

Enfant et agression sexuelle: entre le verbal et le non verbal

الطفل والاعتداء الجنسي: بين السلوك اللفظي وغير اللفظي

Child and sexual abuse: between verbal and non-verbal

Doct. Hassiba Haffaf

Université Abderrahmane Mira-Bejaia

Dr. Wahiba Hatem

Université Abderrahmane Mira-Bejaia

Date de soumission: 30-01-2021- Date d'acceptation: 19-03-2022-

Date de publication : 31-07-2022

ملخص

الأطفال كائنات تتطور وتُبنى شخصياتهم وهوياتهم باستمرار. وقد يتعرض الأطفال لأشكال مختلفة من الإساءة قد تكون جسدية و/أو نفسية كالاغتداءات الجنسية، مما قد يؤدي إلى ردود فعل عاطفية، سلوكية ومعرفية غير تكيفية، على المدى القريب والبعيد. من خلال هذا الملصق العيادي، وباعتماد تناول إدماجي، نريد تسليط الضوء على الأعراض التالية لاعتداء جنسي على طفل جزائري، والتحقق مما إذا كانت هذه الأخيرة مشابهة لمعايير التشخيص الواردة في الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس للاضطرابات النفسية DSM-5 للاضطراب الضغط ما بعد الصدمة، وهذا باستخدام مقابلة نصف موجهة مع الطفل ووالده. كما استخدمنا أيضا الرسم الحر بهدف الوقوف على الأحاسيس التي لم يتلفظ بها الطفل. أظهرت النتائج وجود معظم المعايير المذكورة في الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس للاضطرابات النفسية DSM-5 للاضطراب الضغط ما بعد الصدمة، ماعدا الأعراض التالية: قلة الشهية للطعام، سلس البول الثانوي وآلام البطن. أما الرسم الحر، فقد كشف عن المعاناة التي لم يستطع الطفل أن يتلفظ بها والتي تتعلق بقلقه، وحزنه وذكرياته المتكررة.

الكلمات الدالة: اعتداء جنسي؛ اضطراب الضغط ما بعد الصدمة؛ طفل جزائري؛ الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس للاضطرابات النفسية؛ رسم حر.

Abstract

Children who are developing and building their personalities and identities may face various forms of physical and/or psychological maltreatment, such as sexual abuse, which may result in inappropriate emotional, behavioral and cognitive responses, both short and long-term. Through this clinical vignette, and by

adopting an integrative approach, we want to highlight the symptoms resulting from a sexual assault committed on an Algerian child, and verify whether they are similar to the DSM-5 diagnostic criteria for post-traumatic stress disorder (PTSD), using a semi-directive clinical interview with the child and his parent. We also used free drawing, with the aim of reaching the child's non-verbalized feelings. The results showed that the child had most of the criteria listed in the DSM-5 for PTSD, with a few symptoms that were not present, namely: inappetence, secondary enuresis, and abdominal pain. The free drawing, on the other hand, revealed a suffering that the child could not verbalize, concerning his anguish, his fear, as well as his repetitive memories

Keywords: sexual assault; PTSD; Algerian child; DSM-5; free drawing.

Résumé

Les enfants sont des êtres en plein développement et en pleine construction de leur personnalité et de leur identité. Ils peuvent être confrontés à diverses formes de maltraitance, d'ordre physique et/ou psychologique, telles que les agressions sexuelles, qui peuvent engendrer des réactions émotionnelles, comportementales et cognitives inadaptées, à court et à long terme. À travers une vignette clinique, et en adoptant une approche intégrative, nous voulons mettre en exergue les symptômes consécutifs à une agression sexuelle commise sur un enfant Algérien, et vérifier s'ils sont similaires aux critères diagnostiques du DSM-5 pour le Trouble de Stress Post-Traumatique (TSPT). Pour cet objectif, nous avons utilisé l'un entretien clinique semi-directif avec l'enfant et son parent. Nous avons également eu recours au dessin libre, dans le but d'atteindre les ressentis non verbalisés de l'enfant. Les résultats ont montré la présence chez l'enfant de la plupart des critères cités dans le DSM-5 pour le TSPT, avec quelques symptômes qui n'y sont pas, à savoir : l'inappétence, l'énuésie secondaire, ainsi que les douleurs abdominales. Le dessin libre quant à lui, a révélé une souffrance que l'enfant n'a pas pu verbaliser, concernant son angoisse, sa peur, ainsi que ses souvenirs répétitifs.

