



Les réponses de la psychologie scientifique aux questions que tout le monde se pose

La question que tout le monde se pose un jour ou l'autre :

Comment déceler des violences sexuelles faites à un enfant ?

Le spécialiste qui y répond sur la base de la psychologie scientifique : Evelyne Josse

Une courte biographie de l'auteur :

Evelyne Josse est psychologue. Elle est formée à l'hypnothérapie éricksonnienne, à l'EMDR et à la thérapie brève. Elle pratique en tant que psychothérapeute en privé, exerce en qualité de formatrice en victimologie et est consultante en psychologie humanitaire. Elle s'est spécialisée en psychotraumatologie, particulièrement dans le domaine de la violence sexuelle.

La réponse fournie par l'auteur :

Introduction

Les violences sexuelles sont rarement dévoilées au moment de leur occurrence. Généralement, la victime ne révèle les faits que plusieurs mois, voire plusieurs années plus tard. Souvent même, le silence n'est brisé qu'à l'adolescence ou à l'âge adulte. L'enfant dénonce plus facilement la maltraitance sexuelle si une autre victime signale une violence similaire commise par le même auteur, si l'agresseur est étranger au cercle familial ou si on lui pose des questions directes au sujet d'agressions possibles. Dans la majorité des cas (60 à 90% des cas selon les pays et/ou les études), la jeune victime connaît son agresseur (membre de sa famille ou personne jouissant de sa confiance tels qu'amis de la famille, voisins, connaissances, éducateurs, enseignants, religieux, etc.).

Les indices évocateurs d'une agression sexuelle couvrent un large éventail de signes cliniques, de manifestations physiques, émotionnelles et comportementales et s'étendent de troubles discrets à des symptômes massifs.

Les signes relevant de la santé.

Voici la liste des indicateurs devant faire suspecter une agression sexuelle :

- * **Les indices de violence physique** (violence commise au moment de l'agression sexuelle ou dans un contexte familial violent) ;
- * **La présence de sperme** sur le corps de l'enfant ou sur ses vêtements ;
- * **Des lésions traumatiques** (récentes ou cicatrisées), des saignements ou des douleurs au niveau génital, périnéal et anal. Soulignons, cependant, que l'intromission par l'enfant lui-même d'un objet (par exemple, un jouet) dans le vagin ou l'anus peut provoquer des lésions similaires à celles causées par une agression sexuelle ;
- * **Les maladies sexuellement transmissibles.** Notons que certains germes peuvent être transmis de la mère à l'enfant *in utero* (par exemple, la syphilis, le VIH), au moment de l'accouchement (par exemple, les condylomes à papillomavirus), ainsi que par exposition *post-partum via* l'allaitement au sein (par exemple, le VIH). La transmission parentérale (par transfusion sanguine, par contact avec du sang ou des dérivés sanguins) est également bien connue pour certaines maladies (par exemple, l'hépatite B). Une contamination accidentelle de tégument à tégument, par des sous-vêtements ou par des objets de toilette est aussi possible pour certaines infections (par exemple, les condylomes à papillomavirus). En revanche, un herpès simplex de type II au niveau périnéal au-delà de l'âge de 3 mois, des Trichomonas vaginalis chez l'enfant de plus de 6 mois, une gonorrhée (Neisseria gonorrhoeae) chez un enfant de plus d'un an ou des Chlamydia trachomatis après l'âge de 3 ans donnent une quasi

certitude d'abus sexuel. Il en est de même d'une syphilis ou d'un VIH lorsque la mère est séronégative pour ces infections. La transmission de *Gardnerella vaginalis* et de mycoplasmes génitaux (*Ureaplasma urealyticum*, *Mycoplasma hominis*) peut être sexuelle, mais ce n'est pas systématique. La transmission sexuelle de condylomes à papillomavirus est possible, mais d'autres modes de contamination peuvent être évoqués ;

* **Les contusions, les déchirures et les cicatrisés hyménales.** Un hymen intact n'exclut, cependant, pas une agression sexuelle car il peut y avoir pénétration vaginale sans déchirure de l'hymen. *A contrario*, il peut y avoir violence sexuelle sans pénétration vaginale ;

* **Une grossesse chez une adolescente** doit faire envisager la possibilité d'un abus, surtout si elle est mal acceptée, déniée¹, déclarée tardivement et que le père est absent ou que son identité reste volontairement secrète. Une demande de test SIDA, d'un test de grossesse, de contraception ou d'avortement pour une jeune fille pubère doit être interrogée surtout si elle émane des parents ou d'un tiers adulte.

