

REPUBLIQUE DU CAMEROUN
Paix-Travail-Patrie

UNIVERSITÉ DE YAOUNDÉ I

CENTRE DE RECHERCHE ET DE
FORMATION DOCTORALE EN
SCIENCES HUMAINES ET
ÉDUCATIVES

UNITÉ DE RECHERCHE ET DE
FORMATION DOCTORALE EN
SCIENCES HUMAINES ET
SOCIALES



REPUBLIC OF CAMEROON
Peace-Work-Fatherland

THE UNIVERSITY OF
YAOUNDEI

RESEARCH CENTER FOR
DOCTORAL FORMATION IN
HUMAN AND EDUCATIVE
SCIENCES

RESEARCH UNIT FOR
DOCTORAL FORMATION IN
HUMAN AND SOCIAL
SCIENCES

**TRAUMATISME ET VÉCU DE L'AGRESSION SEXUELLE :
UNE ÉTUDE DE CAS AUPRÈS DE MINEURE VICTIME DE
VIOL.**

Mémoire rédigé et soutenu le 24 Juillet 2023

Par

SOMI NDERKANZUKU Kévin

Titulaire d'une licence en Psychologie

Option : Psychopathologie et Psychologie clinique

Membres du Jury :

Président : **TSALA TSALA Jacques Philippe**, Professeur, UY1

Rapporteur : **MAYI Marc Bruno**, Professeur, UY1

Membre : **OUNDOUA MBENGONO Laura**, Chargée de cours, UY1



Juillet 2023

SOMMAIRE

SOMMAIRE	i
DÉDICACE	ii
REMERCIEMENTS	iii
LISTE DES ABREVIATIONS	iv
LISTE DES TABLEAUX	v
LISTE DES ANNEXES	vi
RÉSUMÉ	vii
ABSTRACT	viii
INTRODUCTION	1
PREMIERE PARTIE : CADRE THÉORIQUE	2
CHAPITRE 1 : PROBLÉMATIQUE	3
CHAPITRE 2 : TRAUMATISME	22
2.5 L'état de stress post traumatique	38
3.8 Chronologie de l'état de stress post traumatique dans l'agression sexuelle	63
PARTIE 2 : CADRE MÉTHODOLOGIQUE ET PRATIQUE	77
CHAPITRE 4 : MÉTHODOLOGIE	78
Tableau 1 : Tableau synoptique des variables de l'études	80
Tableau 2: Structure logique de l'hypothèse générale	82
CHAPITRE 5 : PRÉSENTATION, ANALYSE ET DISCUSSION DES RÉSULTATS	93
Tableau 3: Caractéristiques des participantes	94
Tableau 4: Distribution des participantes en fonction de la variation du niveau de traumatisme	95
ANNEXES	113
ANNEXE 1: Cas 1 Questionnaire: Children Post Traumatic Stress Reaction Index	114
Annexe 2 : Case 2.....	117
Annexe 3 : Cas 3	120
ANNEXE 4 : Les entretiens	123
Annexe 5 :	129
Annexe 6 :	133
Annexe : 7 Autorisation de recherche	137
Annexe 8 Formulaire de consentement	139
TABLE DES MATIERES	142

DÉDICACE

À

Mes parents

NDERKANZOUKOU Michel

&

PEYA Elisabeth

REMERCIEMENTS

Mes premiers remerciements vont à mon Directeur de mémoire, Monsieur Marc Bruno MAYI, Professeur au Département de Psychologie de l'Université de Yaoundé 1, grâce à qui cette étude a pu voir le jour. Merci de m'avoir initié à la recherche sur le vécu du viol et de m'avoir permis de travailler sur des données d'une telle richesse. Vous avez été un Directeur formidable. Vous m'avez guidé et m'avez donné les orientations nécessaires à la réalisation de ce mémoire. Au-delà de vos compétences professionnelles, c'est votre gentillesse, votre écoute et votre empathie qui ont rendu mon parcours de master aussi agréable et fait en sorte que nos échanges soient toujours riches, conviviaux et humains. Merci aussi pour toutes les opportunités que vous m'avez offertes d'apprendre à rédiger. Enfin, je tiens à vous remercier sincèrement pour les conseils et les commentaires de mes travaux, sans quoi ce mémoire n'aurait pas vu jour.

Je tiens à remercier Monsieur EBALE MONEZE Chandel, Professeur et Chef du Département de Psychologie de l'Université de Yaoundé 1 et tout le personnel du Laboratoire du Développement et du Mal Développement, vos précieux conseils lors des journées d'études m'ont permis d'améliorer mon travail.

Merci au personnel de L'Association Sourire Des Femmes (ASDF) de Yaoundé de m'avoir accordé l'accès à la population d'étude d'où les transcriptions des entrevues analysées dans cette étude.