Mots clés : agression sexuelle; TSPT; enfant Algérien; DSM-5; dessin libre.

Introduction

L'enfant, cet être en plein développement, a constamment besoin de soutien et de protection afin qu'il puisse construire une identité et une personnalité plus ou moins équilibrée. Il peut malheureusement être confronté à une multitude de maltraitements, 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 maltraitements les plus intolérables que peut subir un enfant, celle de l'agression sexuelle qui est privilégiée par les prédateurs sexuels. Face aux adultes, les enfants sont vulnérables, sans défense, et dépendants. Il est



facile de les manipuler, de les menacer et de les contraindre au silence. Mais ils peuvent facilement identifier ce qu'ils ont subi (Salmona, 2015). S'ils ignorent totalement la gravité de l'acte qu'ils ont subi, ils savent néanmoins inconsciemment que ce qu'ils vivent n'est pas normal, mais ne disent rien, de crainte d'aggraver la situation. (Simon, 2004)

L'agression sexuelle sur un enfant, peut être définie comme « tout acte ou jeu sexuel, hétérosexuel ou homosexuel, entre une ou des personnes en situation de pouvoir, d'autorité ou de contrôle, et un enfant mineur (de moins de 18 ans). Ces actes sexuels ont pour but de stimuler sexuellement l'enfant ou de l'utiliser pour se stimuler soi-même sexuellement ou pour stimuler une autre personne. Lorsqu'il s'agit d'un adulte ou d'une personne ayant de trois à cinq ans de plus que la victime, les lois de plusieurs pays prévoient qu'il y a automatiquement une situation de pouvoir et qu'il s'agit donc d'agression sexuelle. Lorsqu'il y a une situation de pouvoir ou de contrôle, il y a agression sexuelle si la victime ne consent pas à l'activité sexuelle.

Selon les lois et les situations, varier. Il s'agit là l'âge auquel la victime peut consentir à des activités sexuelles non exploitantes peut d'une définition large de l'agression sexuelle qui inclut les agressions sexuelles avec contact physique ou non ainsi que les actes commis par un agresseur mineur considéré comme étant en situation de pouvoir par rapport à l'enfant victime ou agissant sans consentement de l'enfant ». (Hébert et al. 2011, p. 9).

Simon (Simon, V. (2004), évoque le syndrome post-abus sexuel (SPAS), et explique que d'après ses observations cliniques et son expérience auprès des personnes abusées sexuellement, 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 état de stress post-traumatique (PTSD).

Wolfe (2007) regroupe les symptômes de stress post-traumatique, de dissociation et de dépression et les comportements sexuels problématiques, comme des symptômes propres à l'agression sexuelle. Dans les conclusions de l'une premières recensions des études empiriques, il souligne que les comportements sexuels problématiques et les symptômes de stress post traumatique constituent les deux seules manifestations typiques des enfants victimes d'agression sexuelle (Hébert et al. 2011). Par contre, Ackerman et ses collègues, démontrent 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, cet état arrive en quatrième position, après ceux d'anxiété de séparation, de trouble oppositionnel et d'autres troubles phobiques. Mais 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. Ils soulignent que les violences physiques et sexuelles prolongées subies par un enfant provoquent des symptômes beaucoup plus complexes, entravant la construction de sa personnalité. (Kedia et al., 2013).

D'autres auteurs affirment que les facteurs culturels peuvent avoir une incidence sur la formation des symptômes affectifs et comportementaux, ainsi que sur les attitudes à l'égard de l'abus. (Cohen et al., 2001)

Pour ce qui est de la société algérienne, la sexualité représente un tabou bien gardé qu'il ne faut approcher que sous l'angle du respect des mœurs et des coutumes de la société. Ainsi, l'agression sexuelle contre les enfants est quasi-inadmissible en Algérie sur le plan social, culturel et religieux. Elle est punie par la loi.

Face à telle situation, nous nous demandons quelle symptomatologie peut présenter un enfant algérien après une agression sexuelle? Est-elle similaire aux critères présentés dans le manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-5) pour le trouble de stress post-traumatique? Et que peut révéler le dessin libre chez cet enfant?

1. Méthode

La nature de notre étude qui consiste en la présentation d'une vignette clinique nécessite l'utilisation de la méthode clinique descriptive, plus précisément l'étude de cas. Comme outils nous avons utilisés l'entretien clinique semi-directif, ainsi que le dessin libre comme médiateur, et ce compte tenue des capacités de communication peu développées chez l'enfant, surtout lorsqu'il s'agit de ses ressentis, en plus de la sensibilité du sujet.