Souvent les signes physiques d'une agression sexuelle ne sont pas aussi nets, aussi graves ou aussi caractéristiques que ceux décrits ci-dessus. Même lorsque l'on procède à l'examen médical immédiatement après le viol, des dommages corporels ne sont pas systématiquement détectés. En effet, les abus sont fréquemment commis par des proches sans recours à la violence physique. De plus, les maltraitements sexuels perpétrés contre les enfants ne se limitent pas à la pénétration vaginale ou anale, mais englobent aussi les attouchements, les simulations d'acte sexuel, les fellations forcées, etc. Certains signes incitent néanmoins à envisager l'éventualité d'un abus sexuel en raison du contexte dans lequel ils surviennent. C'est le cas des manifestations somatiques (troubles gastro-intestinaux et urinaires, maux de gorge, gêne à la déglutition, fatigue, douleurs diffuses, céphalées, poussées de température, etc.).

Les indices psychosociaux

Plus de 30% des enfants sexuellement maltraités ne présentent pas de réactions préoccupantes au moment des faits. En aucun cas, cette absence de symptômes ne signifie qu'ils ne souffrent pas, qu'ils ne présenteront pas ultérieurement des troubles ou qu'ils n'ont pas besoin d'aide.

Près de 60% des jeunes victimes manifestent leur souffrance par le biais de signes somatiques, comportementaux et psychologiques qui peuvent s'associer ou se succéder dans le temps. L'expression de cette souffrance prend des formes diverses selon la maturité de l'enfant, sa personnalité et ses antécédents, la durée et la fréquence des abus, ainsi que l'identité de l'agresseur et la proximité relationnelle qu'il entretient avec la victime. Cependant, quel que soit son âge, un changement récent et massif du comportement de l'enfant doit inciter d'emblée à envisager l'éventualité d'un traumatisme (non spécifiquement sexuel). L'apparition subite de peurs incontrôlables, de pleurs, d'une tristesse, d'une énurésie, d'une encoprésie, de troubles de l'appétit, de troubles du sommeil, ainsi que le désinvestissement d'activités significatives (conduites ludiques, scolarité) sont des signes d'alerte.

Les jeunes victimes peuvent manifester des réponses émotionnelles et comportementales plus spécifiques des violences sexuelles.

* **Les troubles de la conduite sexuelle et les comportements sexuels précoces** doivent dans tous les cas faire suspecter des abus sexuels. Les enfants sexuellement agressés mettent en scène des aspects ou des thèmes de l'agression sexuelle de manière répétée dans leurs dessins, leurs jeux ou leurs fantaisies (par exemple, jeu « papa et maman » ou jeu « du docteur » particulièrement réalistes ou violents, simulation de rapports sexuels avec des jouets accompagnés de gestes, de bruitages, etc.). Les enfants peuvent témoigner de connaissances sexuelles inadaptées à leur âge ou à leur degré de développement (dessins suggestifs, mots crus, gestes sexualisés, jeux sexuels précoces, etc.), manifester des préoccupations sexuelles excessives pour leur âge (curiosité soudaine portée aux parties génitales des êtres humains ou des animaux, questionnement récurrent sur la sexualité, voyeurisme, allusions répétées et inadéquates à la sexualité), se livrer à des conduites auto-érotiques prématurées, parfois compulsives (attouchements

¹ « **Le déni de grossesse** » est fréquent chez les très jeunes adolescentes enceintes suite à un viol et chez les jeunes filles enceintes suite à un abus sexuel incestueux.

des parties génitales, masturbation excessive, y compris en public, introduction d'objets dans le vagin ou l'anus) ou adopter des conduites sexuellement provocantes et exhibitionnistes. Certains présentent un comportement séducteur et sexualisé, érotisant leurs rapports à autrui, attribuant une connotation sexuelle injustifiée aux attitudes des adultes, voire harcelant ou agressant sexuellement des adultes ou d'autres enfants. *A contrario*, d'autres enfants manifestent un rejet de tout ce qui touche à la sexualité. Ces comportements ne constituent, cependant, pas une preuve formelle de maltraitance sexuelle. En effet, les enfants manifestent généralement une grande curiosité sexuelle. A l'adolescence, les bouleversements hormonaux et pulsionnels stimulent également cet intérêt. La masturbation, même intensive, est banale avant l'âge de 3 ans. De plus, l'enfant peut reproduire des scènes qu'il a surprises (par exemple, adultes se livrant à des rapports sexuels en réalité ou à la télévision).

*** Certains enfants expriment leur peur que leurs parties génitales soient endommagées, déclarent que leur corps est sale ou se livrent à des rituels de lavage obsessionnels.** D'autres, au contraire, refusent d'être changés, craignent la toilette des organes génitaux ou négligent soudainement leur hygiène. Les adolescentes peuvent devenir obèses ou cachectiques suite à des troubles du comportement alimentaire, l'obésité ou la maigreur leur tenant lieu de protection contre la séduction.

