

LES ABUS SEXUELS : et du côté des jeunes victimes...

D. WÉGIMONT (1)

RÉSUMÉ : La réaction d'un enfant face à un abus sexuel diffère de celle de l'adulte. Les raisons de cette singularité seront évoquées. En plus de ces spécificités propres à l'enfant, de nombreux facteurs rendent la prise en charge complexe et particulière. En effet, l'impact de l'abus sur l'enfant, qu'il soit visible ou non, modifie indéniablement ses schémas cognitifs et les relations qu'il construit par la suite. Ces facteurs, propres à l'enfant ou à la relation d'abus, ont-ils toujours une influence sur les répercussions immédiates, l'accompagnement et le devenir psychologique de ces jeunes victimes d'abus sexuels ?

MOTS-CLÉS : *Abus sexuel d'enfant - Relation d'abus - Développement d'enfant - Répercussions - Approches prudentes*

SEXUAL ABUSE : FROM THE YOUNG VICTIMS' POINT OF VIEW...

SUMMARY : A child subjected to sexual abuse will react differently than an adult would. We will come back to the reasons why. In addition to these characteristics inherent to the child, many other factors make the handling of the situation difficult and unusual. The consequences of child abuse, whether visible or not, do indeed unquestionably alter the child's cognitive schemes and the relationships he will built in the future.

Do these factors, inherent to the child or to the abusive relationship, always influence the immediate outcome, the follow-up and the psychological future of these young victims of sexual abuse?

KEYWORDS : *Childhood Sexual Abuse - Abusive relationship - Child Development - Child Reactive Disorders - Health Knowledge - Attitudes - Practice*

INTRODUCTION

Le problème des abus sexuels sur des enfants n'est pas récent. Cependant, le regard que l'on y porte depuis les dernières décennies change. L'enfant devient sujet de droit au début du XX^{ème} siècle. Les châtiments corporels des enfants posent questions. Les droits de l'enfant apparaissent en 1989. A l'heure actuelle, ce problème tend à être moins tabou et ce, à la lumière de l'actualité sociale, permettant une prise de conscience par les différents acteurs de l'ampleur du fléau.

Dans cet article, nous exposerons brièvement des données épidémiologiques. Les théories de la sexualité infantile et ce qui la différencie de la sexualité adulte, les caractéristiques de la relation d'abus ainsi que le risque de troubles liés à l'abus sexuel serviront de base théorique.

Nous tenterons, également, de mettre en évidence toute la complexité de la prise en charge respectueuse d'un enfant abusé sexuellement en rapport avec ses caractéristiques intrinsèques et les réactions spécifiques de l'enfant face à cet abus.

DÉFINITIONS

On définira la maltraitance sexuelle comme toutes situations confrontant l'enfant à une sexualité d'adulte qu'il n'est pas à même de comprendre ou d'investir et pour laquelle il est incapable de donner son consentement en raison de son âge et de son immaturité psychoaffective (1).

Trois types d'abus peuvent être décrits :

- Les abus de la sphère sensorielle, constitués par l'exhibitionnisme, les climats à tonalité sexuelle, les appels téléphoniques obscènes, le visionnage de films pornographiques...

- Les abus du stade de la stimulation, caractérisés par les attouchements sexuels.

- Les abus du stade de la réalisation, correspondant aux tentatives de viol ou aux viols avec pénétration orale, vaginale, anale, la prostitution, la création de pornographie...

L'absence de protection constitue une forme passive de maltraitance sexuelle. Ces types d'abus sexuels peuvent être :

- extra-familiaux,
- intra-familiaux.

ETAT DES LIEUX

Depuis la fin des années 80, le signalement de situations d'abus sexuels n'a fait que s'accroître de manière considérable et la complexité des situations familiales s'est aggravée. D'après les dernières données, les suspicions d'abus sexuels correspondent environ à 35% des situations signalées aux équipes SOS Enfants.

Selon les chiffres du Service de Protection de la Jeunesse, 2 enfants sur 1.000 ont été victimes d'agressions sexuelles en 2003.

Finckelhor (2) a analysé, rétrospectivement, 19 études de prévalence, et il estime que 20% des femmes et 7% des hommes aux USA ont été victimes d'abus sexuel(s) au moins une fois avant 18 ans.

(1) Assistant pédopsychiatre, ULg, Liège.

L'âge moyen du 1^{er} abus sexuel est de 8 à 10 ans. Les mineurs connaissent leur agresseur dans 70% des cas.