2. Analyse des résultats

2.1 Analyse de l'entretien

2.1.1 Analyse de l'entretien avec la mère

Anes (prénom qu'on a choisi pour protéger l'anonymat de l'enfant), est un enfant de 9 ans, l'aîné d'une petite fille de 3 ans. Au moment de notre enquête il suivait sa scolarité en 4^{ème} année primaire. Son père est un ex-gendarme et actuellement, il exerce la fonction d'agent de sécurité. Sa mère est femme au foyer. Par réquisition de police, il a été orienté au service de la médecine légale (notre lieu de recherche), 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 au niveau de ses deux genoux, et une absence de traces matérielles en faveur d'une sodomie aiguë. Ce qui peut être expliqué par le fait que la plainte n'a pas été déposée tout de suite après l'agression. L'enfant n'avait rien révélé à ses parents qui ont découvert les faits par l'intermédiaire de l'un des amis de leur fils, presque 15 jours plus tard.

À la première rencontre, Anes a été accompagné par sa mère, avec laquelle on a effectué l'entretien. Effondrée et constamment en larmes, elle nous a rapporté avec beaucoup de ce qui s'est passé avec son fils. C'est ainsi nous avons appris que son inquiétude a commencé lorsqu'elle a noté les changements de comportement de son enfant, ce qui l'a amené à chercher la cause et à découvrir ce qui est arrivé à son fils.

La maman nous a rapporté qu'elle avait remarqué qu'Anes avait complètement changé. Il s'isolait beaucoup, refusait de sortir, et même d'aller à l'école, et à l'entraînement du Karaté, sport qu'il pratique avant avec beaucoup d'enthousiasme. Il lui disait qu'il voulait changer d'école, et ne voulait plus aller à la salle de sport. Mais quand elle lui demandait pourquoi, il ne disait rien. Au sujet d'un tel comportement, Saint- Pierre et Viau (2010), expliquent que les enfants ont une multitude de raisons d'hésiter pour parler de l'agression et ne pas vouloir la dévoiler, par crainte de ne pas être cru en pensant que ce qu'ils ont à révéler est si invraisemblable et si choquant.

Après sa connaissance des faits, la maman d'Anes a forcé son fils à lui raconter ce qui s'est passé. Il lui a appris que les deux jeunes agresseurs ont profité de l'absence coach pour l'entraîner de force à un coin à côté de la salle de sport. Ils l'avaient ligoté et mis à plat ventre par terre. Lorsqu'elle



a insisté pour savoir si ses agresseurs avaient abusé de lui. N'ayant aucune notion sur la sexualité, il n'avait pas compris ce que sa maman lui demanda, ce que la maman assume en considérant qu'elle n'a pas appris à son fils à se protéger et protégeait son corps.

Les détails de l'agression qu'il a subie, Anes les avait racontés à sa grand-mère, détails que ce les deux agresseurs avaient tout nié devant la justice alors que l'information s'est propagée au niveau de l'école après que l'un d'eux a révélé ce qui s'est passé.

La maman a continué sa narration des faits rapportés par son fils en précisant que ce dernier était devenu agressif et violent avec sa petite sœur, qu'il la frappait et refusait de jouer avec elle, alors qu'il n'était pas comme ça avant. Son comportement a changé à l'égard de sa sœur. Il ne lui faisait plus de câlins et ne l'embrassait plus comme avant, cela peut être expliqué comme un épisode de déréalisation ou de dépersonnalisation.

Au sujet de ce comportement, Hélène Romano (2013), explique que l'enfant a tendance à reproduire la scène traumatique en s'identifiant à l'agresseur. Elle dit que la confusion psychique consécutive à l'abus ne permet pas d'établir une distinction suffisante entre soi et l'extérieur, et que la pulsion agressive et destructrice n'est plus canalisée et envahit instantanément le réel. Elle ajoute que les passages à l'acte peuvent être très agressifs, dans un réel désir d'anéantir l'autre, devenu la cible expiatoire de la violence subie. Crocq (2014), décrit ce précisant que l'enfant agressé ne reconnaisse plus les lieux familiers, ni les adultes familiers, et répond «à côté».