À SAWBAY NDERKANZUKU Eugène, YAPOU NDERKANZUKU Arnaud SENZUKU NDERKANZUKU Gwladys, merci à vous pour l'amour, le soutien et la reconnaissance que vous m'avez offerts ainsi, que pour l'incalculable réconfort fourni durant les périodes de doute et de stress. BERHOYA Royal, et AWONO LEVONDO Thomas Fabrice merci pour vos relectures et vos remarques. KOUYABE Sophie et NGANDI SAMINDI Marie Noelle, merci pour tout l'estime et votre encouragement à mon égard.

Pour terminer, je remercie chaleureusement mes condisciples NGARLEDJE ASSYO Parfait, Maman ADAMA, MAKANI Alphonse Wilfried, FOSSO SOLKEN Syriane, NDOFACK Ornella Belle, MACHUENTUM MFOPAH Aicha Chancelle et à tous ceux dont, je n'ai pas pu citer leurs noms, ravie de vous avoir côtoyé durant tout ce cursus, vos conseils et motivations m'ont beaucoup aidé à avancer dans mes recherches.

LISTE DES ABREVIATIONS

ASDF : Association Sourire Des Femmes

ESPT : Etat de Stress Post Traumatique

GIZ : German Deutsche Gesellschaft fur Internationale Zusammenarbeit

INSC : l'Institut National de la Statistique du Cameroun

MSF : Médecin Sans Frontière

ONG : Organisation Non Gouvernementale

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

SIDA : Syndrome de l'Immunodéficience Acquise

TSPT : Trouble Etat de Stress Post Traumatique

UNICEF : Fonds des Nations Unies pour l'Enfance

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 0: Conséquence symptomatiques des différents impacts d'un viol.	
Tableau 1 : Tableau des variables, modalités, indicateurs, indices de l'hypothèse générale...	80
Tableau 2: Structure logique de l'hypothèse générale	82
Tableau 3: Caractéristiques des participantes	94
Tableau 4: Distribution des participantes en fonction de la variation du niveau de traumatisme.....	95
Tableau 5 : Catégorie diagnostic du traumatisme par rapport au children post traumatique stress reaction index.....	94

LISTE DES ANNEXES

ANNEXE 1 CAS 1 : Questionnaire: Children Post Traumatic Stress Reaction Index.....	114
Annexe 2 : CAS 2 :	117
Annexe 3 :CAS 3.....	120
ANNEXE 4 : Transcriptions d’entretien Cas 1	123
Annexe 5 : Transcriptions d’entretien Cas 2	129
Annexe 6 : Transcriptions d’entretien Cas 3	133
Annexe : 7 Autorisation de recherche	137
Annexe 8 Formulaire de consentement	139

RÉSUMÉ

On regroupe sous le terme « agression sexuelle », des infractions de gravité différente dont le viol, l'exhibition sexuelle et le harcèlement sexuel. (Essiben et al., 2020). Sous toutes ses formes, le viol est un phénomène qui prend de l'ampleur dans le monde. Il constitue la forme la plus grave d'agression sexuelle. Bien qu'il soit documenté, du point de vue scientifique ; ses conséquences sont dévastatrices sur les victimes, en particulier les jeunes filles. L'agression sexuelle à l'enfance s'associe à toute une gamme de symptômes psychologiques tels que la dépression, des idéations suicidaires, l'état de stress posttraumatique ainsi que des difficultés relationnelles (Bigras 2014). Le traumatisme vécu par ces enfants peut avoir des répercussions à long terme sur leur santé mentale et leur bien-être en général. Malgré la loi, qui punit dans son article 296 le viol d'une peine allant de 5 à 10 ans en cas de viol, ses infractions ne cessent de s'accroître au Cameroun. L'objectif de cette recherche est de comprendre comment le traumatisme a une incidence sur le vécu de la jeune violée Les données collectées auprès des mineures victimes de viol à l'Association Sourire des Femmes sis au Manguier, sont faites à l'aides d'un guide d'entretien.

A l'issu de l'analyse thématique, les principaux résultats obtenus révèlent que les sujets ayant été violés vivent un traumatisme qui impact leur vécu de différentes manières. En fonction de leur, l'expérience traumatique dû au viol entraîne des profonds changements dans l'équilibre mental des victimes. Les sujets ont affirmé d'avoir changés depuis l'avènement du viol traumatique. Le risque du viol s'est traduit chez le sujet mineure par une reproduction des actes sexuels. Cette situation avec ses conséquences affecte le sujet dans un vécu traumatique avec des conséquences immédiates.

Mots-clés: Agression sexuelle, viol, traumatisme, mineure, victime.