De ces 70 %, 80 % des abuseurs sont des membres de la famille au sens large. Les 20 % restants se partageant entre les camarades, les voisins, l'encadrement pédagogique ou sportif...etc. Moins de 28% des femmes et moins de 10 % des hommes ayant vécu un abus sexuel ont demandé de l'aide.

CARACTÉRISTIQUES INTRINSÈQUES DE L'ENFANT

SEXUALITÉ INFANTILE («NIER LA SEXUALITÉ INFANTILE N'EST NI RESPECTER NI PROTÉGER L'ENFANT») (3)

Les jeunes enfants possèdent leur propre sexualité qui n'est pas celle de l'adulte. Cette sexualité est non génitale.

Freud (1905), désigne par le terme de théorie sexuelle infantile l'ensemble des théories des enfants sur la sexualité (4). Pour lui, la sexualité infantile a 3 caractéristiques :

- elle s'étaye «sur une fonction physiologique essentielle à la vie»,
- elle ne connaît pas d'objet sexuel en dehors du corps de l'enfant, elle est donc auto-érotique,
- son but sexuel est sous la domination d'une zone érogène.

Sur les besoins physiologiques (tétée - suçotement) s'étaye la première manifestation d'auto-érotisme : le plaisir oral.

La zone anale devient également rapidement une zone érogène chez le jeune enfant. Cette zone a en fait toutes les caractéristiques d'une zone érogène (fonction physiologique, muqueuse, sensorialité).

La zone érogène se déplace, classiquement, vers la zone génitale. Le stade phallique se caractérisant par le complexe d'Œdipe, l'angoisse de castration et l'interdit de l'inceste.

L'enfant va se prendre de passion pour les recherches sexuelles. Les premières questions que se posent l'enfant sont celles de l'origine des enfants et de la différence des sexes. Ceci se manifeste par une pulsion de recherche et de savoir. Il s'interrogera alors sur la scène primitive. «Ce sont là des problèmes éveillant son intelligence» (5).

Il s'ensuit une période de latence sexuelle où prédominent le refoulement de ces phases pré-génitales et la sublimation au travers de l'activité

intellectuelle. La puberté, elle, donnant vie à une sexualité génitale.

DIFFÉRENCE AVEC LA SEXUALITÉ ADULTE

La sexualité adulte se différencie de la sexualité infantile par le primat de la zone génitale, le choix d'un objet total et la possibilité de procréer. La sexualité de l'enfant diffère précisément du fait de l'immaturité physique et psychologique d'un enfant prépubère.

Ferenczi (6) oppose le langage de la tendresse de l'enfant au langage de la passion de l'adulte. L'enfant ne peut pas donner sens au langage sexuel de l'adulte.

Si l'enfant possède des pensées et des gestes qui peuvent être qualifiés de «sexuels», ces manifestations sont pourtant d'une toute autre nature que celles observables chez l'adulte.

Lorsqu'il est confronté à des jeux sexuels d'un adulte abuseur, ils ne sont pas pour lui des jeux érotiques ayant une finalité génitale. Ils sont une découverte pouvant être empli d'un amour tendre. L'enfant va donc être trompé.

L'enfant peut, également, être un séducteur vis-à-vis de l'adulte qui cherche à l'agresser (7). L'enfant croit y voir un retour de sa sexualité infantile innocente et ici, il ne voit pas l'incompatibilité avec l'amour tendre.

Il va devenir un petit séducteur du fait de ce lien entre sa tendresse et une certaine sexualité infantile. L'adulte abuseur va se laisser exciter par ce comportement.

C'est cela que Ferenczi appelle la confusion des langues. Ce que l'enfant veut dire, l'adulte abuseur ne le comprend pas parce qu'il s'imagine que c'est un jeu séducteur. Ce comportement va l'exciter et il va alors imposer sa sexualité d'adulte, traumatique pour un enfant qui ne l'a pas intégrée et qui pensait qu'il y avait un jeu.

LE LANGAGE, LA MÉMOIRE ET LE TEMPS CHEZ L'ENFANT

L'affectif et l'angoisse influencent la pensée et le discours

Chaque enfant acquiert à son rythme le langage ainsi que sa signification en fonction de ses capacités intellectuelles et de son environnement. Il faudra en tenir compte dans l'analyse du discours de l'enfant.

Van Gijseghem (8) décrit l'existence de facteurs d'ordre affectif et cognitif venant biaiser le récit de l'enfant : la certitude de ne pas être cru, la difficulté de parler et de réitérer des accusations à l'encontre d'un adulte significatif, le besoin d'oublier ou de censurer un événement,

la diminution de la précision du souvenir avec le temps, la suggestibilité...

