire à davantage d'investigations cliniques. C'est le cas des pratiques sexuelles inappropriées à l'âge de l'enfant ou d'une excitation sexuelle compulsive [1].

Il a été souligné certains comportements sexuels qui doivent attirer l'attention. Il s'agit notamment de : l'insertion répétée d'objet dans le vagin et / ou l'anus, la demande d'un enfant d'être embrassé ou touché au niveau du sexe, des contacts oro-génitaux, ano-génitaux, génito-génitaux [3]. Jacky et Julie avaient développé des attitudes sexualisées inappropriées à leur âge qui n'ont pas fait l'objet d'investigation approfondie de la part des parents : demande à être touché au niveau des parties génitales, caresse des seins et de la poitrine de la mère. De tels changements de comportement peuvent être évocateurs d'un événement traumatique de nature sexuelle chez l'enfant et méritent de l'attention. Il en est de même des jeux sexualisés de l'enfant avec ses jouets qui témoignent de l'identification à l'agresseur.

Il est rare en effet, en matière d'agression sexuelle que l'enfant se confie spontanément et clairement à ses parents. On peut le voir solliciter sexuellement et inopinément une personne aimée, sans faire attention aux éventuels témoins. Lorsqu'un surinvestissement des zones génitales et une sexualité de type adulte intervient précocement chez l'enfant, les comportements sexualisés sont intégrés comme un mode interactif privilégié pour obtenir des gratifications d'ordre affectif de besoins liés à son âge [4]. L'enfant peut enfin évoquer l'abus sexuel spontanément lorsque la situation actuelle ramène à la mémoire l'image de l'abus [5]. Mais plus il est jeune moins il peut donner de détails et le risque de suggestibilité est grand. N'osant se démarquer du discours tenu par un proche, l'enfant s'enferme dans ce qu'il croit qu'on attend de lui [3]. La sérénité et la prudence s'imposent donc à cet âge de la vie pour dis-

tinguer imaginaire et réalité objective. Il existe des expressions socioculturelles qui traduisent également le phénomène et ses répercussions. On dit en langue *Fon* au sud du Bénin que l'enfant victime de violence sexuelle est "abîmé", il est "déchiré". Abîmé et déchiré s'entend aussi bien au plan physique, psychologique que social. L'hymen est abîmé, déchiré, déchiqueté si ce n'est tout le périnée ; le corps social l'est aussi car c'est la société toute entière qui se sent concernée. L'estime de soi est entamée et plus tard, le sujet va se retrouver abîmé dans son être et dans son intégration à la société.

En milieu culturel africain, l'acte sexuel peut être qualifié de réalité ambivalente : il est le moyen de parvenir à la procréation et par conséquent quelque chose de noble, de bénéfique. Mais mal accompli, il est dangereux car susceptible d'ébranler l'ordre cosmique. Dans ce cas, il n'est plus l'affaire d'un seul individu mais de toute une société. A l'origine de cette analyse se situe en Afrique une conception indispensable à la compréhension de la sexualité : les interdits sexuels concernant l'adultère, l'inceste, la pédophilie, le viol dont c'est la transgression qui conduirait à des calamités dans la société et à des modifications psychophysiologiques dangereuses dans l'organisme de l'individu.

La vertu de faire contracter la souillure morale, d'amenuiser les énergies spirituelles et physiques et d'exercer une influence délétère sur l'organisme physique sont décuplées lorsqu'il s'agit de l'acte sexuel illégitime. C'est pourquoi ce dernier nécessite obligatoirement des rites expiatoires et purificateurs. C'est également dans ce même ordre d'idée que beaucoup de sociétés africaines connaissent la coutume de la confession publique lorsqu'il s'agit de violences sexuelles[6]. Les deux cas cliniques présentés se ressemblent par leur mode d'expression marqué par la présence de manifestations psycho traumatiques. Dans les manifestations psycho traumatiques liées aux abus sexuels, deux tableaux cliniques spécifiques ont été décrits chez l'enfant : le trouble réactionnel de l'attachement et l'état de stress post traumatique [7]. L'apparition des troubles peut être immédiate, post immédiate