Le changement du comportement d'Anes a touché ses Son niveau régressé alors qu'avant il était brillant. Depuis l'agression, il ne se concentre plus, et il ne porte plus aucun intérêt à ses études, ce son enseignante a remarqué et a fait savoir à ses parents qu'Anes ne se concentrait plus et ne participait en cours. Le père a lui aussi constaté le changement du comportement de son fils. Il le grondait et le frappait. Romano (2013), affirme que la pratique clinique permet de constater souvent une atteinte des fonctions intellectuelles et créatrices, qui peut se manifester par des difficultés de concentration et de mémorisation. Elle pense que les reviviscences post-traumatiques participent à cette atteinte possible des fonctions cognitives, que le traumatisme fige l'activité de la pensée, et que les capacités cognitives de l'enfant sont paralysées par la tourmente intrapsychique qu'il a subie.



L'agression ressentie occupe tout le champ de sa pensée et il se réfugie dans une sorte de «vide intellectuel» réactionnel, qui est à mettre en relation avec l'attitude d'abandon de l'enfant au moment de l'événement, elle ajoute que l'enfant vit dans l'angoisse permanente de la réapparition de ces souvenirs traumatiques et se sent toujours potentiellement menacé ; il agit, il pense, il lutte pour ne pas être envahi par ces «mauvaises images», ce qui est particulièrement coûteux psychiquement.

La maman nous a aussi révélé que son enfant pleure souvent sans raison, et qu'il a du mal à s'endormir. Son sommeil est agité. Il se réveille plusieurs fois pendant la nuit effrayée ou en pleurant. Il demande de ne pas s'approcher de lui quand il dort, car elle lui fait peur. Quand elle le réveille pour aller à l'école, il sursaute effrayer. Simon (2004) évoque des troubles du sommeil consécutifs à une agression sexuelle chez l'enfant, 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. L'enfant peut développer également une hypervigilance comme mécanisme de protection. Des terreurs nocturnes peuvent aussi être présentes chez l'enfant agressé sexuellement. Se réveillant brusquement. Ce dernier est agité et effrayé, voire terrifié. (Saint-Pierre & Viau, 2010)

Parmi les perturbations de comportements observées chez son fils, la maman d'Anes révèle le refus de s'alimenter et une diminution remarquable de l'appétit, ce qu'est généralement observé chez les enfants victimes d'abus sexuels qui tendent à vivre une crise de boulimie, ou bien, au contraire, une perte d'appétit évoluant en quelques mois vers une véritable anorexie mentale. (Simon, 2004).

Hors du domicile parental. Quand quelqu'un le regarde ou s'approche de lui, il a peur, évite son regard et se cache derrière sa maman. Josse (2007) évoque une conduite d'évitement ou une peur subite des adultes du sexe opposé ou du même sexe comme signe de susception d'une agression sexuelle.

2.1.2 Analyse de l'entretien avec l'enfant

Après l'entrevue avec la mère, on a demandé à voir l'enfant seul. Celui-ci était si timide et si crispé. La prise de contact avec lui a été difficile. Quand on lui parlait il ne répondait pas, il avait la tête baissée, mais graduellement, et en allant d'un sujet à l'autre, il a commencé à parler. Il nous a confié qu'il n'avait rien dit à ses parents sur ce qui lui est arrivé car ses agresseurs l'ont menacé de l'égorger si jamais il prononçait un mot. Quand il les croise à



l'école, il a très peur d'eux. Le soir il fait des cauchemars et il a peur de dormir. Il revoit des images de ce qui lui est arrivé et c'est pour cette raison qu'il n'arrive pas à se concentrer en classe et quand il fait ses devoirs à la maison. En abordant les conséquences psychotraumatiques des violences sexuelles sur les enfants, Salmona 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 (des troubles de l'attention, de la concentration et de la mémoire) qui ont souvent un impact négatif sur la scolarité et les apprentissages. (Salmona, 2015).

Le 2ème entretien avec Anes s'est déroulé presque une semaine après. On a vu la maman en premier. Elle nous a informés 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 ait acquis la propreté nocturne dès l'âge de 2 ans. Ce comportement est décrit par Crocq et ses collaborateurs (2014), comme des troubles sphinctériens secondaires suite à un syndrome post-traumatique différé ou chronique.

Poursuivant la description du comportement de son fils, la maman nous qu'Anes ne mange toujours pas assez, et qu'elle a remarqué qu'il est en train de perdre du poids. Quand elle le force pour s'alimenter, il lui dit qu'il ne peut pas manger car il avait mal au ventre, ce que Crocq et ses collaborateurs (2014) décrivent comme des manifestations somatiques telles que les douleurs abdominales comme réaction post-traumatique.