Le récit s'altère progressivement avec le temps. En effet, on constate une contamination variée ainsi que des reconstructions narratives ayant pour but de rendre le récit plus supportable tant pour l'enfant que pour l'adulte. Cette détérioration du récit est également liée à la suggestibilité de l'enfant qui est d'autant plus grande que l'enfant est jeune. Tout ceci met en cause sa crédibilité.

Caractéristiques mnésiques

Van Gijseghem expose, en outre, les particularités de la mémoire de l'enfant.

La mémoire de scénario est le type de mémoire utilisé par celui-ci. La mémoire épisodique (rappel de faits) n'est pas performante. Le temps aidant, le rappel de la scène abusive pourra paraître morcelée voire farfelue ou impossible.

Ce scénario est construit sur base de répétition d'événements qui s'entremêlent et fusionnent. Chaque événement perd de sa spécificité. Il devient difficile pour l'enfant de se souvenir de détails propres à chaque événement.

L'espace-temps chez l'enfant

Van Gijseghem rappelle enfin quelques caractéristiques temporo-spatiales de l'enfant.

La perception du temps chez l'enfant n'est ni linéaire, ni chronologique. Elle est plutôt contextuelle. L'enfant met d'abord en place le présent, le passé puis le futur. L'usage des temps de conjugaison informe de sa capacité à se repérer dans le temps.

De 3 à 4 ans, l'enfant est incapable de rapporter chronologiquement un quelconque événement même récent. Il ne maîtrise pas les notions temporelles (hier, aujourd'hui, les jours, mois, années...). Il sera important de tenter de faire le lien entre des événements spécifiques à la vie de l'enfant (anniversaire, St-Nicolas, congés scolaires...) et les faits recherchés lors d'interview.

De 5 à 7 ans, le temps court commence à mieux s'organiser. Progressivement, l'année se structure en mois et saisons, la semaine en jours. Le temps est organisé autour de la scolarité et des événements de vie familiaux.

Après 7 ans, les apprentissages cognitifs facilitent le repérage dans le temps, la date du jour s'intègre dans les acquis de l'enfant.

L'adolescent perçoit mieux le temps et place plus facilement des événements dans un contexte chronologique de manière plus stable.

Il sera important de garder en mémoire que chaque enfant progresse à son rythme et que ceux qui souffrent d'un retard intellectuel ou d'une maladie mentale sont plus en retard que les autres dans le développement de cette capacité.

De plus, l'acquisition et la perception du temps chez l'enfant victime d'un abus sexuel peut être perturbée selon la sévérité et la durée de l'agression sexuelle. L'enfant, et même l'adolescent, va mélanger des faits plus anciens à des épisodes plus récents.

Ce n'est pas parce que l'enfant ne peut pas dire où, quand, comment et à quelle fréquence, qu'il ne s'est rien passé.

CARACTÉRISTIQUES DE LA RELATION D'ABUS

Pour décrire la relation existant entre l'enfant et l'adulte abuseur, nous la développerons en 5 axes. L'imposition du secret, la honte, la culpabilité, l'adaptation ainsi que les privilèges.

Dans le cadre d'abus sexuel, la parole de l'enfant trahit un secret autour duquel s'est organisée l'emprise abusive et sa dynamique (9). Le secret entretient la relation abusive au point d'en faire son fondement.

Il protège l'abuseur et joue un rôle fondamental dans le fonctionnement psychique de l'enfant.

Le plus souvent, l'agression sexuelle a lieu dans un contexte de relations suivies entre l'agresseur et l'enfant (10). Ces relations de longue durée donnent à l'agresseur l'occasion d'exploiter les désirs et les craintes de l'enfant. Un père incestueux, par exemple, donnera peut-être des privilèges ou des cadeaux à son enfant pour s'assurer la coopération et le silence de ce dernier.

L'abusé pourra s'isoler d'autant plus qu'il sera gagné par la peur du regard des autres et par une culpabilité entretenue, bien souvent, par l'abuseur.

L'agresseur impose le secret et suscite chez l'enfant la crainte de détruire l'intimité et le sentiment de sécurité par ailleurs intact qu'inspire la famille.

Le sentiment de faute de l'enfant, qu'il soit spontané, provoqué par l'abuseur ou par l'entourage de l'enfant, est souvent conforté par l'injonction du secret imposé.

L'agresseur emploie diverses tactiques pour s'approcher d'un enfant et l'empêcher de parler, notamment la menace, la force physique, l'achat

du silence et d'autres formes de contraintes physiques ou psychologiques.