ABSTRACT

The term “sexual assault” includes offenses of different seriousness, including rape, sexual exhibitionism and sexual harassment. (Essiben et al., 2020). In all its forms, rape is a growing phenomenon in the world. It is the most serious form of sexual assault. Although it is documented, from a scientific point of view; its consequences are devastating for the victims, especially young girls. Childhood sexual abuse is associated with a whole range of psychological symptoms such as depression, suicidal ideation, post-traumatic stress disorder and relationship difficulties (Bigras 2014). The trauma experienced by these children can have long-term impacts on their mental health and overall well-being. Despite the law, which punishes rape in its article 296 with a sentence ranging from 5 to 10 years in the event of rape, its offenses continue to increase in Cameroon. The objective of this research is to understand how the trauma has an impact on the experience of the raped young girl an interview guide.

At the end of the thematic analysis, the main results obtained reveal that the subjects who have been raped experience a trauma that impacts their experience in different ways. According to them, the traumatic experience of rape leads to profound changes in the mental balance of the victims. The subjects claimed to have changed since the advent of traumatic rape. The risk of rape was reflected in the minor subject by a reproduction of sexual acts. This situation with its consequences affects the subject in a traumatic experience with immediate consequences.

Keywords: Sexual assault, rape, trauma, minor, victim.

INTRODUCTION

L'agression sexuelle est infraction sexuelle touchée de millions de personnes dans le monde sans distinction d'âge. Le viol faisant partie de cette agression sexuelle est considéré comme un acte qui meurtrit la vie d'un être humain, d'après Mbassa (2001), chez les Bafia et les Beti du Cameroun, on dit d'un enfant violé « *qu'on l'a gâté* ». Ce qui suppose une dimension physique à travers destruction de l'appareil génital encore immature, mais aussi une composante psychologique à travers la destruction de l'intégrité psychologique. Ce faisant, l'agression sexuelle de la jeune fille serait considérée comme l'un des crimes les plus ignobles Allard-Gaudreau (2022). D'après l'étude menée par l'organisation non gouvernementale Plan International (PI, 2011), 31% des filles et des femmes interrogées au Cameroun avaient été victimes de violences sexuelles au cours de leur vie. La même étude montre un taux 3% des victimes signalant l'agression à la police ou à une autre autorité compétente. Toutefois, il est difficile d'établir avec certitude le nombre d'individus qui sont agressés annuellement, puisque près d'une victime sur trois n'aurait jamais dévoilé l'expérience vécue à qui que ce soit, même une fois adulte (Hébert et al., 2009).

Il est important de noter que ces données ne représentent probablement pas la totalité des agressions sexuelles commises au Cameroun, car de nombreuses victimes ne signalent pas l'agression. Par ailleurs, les données peuvent varier considérablement selon les régions et les groupes sociaux. Il est donc essentiel de poursuivre les recherches sur ce sujet afin de mieux comprendre l'ampleur du problème et de mettre en place des mesures efficaces pour prévenir et punir les agressions sexuelles. Le présent mémoire porte sur le traumatisme et agression sexuelle ; une étude de cas auprès des mineures victimes de viol. Ceci amène à l'incidence du traumatisme sur le vécu de la jeune fille sexuellement abusée. Selon Melgosa (2011), tous événements d'une forte intensité émotionnelle, particulièrement lorsqu'ils sont vécus lors d'une période sensible de la vie, peuvent traumatiser la personne, c'est le cas de la question du vécu d'agression sexuelle chez les mineures. Dans ce cadre de ce travail sur le phénomène d'agression sexuelle, ce mémoire se présente comme suit : Chapitre premier aborde la problématique, le Chapitre deux le traumatisme sexuel avec une emphase sur le viol, le chapitre trois l'agression sexuelle en rapport avec viol en rapport avec le traumatisme, le chapitre quatre aborde la méthodologie de l'étude et le dernier chapitre la présentation et analyse des résultats.

PREMIERE PARTIE : CADRE THÉORIQUE

CHAPITRE 1 : PROBLÉMATIQUE

1.1 Contexte et justification

On regroupe sous le terme « agression sexuelle », des infractions de gravité différente dont le viol, l'exhibition sexuelle et le harcèlement sexuel (Théra et al., 2014). Quant au viol, il renvoie à tout acte de pénétration sexuelle de quelque nature que ce soit, commis sur la personne d'autrui, par violence, contrainte ou surprise (Essiben et al., 2020). Ce dernier, fait partie avec les tortures des pires traumatismes. La quasi-totalité des enfants victimes de viols ; 80 à 100%, développent de graves troubles psychotraumatiques à court, moyen et long termes quelle que soit leur âge, leur sexe, leur personnalité, leur histoire, leurs antécédents (Salmona, 2014).