Au sujet de la scolarité de son enfant, la maman nous a révélé qu'en concertation avec son époux, elle demande à l'enseignante de demander de parler aux camarades de classe afin qu'ils arrêtent de se moquer d'Anes qui refuse toujours d'aller en classe et demande qu'on lui change d'école. Il refuse aussi de retourner à la salle de sport.

Au 3ème entretien, Anes est venu accompagné de son père, qui nous a rassuré du fait qu'il y avait une nette amélioration dans les comportements de l'enfant, notamment, sa concentration, la diminution de son agressivité, ses relations sociales à la maison ou à l'école; mais qu'Anes évite toujours de parler de l'événement, et qu'il refuse toujours d'aller faire du sport et lui arrive de mouiller encore son lit parfois.

Le père nous confie aussi qu'il a l'impression que lorsqu'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. Sur ce point précis, Saint-Pierre et Viau affirment 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., & Viau, M. F., 2010). On suppose que c'est ce qui s'est passé pour Anes, puisque ses amis à l'école l'évitaient, se moquaient de lui et l'humiliaient. Le comportement de ses parents peut aussi expliquer ces troubles. 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 regarder, bien que le papa nous dit que lui et sa femme font de leurs mieux pour que l'enfant ne ressente rien et qu'il dépasse cet état. Lors de la 4^{ème} et dernière rencontre, c'est toujours le papa qui a accompagné l'enfant, et selon ce dernier la plupart des symptômes évoqués précédemment étaient toujours présents.

2.1.3 L'analyse du dessin libre

Ce qu'on remarque, en premier lieu, dans le dessin d'Anes est l'absence de dynamisme et de vivacité. Son révèle une angoisse qui ne peut que provenir de l'expérience tragique qu'a vécue, et de l'environnement menaçant dans lequel il vit. Ce qu'on a aussi observé est l'absence de couleurs, le dessin se résume dans des traits noirs sans aucune coloration, ce qui traduit, selon Françoise Dolto (1948), une inhibition, de la peur et de l'anxiété, ainsi qu'un état dépressif (Cognet, 2011).

On remarque aussi que le trait dans le dessin d'Anes n'est pas très prononcé, ce qui révèle selon le même auteur, de l'inquiétude et de la timidité. L'absence totale de personnage veut dire 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 ait dessiné un endroit proche de celui de l'agression, comme un syndrome de répétition, qui est considéré une conséquence très fréquente suite à un événement traumatique. (Cognet, 2011).



Fig. 1 : Le dessin de l'enfant

2.2 Synthèse de l'analyse des résultats

L'analyse des entretiens et du dessin d'Anes nous a permis de recueillir une multitude d'informations sur les comportements qui ont résulté de l'expérience traumatique qu'il a vécue. Ces comportements se caractérisent par une diminution des capacités cognitives qui s'est manifestée par des difficultés de la rétention mnésique, un déficit de la concentration; une 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.

Ils sont également observables dans le développement 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 de réveils nocturnes angoissés avec cauchemars; de réactions de sursaut; et d'une hyperémotivité; ainsi que de souvenirs répétitifs et de reviviscence. Il ressent aussi de la honte et de la tristesse qui peut aller jusqu'à un état dépressif, chose qu'on a pu observer dans son dessin.

3. Discussion

L'objectif de notre contribution est de décrire la symptomatologie consécutive à l'agression sexuelle, et de la comparer aux critères diagnostiques du trouble de stress post-traumatique tel qu'il est décrit dans le DSM 5. Anes a présenté les critères ci-dessous, et ce pendant une période dépassant un mois :

- A1. En étant directement exposé à un ou à plusieurs événements traumatiques;



- B2. 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 ;
- B3. 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.);
- B4. 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;
- C1. Évitement 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;
- C2. 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 ;
- D4. État émotionnel négatif persistant (p. ex. crainte, horreur, colère, culpabilité ou honte) ;
- D5. Réduction nette de l'intérêt pour des activités importantes ou bien réduction de la participation à ces mêmes activités ; D6. Sentiment de détachement d'autrui ou bien de devenir étranger par rapport aux autres;
- D7. Incapacité persistante d'éprouver des émotions positives (p. ex. incapacité d'éprouver bonheur, satisfaction ou sentiments affectueux) ; E1. Comportement irritable ou accès de colère (avec peu ou pas de provocation) qu'exprime typiquement par une agressivité verbale ou physique envers des personnes ou des objets.
- E3. Hyper vigilance;
- E5. Problèmes de concentration ;
- E6. Perturbation du sommeil (p. ex. difficulté d'endormissement ou sommeil interrompu ou agité).