*** Un refus brutal de se déshabiller pour aller se coucher ou de se dévêtir en public dans des lieux *ad hoc*** (piscine, plage, vestiaire sportif, etc.) et la manifestation soudaine d'une gêne inhabituelle devant un adulte sont également en faveur d'un abus de nature sexuelle. A l'inverse, d'autres enfants, parce qu'ils ont appris à construire leurs relations sur base sexuelle, adoptent un comportement provoquant et se dévêtent sans gêne dans des situations inconvenantes.

*** On doit se poser la question d'une maltraitance lorsque l'enfant refuse soudainement, sans raison apparente ni compréhensible, de côtoyer ou de rester seul en présence d'une personne jusqu'alors appréciée ou tolérée** ou lorsqu'il déclare abruptement qu'il la déteste. Une conduite d'évitement ou une peur subite des adultes du sexe opposé ou du même sexe (type de peur déterminée par le sexe de l'abuseur) doit également inciter à envisager un vécu de violence.

Conclusion.

Dans certains cas, il est possible de déceler sur le corps de l'enfant victime des signes évocateurs d'une violence sexuelle tels qu'une lésion, une infection, etc. Il faut, cependant, se garder de conclure trop hâtivement à un diagnostic de violence sexuelle. En effet, une blessure peut être occasionnée par l'intromission d'un jouet par l'enfant lui-même ; une infection peut être transmise de la mère à l'enfant ; une maladie peut être due à une contamination accidentelle, etc. Dans de nombreux cas, néanmoins, les agressions sexuelles n'entraînent pas de séquelles physiques et un examen clinique ne peut les dépister.

Au niveau psychologique, aucun signe pris isolément n'atteste à coup sûr d'une agression sexuelle. En effet, certains enfants présentent des réactions que l'on peut juger préoccupantes alors qu'ils n'ont pas subi de maltraitance ou d'abus. De plus, il est malaisé de distinguer les troubles relevant d'un traumatisme spécifiquement sexuel des réactions manifestées suite à d'autres événements traumatogènes ou potentiellement perturbant tels que la maltraitance physique ou morale, la négligence grave, un deuil, une séparation familiale, etc.

C'est la conjonction, la répétition, l'accumulation, la cohérence et la permanence d'indices physiques et de signes en rupture avec le comportement antérieur de l'enfant qui permettront de confirmer ou d'infirmer le diagnostic d'agression sexuelle.

Quelques références bibliographiques incontournables pour les spécialistes :

Actes du colloque « Conséquences des maltraitements sexuels. Les reconnaître, les soigner, les prévenir », 7^{me} Conférence de consensus de la Fédération Française de Psychiatrie, novembre 2003 - Paris, <http://psydoc-fr.broca.inserm.fr/conf&rm/conf/confvictime/prvictimes.html>

Agence de Santé Publique du Canada (2006). *Lignes directrices canadiennes sur les infections transmissibles sexuellement. Populations spécifiques. Abus sexuel à l'égard d'enfants impubères et prépubères* http://www.phac-aspc.gc.ca/std-mts/sti_2006/pdf/06sti2006a_f.pdf

- Doutaz M., Spalinger J. (2003). « Maltraitance infantile – quelque chose m'échappe-t-il ? », *Forum Médical Suisse* **20** : 469-474 http://www.medicalforum.ch/pdf/pdf_f/2003/2003-20/2003-20-517.PDF
- Gillot D. (2000). Le praticien face aux violences sexuelles <http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/violence/guid.pdf>
- Haesevoets, Y.H. (2000). *L'enfant en questions, De la parole à l'épreuve du doute dans les allégations d'abus sexuels*. Bruxelles : De Boeck.
- Labbé J. Les abus sexuels envers les enfants prépubères <http://www.urgence-pratique.com/2articles/Pediatrie/Abus-sexuels.htm>
- Labat J.-J. (1996). Abus sexuels et pathologie fonctionnelle pelvipérinéale. *Continence et Statique Pelvienne* **3** : 10-13, www.urofrance.org/lienbiblio.php?ref=CT-1996-00030010&type=PDF&lang=fra -
- Parent D. (2004). Maladies sexuellement transmissibles chez l'adolescent : aspects médicaux www.md.ucl.ac.be/loumed/V123/1009-Parent.pdf

Références pour que le public puisse en savoir plus :

Site de l'auteur : www.resilience-psy.com , rubrique « Violences sexuelles et sexospécifiques »

Carnet de liens : www.carnetdeliens-abusesexuels.net (tout sur les abus sexuels et les conséquences)

Date de livraison de l'article : 5 septembre 2007

Autres articles de la rubrique en rapport avec celui-ci : Peut-on se fier aux témoignages d'enfants d'âge pré-scolaire ? Tout le monde peut-il être victime d'un stress post-traumatique ?