L'agression sexuelle est un problème grave qui touche de nombreuses personnes dans le monde, entraînant des conséquences physiques et psychologiques à court et long terme. Ce type d'abus chez les enfants constitue « un phénomène social global qui atteint des enfants partout dans le monde » (Collin-Vézina et al., 2013). Ses conséquences psychologiques sur les mineurs peuvent être graves et durables, allant de la dépression et de l'anxiété à la dissociation et au trouble de stress post-traumatique. Malgré cela, il existe encore de nombreuses lacunes dans la compréhension de ce phénomène complexe et traumatisant car elles sont la première cause de traumatisme psychique chez l'enfant (Ndiaye et al., 2017).

À l'échelle mondiale, les données empiriques montrent qu'au cours du dernier quart de siècle, le traumatisme s'est imposé comme une forme d'appropriation originale des traces de l'histoire et comme un mode de représentation dominant du rapport au passé (Fassin & Rechtman, 2007, p. 23). Les principales victimes sont les enfants, les filles étant trois à six fois plus exposées que les garçons en effet, une fille sur cinq subit des agressions sexuelles tant qu'un garçon sur treize (Salmona, 2018). Étant une grave atteinte à l'intégrité physique et morale, les conséquences psychotraumatiques à court, moyen et long termes sont notables chez les jeunes filles victimes d'agression sexuelle. Les conséquences impactent la santé, la scolarité, la vie affective, sexuelle et sociale, et sont un facteur de risque majeur de re-victimisation. Ce qui fait dire à comme le signale à Roman (2012), les victimes deviennent vulnérables aux souffrances physiques et psychiques.

D'après le fond des nations unies pour l'enfance UNICEF (2014), dans le monde, 120 millions de filles ; un sur dix ont subi des viols, la prévalence des violences sexuelles en général est de 18 % chez les filles. Particulièrement, l'Afrique australe, l'Océanie, l'Inde et l'Amérique du Nord sont les régions du monde enregistrant le plus grand nombre de viols (Vera Cruz, 2020). De tous les temps, les indicateurs les plus variés montrent que les enfants et les

adolescents sont les plus de subir ce type de violences. Leur prévalence dépend des facteurs individuels ; familiaux et sociétaux (Mbassa Menick, 2015).

On note d'après Mbassa Menick aux Etats-Unis d'Amérique 5,7% et au Royaume-Uni 289 personnes âgées de 18-24 ans, donc 10% d'entre elles ont reconnu avoir été victimes de violences sexuelles dont 15% de filles et 6% de garçons. Elle Varie entre 4,6% dans les études conduites en France. En Chine, on note que 16,7% des filles avant l'âge de 16 ans sur une population de 2300 élèves des lycées. Ses taux de sévices sexuels minent le quotidien des êtres humains. Elles affectent la vie des victimes, occasionnent diverses formes de souffrances avec des répercussions psychiques affectant ainsi l'entourage et les proches. Les scènes de viols atroces et les troubles qu'occasionnent les agressions sexuelles sont autant des facteurs traumatiques qui hantent la population. Le rapport entre l'agression sexuelle et le traumatisme effectué par la main de l'homme est excessivement fréquent ; la moitié concernent les mineurs Celya (2016).

L'Afrique accuse un retard par rapport à la connaissance et à la prise en charge d'agression sexuelle qui n'est pourtant ni nouveau ni rare dans le continent. Peu de travaux relatifs à ce problème sont rapportés dans la littérature africaine. Cette insuffisance peut être liée à l'obstacle que constitue le tabou que revêt l'infraction sexuelle en milieu africain où le silence est la règle (Ndiaye et al., 2017). La littérature africaine commence à sortir de l'anonymat par rapport à l'agression sexuelle. Mbassa Menick (2015) relève que 34,8% de filles sont victimes de violences sexuelles sur un échantillon de 640 en Afrique du Sud; 26,4% au Togo. Au Sénégal on retrouve selon (Ndiaye et al., 2017) 84,70 %, des filles parmi lesquelles 45,50 % sont âgées de 6 à 10 ans et 37,30 % de 11 à 16 ans.