ou différée. Les processus de reviviscence, d'évitement et d'émoussement affectif, d'hyperactivité neurovégétative et d'anxiété peuvent être observés [2]. Les cauchemars sont fréquents. L'inconscient de l'enfant collabore activement par le moyen des rêves ou d'images qui lui reviennent à l'esprit. Leur apparition après un traumatisme psychique quel que soit leur thème est généralement considérée comme significative et constitue des signes de grave insécurité. Leur contenu lorsqu'il peut être abordé est moins souvent lié à l'évènement traumatique que chez l'enfant plus âgé ou que chez l'adulte [8]. Chez Jacky comme chez Julie, ces symptômes ont été retrouvés. Mais ils n'ont pas fait l'objet d'investigation approfondie. Il en est de même du signe régressif de perte de la propreté nocturne observé chez Julie, l'énurésie pouvant évoquer à l'origine un abus sexuel [9]. Plusieurs autres symptômes de traumatisme psychiques chez l'enfant ont été également retrouvés et varient en fonction du stade de développement de l'enfant [10]. Chez le jeune enfant, les symptômes s'accompagnent de honte, de retard de développement, un état dépressif avec culpabilité, des difficultés scolaires. Au stade de l'adolescent on retrouve les remémorations, les troubles du caractère et des conduites suicidaires.

CONCLUSION

Devant la multiplicité des symptômes cliniques du traumatisme psychique, il n'est pas toujours facile de distinguer ce qui doit inquiéter en matière de comportements ayant trait à l'abus sexuel. Certains comportements sexuels chez l'enfant doivent conduire à davantage d'investigations cliniques lorsqu'ils témoignent de pratiques sexuelles inappropriées aux différents stades de développement de l'enfant. Le changement brutal du comportement de l'enfant, les terreurs nocturnes, l'apparition des signes régressifs témoignent d'un climat d'insécurité chez l'enfant et peuvent être des indicateurs indirects d'une maltraitance sexuelle.

Le professionnel de santé dans sa démarche diagnostique et thérapeutique, devra tenir compte de la qualité « cognitive », de l'outil langagier et de la nature affective de l'enfant.

REFERENCES

1. Marcelli D. L'enfant à protéger. Protection de l'enfance : structures médico-sociales. In : Adolescence et psychopathologie. 2012, Elsevier Masson. p 563-592.
2. Josse E. Le traumatisme psychique chez le nourrisson, l'enfant et l'adolescent. de Boeck Supérieur, 2013.
3. Haesevoets YH. L'enfant en question de la parole à l'épreuve du doute dans les allégations d'abus sexuel. De Boeck Université, Bruxelles, 2000.
4. Dalila R. Les agressions sexuelles chez le bébé et le très jeune enfant et leurs conséquences. In : Baubet T, Lachal C, Ouss-Ryngaert L, Moro MR, Bébé et trauma. 1^{ère} Edition. Paris : La pensée sauvage ; 2006 : 73-86.
5. de Becker E, Hayez J-Y. L'enfant en dessous de 3 ans maltraité sexuellement : comment les tout-petits « parlent » d'un abus et comment y faire face ? Neuropsychiatries de l'enfance et de l'adolescence, 2003 ; 51 : 105-110.
6. Ombolo JP. Sexe et société en Afrique noire. L'Harmattan, Paris, 1990.
7. Kaufman J, Henrich C. Exposure to violence and early childhood trauma. In: Zeanah CH, Handbook of infant mental health-2nd Edition. New York: Guilford Press; 2000: 195-207.
8. Baubet T, Taïeb O, Pradere J, Serre G, Moro MR. Clinique des traumatismes psychiques dans la première enfance. In Baubet T, Lachal C, Ouss-Ryngaert L, Moro MR, Bébé et trauma. 1^{ère} Edition. Paris : La pensée sauvage ; 2006 : 37-57.
9. Poujol J, Poujol C. Manuel de relation d'aide : l'accompagnement spirituel et psychologique. Empreinte Temps Présent, 1998.
10. Daligand L. Le psychotrauma de l'enfant. Stress et trauma 2009 ; 9(4) : 223-226.