Summit (1983) (11), a décrit le Syndrome d'Adaptation résultant de la succession des états émotionnels de l'enfant faisant face à une situation d'abus. Après un premier mouvement de refus, de haine et de dégoût, s'installe rapidement une peur intense l'obligeant à se soumettre à la volonté de l'agresseur, à deviner le moindre de ses désirs, à obéir en s'oubliant complètement et à introjecter totalement l'agresseur. C'est-à-dire que celui-ci disparaît en tant que réalité extérieure. Mais le changement important réside dans l'introjection du sentiment de culpabilité de l'agresseur. Le jeu lui apparaît alors comme un acte méritant une punition.

En révélant ce secret, l'enfant transgresse un nouvel interdit et se charge d'une culpabilité et d'une honte supplémentaire.

Libérer un secret, c'est aussi prendre des risques, qu'ils soient réels ou fantasmatiques, ou perdre un statut particulier voire une satisfaction.

Les enfants ont de la difficulté à rompre le silence (12). Dans l'univers de l'enfant, les adultes contrôlent la plupart des ressources et semblent tout savoir.

Il faut également tenir compte du sentiment de loyauté que l'enfant peut avoir envers l'abuseur, d'autant si celui-ci est connu et, par ailleurs, aimé par l'enfant abusé. L'enfant, étant persuadé que sa parole peut être mise en doute et que ce qu'il a à dire est très connoté sexuellement et chargé émotionnellement procède alors, par petits essais.

L'enfant voulant parler de l'agression dont il est victime afin qu'elle cesse, craint souvent qu'on ne le croit pas, qu'on ne le protège pas ou a peur de ce qui pourrait arriver s'il parlait.

Il est normal qu'un enfant attende un an ou plus pour parler de l'agression qu'il a subie. Il en parlera peut-être plus facilement si une autre victime signale une agression par le même contrevenant ou si on lui pose des questions directes au sujet d'agressions possibles.

Parfois, les enfants rétractent des allégations d'agressions véridiques (13). Cela n'a rien d'étonnant, puisque l'enfant craint de ne pas être cru mais également les retombées qu'une divulgation aura sur la famille ou sur lui. Si l'adulte agresseur est une personne de pouvoir aux yeux de l'enfant, on pourra assister d'autant plus à des actes semblables.

CONSÉQUENCES DE L'ABUS

Tout abus sexuel n'engendre pas systématiquement des troubles (14). Les conséquences dépendent largement de l'âge de l'enfant. Cependant, elles sont fréquentes.

Il faut, malgré tout, rester prudent car chaque cas est particulier et unique.

La plupart des troubles ne sont pas spécifiques aux abus sexuels. Nous serons vigilants si ces troubles se combinent et s'il existe un contexte particulier.

Ce n'est pas tant le sexe qui est à l'origine des troubles psychologiques mais le contexte psychologique de l'abus (15).

Interviennent la différence d'âge, le sexe de l'enfant, la nature des actes, la durée de l'abus, le rapport d'autorité, les pressions subies, la culpabilité liée à la sexualité, la personnalité de l'adulte et de l'enfant.

Interviennent secondairement les événements qui peuvent résulter de la découverte de l'abus, comme les réactions de l'entourage, les enquêtes judiciaires, les interrogatoires de police, les examens de la zone périnéale, la prise en charge psychologique inadéquate, la survictimisation, voire l'instrumentalisation médiatique de l'enfant, conditions qui peuvent être vécues par l'enfant comme un «deuxième viol» de son intégrité physique et psychique.

A l'instar des abus extra-familiaux, les incestes ont des effets plus sérieux et plus durables, surtout si l'inceste a commencé dès le jeune âge, s'il se prolonge plusieurs années, si l'agresseur est le père ou le beau-père, si l'évènement est tenu secret pendant une longue période (16).

On sera particulièrement attentif à la bonne préparation et compréhension de l'enfant concernant les procédures. On veillera à ne pas induire chez celui-ci des dires ou des comportements pouvant produire, parfois, autant de dégâts que l'abus lui-même.

CONSÉQUENCES PHYSIQUES OU PHYSIOLOGIQUES

Lésions, douleurs, infections, M.S.T., grossesse (17).

CONSÉQUENCES PSYCHOLOGIQUES ET COMPORTEMENTALES

Troubles dépressifs, troubles anxieux (Etat de Stress Post-Traumatique), troubles des conduites alimentaires, conduites addictives, troubles de personnalité et/ou d'identité sexuelle, troubles psychosomatiques (énurésie, encoprésie, céphalées, conversion hystérique...), troubles du comportement (agitation, agressivité, condui-

tes asociales, ...), troubles du sommeil, troubles d'apprentissage, de concentration et intellectuels, inhibition ou désinhibition sexuelle, perte de confiance en soi et/ou autrui, perte d'estime de soi et/ou d'autrui, manque de respect pour son corps et/ou de l'autre, distorsion de la perception de soi et/ou d'autrui, confusion des sentiments, des émotions, sentiment d'être victime, victimisation, culpabilité, honte, colère, retrait social, avoir tendance à faire preuve de sur-contrôle ou d'une trop grande soumission...