En contexte africain et particulièrement au Cameroun, les données semblent ne pas être très précises car bon nombreux cas ne sont pas signalés à la police ou ne sont pas enregistrés correctement. Cependant, il y a eu des enquêtes et des études avérées révélant un taux élevé conséquent d'agression sexuelle. En 2018, le Ministère de la Promotion de la Femme et de la Famille a enregistré 2246 cas de violences sexuelles, dont 1000 cas de viol, 902 cas d'agression sexuelles et 344 cas d'exploitation sexuelle. Sa prévalence en milieu scolaire est inquiétante ; 15% Selon Mbassa Menick (2002) avec un taux élevé chez les filles, 72,5 % d'où 38,7 % de viol. Leurs âges au moment de l'abus variaient entre 4 et 15 ans avec une moyenne d'âge de 11,6 sur les deux sexes. 8,9% chez les élèves âgés de 15, 19 ans sur une population de 1200 dans dix établissements scolaires de Yaoundé, (Foko & Mvogo 2016). 10,6% d'élèves victimes d'agression sexuelle sur un échantillon de 500 élèves dans la tranche de 13 à 19 ans dans 5

établissement scolaire ; un taux de 16,5% auprès des étudiantes à l'université de Douala sur une population de 400 étudiants (Tchoungui & Njamèn 2019).

On note 40,4% de viol dans une étude de Essimen et al., (2020) effectuée dans trois facultés de médecine (Faculté de Médecine et des Sciences Pharmaceutiques de Douala, l'Institut Supérieur de Technologie Médicale de Yaoundé et l'Université Des Montagnes de Bagangté) ; les victimes sont toutes en première année de médicale. Les pourcentages d'agression sexuelle rappellent l'ampleur de ce phénomène. Les travaux de Njamèn et al. (2018) relèvent un taux de 72% d'agression sexuelle sur les filles...les conséquences psychologiques étaient graves avec de niveau élevés de dépression, d'anxiété et de stress post-traumatique.

Cependant ces chiffres effarants pourraient être bien en dessous des véritables chiffres de la violence sexuelle dans le pays. Le rapport de Médecin sans frontière affiche un taux de prévalence de 7,8% sur le trauma, suite à une étude menée uniquement dans les chefs-lieux des dix régions que compte le pays (MSF, 2013). Eclairer la question du « *viol ou l'inceste est une quête périlleuse car c'est une problématique qui relève du tabou rendant ainsi difficile l'accès à la présentation des états de lieux et d'avoir les données qualitatives ; le viol relève du secret familial.* ». (Nzie et al., 2020). Le viol et l'inceste selon Nzie et al., ont lieu dans des situations où c'est généralement le sexe féminin qui est victime. Le violeur quant à lui est généralement de sexe masculin. Les cas inverses sont assez rares, tout comme des agressions perpétrées sur des personnes de même sexe que l'agresseur. (Ngoutsop, 2017).

L'étude menée par la German Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit « *Viol et inceste au Cameroun* » (GIZ, 2009) relève une « *tendance préoccupante* » a permis d'avoir des données quantitatives. Selon cette étude faite sur toute l'étendue du territoire Camerounais, en ce qui concerne le viol, le taux de prévalence est de 5,2% en 200. Ces chiffres rendent compte au fait que la masculinité est l'origine des violences sexuelles. Il est important de souligner que cette étude n'a pas accordé l'attention aux agressions sexuelles soldées par un viol sur des mineures. L'« *enfant* » par excellence « *un être menacé de « traumatisme* ». Chaumon et Ménéghini (2005). La souffrance psychologique qui entache le vécu de ces victimes ainsi n'a été mentionné dans ses étude. Pour Chaumon et Ménéghini« *cette souffrance désigne aussi bien l'individu que le collectif, le sujet que le lien social* ». Les mineurs victimes de viols portent des souffrances qui méritent une attention toute aussi particulière compte tenu de leur jeunes âges et le contexte africain où le tabou règne ; la souffrance est avant tout souffrance psychologique.

Au regard des conséquences psychologiques avec une lecture psychopathologique qu'engendre un viol de surcroît sur une mineure, au Cameroun, les données semblent ne pas être très précises. Bon nombreux cas de viols ne sont pas signalés à la police ou ne sont pas enregistrés correctement. Cependant, les enquêtes et des études avérées ont révélé un taux élevé de conséquences d'agression sexuelle. En 2018, le Ministère de la Promotion de la Femme et de la Famille a enregistré 2246 cas de violences sexuelles, dont 1000 cas de viol, 902 cas d'agression sexuelle et 344 cas d'exploitation sexuelle. Cependant ces chiffres pourraient être bien en dessous des véritables chiffres de la violence sexuelle dans le pays. Le rapport de Médecin sans frontière affiche un taux de prévalence de 7,8% sur le trauma, suite à une étude menée uniquement dans les chefs-lieux des dix régions que compte le pays (Nzie et al., 2020).