Ce qui nous permet de diagnostiquer un trouble de stress post-traumatique (TSPT), et de le différencier du trouble de stress aigu (TSA), dont la durée est inférieure à un mois. Du trouble de l'adaptation qui implique une réponse à un stress extrême qui ne répond pas aux critères du TSPT ou du TSA, ou quand le mode symptomatique du TSPT ou du TSA survient en réponse à un facteur de stress qui n'est pas extrêmement traumatisant, et d'autres troubles mentaux pouvant survenir après l'exposition à un facteur de stress extrême, tel que le trouble psychotique bref et le trouble dépressif caractérisé (Croq et al., 2016).

À partir de ces résultats, on constate que l'enfant a présenté la plupart des critères cités dans le DSM-5 pour le trouble de stress post-traumatique, avec tout de même quelques symptômes qui ne figurent pas dans ce manuel pour ce trouble, à savoir: l'inappétence, l'énurésie secondaire, ainsi que les douleurs abdominales, et qui ont été cités par différents auteurs, notamment, Louis Crocq, Helene Romano, Evelyne Josse, ainsi que Murielle Salmona. Le dessin d'Anes quant à lui, nous a révélé une souffrance que l'enfant n'a pas pu verbaliser, surtout concernant son angoisse, sa peur, ainsi que ses souvenirs répétitifs.

Conclusion

À travers cette vignette clinique, nous avons tenté de mettre en évidence les symptômes pouvant survenir suite à une agression sexuelle chez un enfant algérien, tout en se demandant s'ils correspondaient à celle d'un trouble de stress post-traumatique (TSPT), chose que nous avons confirmé. Ces symptômes peuvent être estimés comme des signes révélateurs d'une agression sexuelle, en prenant en considération les indicateurs physiques présents ; or la gravité de ces conséquences nous pousse à mettre le point sur l'importance d'une prise en charge précoce et efficace pour les enfants victimes d'une telle agression, ainsi que leurs parents.

Bibliographie

1. American Psychiatric Association. DSM-5: Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (Se éd.)(version internationale)(Washington, DC, 2013). Traduction française par I. D. Guelfi et al.
2. Amor L. B. ; L'Abbé Y. ; Morin P. ; Cousineau D., 2017. *Troubles mentaux chez les enfants et les adolescents : prévenir, repérer tôt, intervenir*, Montréal : Éditions du CHU Sainte-Justine.
3. Chahraoui K. ; Bénony H., 2003. *Méthodes, évaluation et recherches en psychologie clinique*, Paris : Dunod.



4. Cognet G., 2011. *Comprendre et interpréter les dessins d'enfants*, Paris: Dunod.
5. Crocq L., 2014. *Traumatismes psychiques : prise en charge psychologique des victimes*, Paris: Elsevier Masson.
6. Crocq M. A.; First M. B.; Moraru R. M., 2016. *DSM-5-Diagnostics Différentiels*. Paris: Elsevier Health Sciences.
7. Hébert M.; Cyr M.; Tourigny M., 2011. *L'agression sexuelle envers les enfants- Tome 1, vol. 1)*, Québec: PUQ.
8. Josse E., 2007. *Déceler les violences sexuelles faites aux enfants*.
9. Josse E., 2011. *Le traumatisme psychique: chez le nourrisson, l'enfant et l'adolescent*. Bruxelles: De Boeck.
10. Jumel B., 2011. *L'aide-mémoire du dessin d'enfant : observation, analyse, interprétation*. Paris: Dunod.
11. Kédia M., 2013. *L'Aide-mémoire de psychotraumatologie-2e éd. en 49 notions*. Paris: Dunod.
12. Lopez G., 2013. *Enfants violés et violentés : le scandale ignoré*, Paris: Dunod.
13. Marcilhacy C., 2011. *Le dessin et l'écriture dans l'acte clinique : de la trace au code*. Paris : Elsevier Health Sciences.
14. Romano H., 2013. *L'enfant face au traumatisme*, Paris : Dunod
15. Saint-Pierre F.; Viau M. F., 2010. *L'enfant victime d'agression sexuelle comprendre et aider*, Québec : éd. De l'Hôpital Sainte-Justine.
16. Salmona M., 2015. *La reconnaissance de l'impact psychotraumatique sur les enfants victimes de violences sexuelles*.
17. Simon V., 2004. *Abus sexuel sur mineur*, Paris: Armand Colin.