CONCLUSION

Nous avons pu constater que l'abus sexuel, qu'il ait des répercussions visibles ou non, s'inscrit profondément dans le fonctionnement psychique de l'enfant. Il en modifie l'activité d'une manière telle que tous les processus cognitifs de l'enfant, d'habitude si spontanés, passent au travers d'un filtre qui s'est immiscé à l'intérieur du psychisme de l'enfant durant la relation abusive. Si l'enfant se remet d'une telle agression, il en ressent une énorme confusion. A vrai dire, il est déjà clivé, à la fois innocent et coupable.

Toutes ces notions sont fondamentales lorsque l'on est confronté à une telle problématique et rendent compte de l'immense difficulté de mener respectueusement ces interventions. Il sera nécessaire que chaque protagoniste y soit attentif afin que ces interventions soient efficaces et libératrices pour l'enfant.

Même lorsque ces interventions sont correctement effectuées, elles peuvent amener l'enfant, en fonction de ses capacités, à modifier son comportement ou ses dires de manière parfois dommageables.

En tant que soignants, nous devons veiller à analyser cette relation d'abus et les conditions de révélation de celui-ci afin de s'approcher au mieux de ce fonctionnement psychique particulier et endommagé. Ceci permettra d'être au plus près du discours de l'enfant et de lui apporter une écoute et un soutien au plus proche de sa réalité.

REMERCIEMENTS

Au Docteur Hainaut (SOS Famille à Montegnée) pour son écoute et le partage de son expérience précieuse.

BIBLIOGRAPHIE

1. Haesevoets Y-H.— Regard pluriel sur la maltraitance des enfants, Editions Kluwer 2003.
2. Finkelhor.— Epidemiological factors in the clinical identification of child sexual abuse. *Child Abuse & Neglect*, 1993, **17**, 67-70.
3. Freud S.— *La vie sexuelle*, PUF, Paris, 1969.
4. Freud S.— Trois essais sur la théorie sexuelle, Folio-Galimard 1989 (ré-édition).
5. Lebovici S, Soulé M, Kreisler L, Fain M.— L'enfant et son corps. *Etudes sur la clinique psychosomatique du premier âge*. Ed. Puf, 1996.
6. S. Ferenczi.— *Confusion de langue entre les adultes et l'enfant*. 2004, Petite Bibliothèque Payot.
7. Ney PG, Fung T, Wickett A.— Causes of child abuse and neglect. *Can J Psychiatry*, 1992, **37**, 401-405.
8. H. Van Gijsegheem.— L'enfant mis à nu. *L'allégation d'abus sexuel : la recherche de la vérité*. Montréal. Méridien 1995.
9. Marceline GABEL.— *Les enfants victimes d'abus sexuels*. PUF 1998.
10. P. Van Meerbeeck.— *L'infamille ou la perversion du lien*. De Boeck Bruxelles 2003.
11. Summit R. C.— The child sexual abuse accommodation syndrome, *Child abuse & neglect*, 1983, **7**, 177-193.
12. H. Van Gijsegheem, L. Gauthier.— *Faits et méfaits de la psychothérapie chez l'enfant victime d'abus sexuels*, 1999, 190.
13. D. Gauthier.— *L'enfant victime d'abus sexuels*, Nodules PUF 1994.
14. Brilleslijper-Kater SN, Friedrich WN, Corwin DL.— Sexual knowledge and emotional reaction as indicators of sexual abuse in young children: theory and research challenges. *Child Abuse Negl*, 2004, **28**, 1007-1017.
15. Murthi M, Espelage DL.— Childhood sexual abuse, social support, and psychological outcomes: A loss framework. *Child Abuse & Neglect*, 2005, **29**, 1215-1231.
16. A. Crivillé, M. Deschamps, C. Fernet, M-F Sittler.— *L'inceste*. Enfances Cliniques. 1993.
17. Steel J, Sanna L, Hammond B, et al.— Psychological sequelae of childhood sexual abuse : abuse-related characteristics, coping strategies, and attributional style. *Child Abuse Negl*, 2004, **28**, 785-801.

Les demandes de tirés à part sont à adresser au Dr. D. Wegimont, 49 rue des Bas-Sarts, 4100 Seraing, Belgique.