Cette recherche aborde la problématique d'agression sexuelle sur plan psychologique, car, la plupart des abus sexuels demeurent secrets, enfouis dans le corps et le psychisme de la victime. Même si la jeune fille tait l'agression subie, celle-ci provoque un traumatisme psychique intense et durable. Les conséquences de ce phénomène entravent le vécu des victimes. La jeune fille dans le de cette recherche, garde de fortes traces sous forme d'images, d'idées, de questions et de sentiments pénibles. Elle conserve en elle un « abcès » actif et désagréable à supporter. Le fonctionnement psychique va tenter de refouler cet événement traumatique. Selon Ndiaye et al., (2017), le traumatisme est autant sexuel que narcissique et déjoue autant le réel que l'imaginaire. L'effet le plus subtil du traumatisme sexuel réside dans l'atteinte narcissique qui peut se manifester sous diverses formes d'après Ndiaye et al. En effet, aucun abus sexuel n'est pareil à un autre dans ses circonstances de survenue, dans ses conséquences psychologiques, physiques et sociales.

En outre, le dévoilement d'abus sexuel intra ou extrafamilial chez le mineur provoque des bouleversements dans le fonctionnement familial. La société aujourd'hui est régie par « *la loi du silence* ». Rares sont les cas d'abus qui sont dévoilés encore moins pris en charge sur le plan psychologique, médical et judiciaire. Les violences sexuelles sont la première cause de traumatisme psychique chez l'enfant. En partant du principe que, les événements d'une forte intensité émotionnelle, sont particulièrement lorsqu'ils sont vécus lors d'une période sensible de la vie, peuvent traumatiser la personne Melgosa (2011). Le cas de la jeune fille violée dans ce mémoire indique sans doute des traces indélébiles sur le fonctionnement psychique affectant ainsi leur bien-être. La jeune fille violée, est ainsi soumise, à la contrainte par la violence ou par la séduction, à des activités sexuelles qu'elle n'est pas en mesure de comprendre en raison de son âge et de son niveau de développement psycho-sexuel.

1.2 FORMULATION ET POSITION DU PROBLÈME

Le viol est une forme d'agression sexuelle qui peut avoir des conséquences physiques, émotionnelles et psychologiques graves pour les victimes. Les principales victimes étant des enfants dont, une fille sur cinq et un garçon sur treize (OMS, 2014). Le taux le plus élevé chez les filles est de 83% et 17% chez les garçons (Salmona ; 2019). Aucun viol n'est pareil à un autre dans ses circonstances de survenue, dans ses conséquences psychologiques, physiques et social.

La survenue des agressions sexuelles au Cameroun par des années 1970 avec 2 cas et progresse de 203 en 2006 puis en 2008 et 2009 elle passe à 500000 cas de viol. Sur l'étendu du territoire national selon l'étude menée par GIZ, on observe une prévalence de 5,2% en 2009 avec un taux de 9% de viol collectif. Dans cette quête de recension, L'Institut National de la Statistique du Cameroun, révèle de son côté que, le taux de prévalence du viol sur enfants et adolescents est passé de 0,1% en 1990 à 7, 2% en 2009. (Ngoutsop, 2017, Nzhie et al., 2020 ; Aboundé, 2022). Ces données témoignent de cette effraction. Très traumatisant avec des graves conséquences à long terme, le viol n'est pas de l'ordre de la sexualité normale, il s'inscrit dans un rapport sexuel de force, qui affecte l'intégrité mental, corporelle et sexuelle.

Les inégalités sociales et économiques : la vulnérabilité de ses deux facteurs, peut particulièrement exposées au risque de viol chez les femmes en raison de leur manque de pouvoir et de ressources ; la culture du silence et de l'impunité : les victimes de viol peuvent être dissuadées de signaler l'agression en raison de la stigmatisation sociale, de la peur de représailles ou du manque de confiance dans le système judiciaire. Chez la population jeune, on note les facteurs liés 'abus de pouvoir, la vulnérabilité des enfants, la culture du silence et de l'impunité. Les conséquences du viol sont graves et peuvent affecter les victimes pour le reste de leur vie. Elles décrivent des problèmes d'adaptation, de dépendance aux drogues et/ou à l'alcool ou encore dans leurs relations interpersonnelles. En plus, la perte d'estime de soi, les troubles de comportement, les difficultés scolaires et les difficultés à établir des relations saines avec leurs entourages. Ses répercussions sont associées très souvent aux agressions sexuelles Salmona (2019).

D'après une étude publié dans APA (Association Américaine de Psychiatrie), le traumatisme peut avoir de graves impacts sur les victimes de viol, en particulier chez les filles ; elles sont plus susceptibles d'avoir des problèmes de santé mentale, d'abus de substances, de comportements à risque et de troubles alimentaires que les garçons Thompson et al. (2004) ; la quasi-totalité des enfants victimes de viols, de 80 à 100%, vont développer de graves troubles

psychotraumatiques à court moyen et long termes quelle que soit leur âge, leur sexe, leur personnalité, leur histoire, leurs antécédents (Salmona 2019).

Sachant qu'avec Salmona (2018), Roman (2012), Lemieux et al., (2019), les conséquences psychologiques menassent l'intégrité des victimes avec des répercussions à long terme et un risque accru de victimisation secondaire. Dans leur vécu, les victimes de viol peuvent faire face à des conséquences psychologiques immédiates, mais aussi à des conséquences chroniques qui peuvent interférer avec leur adaptation tout au cours de leur développement (Polucci 2001 ; Putnam 2003 citer dans Bigras (2014). Les symptômes de stress post-traumatique, la détresse psychologique et les comportements sexuels problématiques sont les conséquences de l'agression sexuelle qui sont le plus observées chez les enfants (Baril et Tourigny 2009 ; Wolfe 2007).

Parmi les effets à court terme, la douleur physique, la confusion, la honte ; à long terme, des troubles de l'alimentation, des troubles du sommeil, des troubles anxieux et dépressifs, des comportements d'automutilation et des tentatives de suicide. Une étude menée par le National Sexual Violence Resource Center 2015 a révélé que 94% des femmes victimes de viol souffre de symptômes de TSPT (Trouble de stress post traumatique) pendant les deux premières semaines suivant l'agression. Par ailleurs, les victimes de sexe féminins sont trois fois plus susceptibles de souffrir de dépression, six fois plus susceptibles de souffrir de TSPT et treize fois plus susceptibles de tenter de se suicider que les femmes qui n'ont pas été agressées.

Plusieurs auteurs notamment (Barker-Collo, & Read 2003 ; Freeman & Morris 2004 ; Hulme, 2004 ; citer dans Hébert et al. 2011) suggère dans leurs travaux des théories afin d'améliorer la compréhension du développement des séquelles de cette effraction sexuelle. A cet effet, le viol peut être expliqué par la théorie des dynamiques traumagéniques de Finkelhor et Browne (1985). Selon cette théorie, les enfants traumatisés par un viol peuvent réagir par quatre mécanismes différents qui mènent à des symptômes différents. Ces mécanismes sont la sexualisation traumatique : celui-ci, fait référence au processus selon laquelle la sexualité de la victime est compromise tant sur le plan développemental qu'au plan interpersonnel par l'expérience du viol. Pour cette première dynamique cette dynamique, la sexualité traumatique se produit aussi lorsque la jeune fille est exposée de façon répétée à un comportement sexuel inapproprié pour son niveau de développement. A ce niveau, un viol qui survient suite à une agression sexuelle en bas âge ne peut pas générer la même sexualisation traumatique qu'un viol chez un enfant assez mature pour comprendre les impacts sexuels d'un tel geste Bigras (2014). Or dans le cadre de ce travail, et dans cette dynamique précisément le

constat fait est que, les participantes de l'étude manifestent toutes une sexualisation traumatique à travers une des comportements sexuels inappropriés dans leur environnement.

La trahison, consiste en une dynamique via laquelle l'enfant apprend qu'une personne dont, il était dépendant et vulnérable lui a causé du tort, notamment en abusant de sa confiance. Les réactions des membres de la famille suivant l'agression sexuelle peuvent aussi contribuer à cette dynamique. Par ailleurs, un enfant qui n'est pas cru, qui est blâmé ou exclu ressentira davantage un sentiment de trahison qu'un enfant qui est soutenu. A cette dynamique, notre population d'étude présente des réactions identiques malgré les différences d'âge. La stigmatisation et l'impuissance vécue après le trauma. La dernière renvoie à la notion que les désirs et la volonté de l'enfant sont constamment transgressés. Cette dynamique est exacerbée lorsque la force ou la manipulation sont utilisées contre l'enfant et que ses tentatives de faire cesser l'abus échouent. La première réfère aux connotations négatives liées à l'abus subi, telles que la honte, la culpabilité, une faible estime de soi, qui sont communiquées à l'enfant par son entourage. D'où les symptômes de sexualisation seraient reliés à la sexualisation traumatique qui serait liée à l'incidence du traumatisme.

D'après Hébert et al. (2011), cette théorie repose sur quatre dynamiques, qui permettent de mieux comprendre l'émergence des conséquences traumatiques du viol en tenant compte de la diversité des symptômes des victimes de viol : « *la sexualisation traumatique, la trahison, l'impuissance et la stigmatisation.* ». La présence simultanée des quatre dynamiques serait propre à l'agression sexuelle. Cette théorie postule la diversité des réactions des enfants victimes de viol en fonction de certaines caractéristiques liées à l'agression sexuelle. Ainsi, face à cette diversité des réactions du traumatisme, les réactions propres à la dynamique de la sexualisation traumatique sont identiques chez les victimes de viol d'après le constat fait dans cette étude. Ainsi donc, selon Finkelhor et Brown (1985) repris par Bigras (2014), dans la dynamique de la sexualisation traumatique, une agression sexuelle en bas âge peut ne pas générer le même niveau de sexualisation traumatique qu'une agression sexuelle chez un enfant assez mature pour comprendre les implications sexuelles d'un tel geste. Or nous avons constaté au travers des entretiens que la réaction à la dynamique de la sexualisation traumatique est la même chez les victimes de viols et selon une différence d'âge à travers une manifestation de comportements sexuels inappropriés via des attouchements d'ordre sexuelle de la part des victimes dans leur environnement. D'où le problème que pose cette étude est celui de l'incidence du traumatisme chez la jeune fille violée.

Nous pouvons constater que cette théorie bien que pertinente du fait qu'elle permet, de mettre en exergue l'ensemble des conséquences liées à un viol, à travers ses quatre dynamiques, ne statue pas les facteurs culturels, qui favorise les conséquences du viol. Ainsi, cette théorie présente une certaine limite autour des facteurs culturels qui induisent le traumatisme tels que l'âge de la victime qui, ne permet pas d'expliquer les mêmes réactions constatées dans dynamique de sexualisation traumatique selon les différences d'âges chez les victimes. Pourtant, cette théorie soutient la diversité de réaction chez les victimes d'agression sexuelle impliquant le viol à travers toutes ses dynamiques.

Outre les aspects symptomatiques et biologique, sur le plan culturel, la recherche sur le viol chez les filles se penche sur l'impact des normes sociales, des croyances et des attitudes envers la sexualité et la violence. La culture influence la perception du viol et stigmatise de plus en plus les victimes ; la socialisation genrée : les stéréotypes de genre qui associent la masculinité à la domination et à l'agression sexuelle, et qui encouragent les femmes à être soumises et passives, peuvent contribuer à normaliser le viol et à minimiser sa gravité. Car la question des rapports entre l'homme et la femme en Afrique a rarement reçu de réponse qui dénote ou qui connote un équilibre entre les deux sexes (Ngoutsop 2017, p.181 ; Nzhié et al., 2020, p.125).

Lors de notre stage au centre de l'Association Sourire des Femmes (ASDF). Nous avons fait le constat selon lequel, certaines jeunes filles mineures victimes de viol, manifestent de comportements sexuels inadaptés, c'est-à-dire des attouchements sexuels dans leur environnement après l'effraction sexuelle compte tenu de leur jeune âge alors que, d'autres filles plus âgées que ces dernières manifestent une sexualisation traumatique en pratiquant aussi des attouchements d'ordres sexuelles dans leur environnement. Au-delà, les victimes présentent une atteinte intellectuelle suite au viol qui ne leur permet pas de retenir les leçons apprises à l'école après l'expérience traumatique. Malgré qu'elles reçoivent le soutien de leurs parents, certaines ont un vécu plus ou moins équilibré alors que, d'autres malgré le soutien, développent un certain mal être qui s'explique dans leur vécu au via la sexualisation traumatique.

Ce constat inclut les facteurs (d'âge de la victime, la nature de la relation entre la victime et l'agresseur, le soutien social dont bénéficie la victime) qui limite ou réduit le champ de compréhension de la Théorie de la dynamique traumagénique de Finkelhor et Brown (1985) à travers ses dynamiques et son postulat, nous amène à nous interroger sur le traumatisme et son incidence sur le vécu de la fille mineure violée. Le problème que pose cette étude est l'incidence du traumatisme psychique dans le vécu de la jeune fille violée.

1.3 QUESTION PRINCIPALE DE RECHERCHE

Dans le cadre de ce travail, l'étude s'intéresse principalement au vécu traumatique de la jeune fille violée. Cette expérience traumatique conduit à poser la question suivante : « Comment le traumatisme a une incidence sur le vécu de la jeune fille sexuellement abusée ? ».

1.3.1 Questions spécifiques de recherche

- Comment l'atteinte de la sphère intellectuelle suite au viol a-t-elle une incidence sur le vécu de la jeune fille sexuellement abusée ?

- Comment l'altération du développement suite au viol a-t-elle une incidence sur le vécu de la jeune fille sexuellement abusée ?

1.3 LES HYPOTHÈSES DE L'ÉTUDE

1.3.1 Hypothèse générale de l'étude

La nature sexualisée de la violation sous forme d'agression sexuelle ajoute un aspect particulièrement traumatisant à l'expérience. En fait, être agressée sexuellement ou violée peut être l'une des expériences les plus traumatisantes qu'une jeune fille peut vivre Salmona (2018). Lorsque la victime connaît son agresseur (Conroy et Cotter, 2017), surtout quand il s'agit d'une personne à qui la victime pense pouvoir faire confiance et avec qui elle devrait se sentir en sécurité, et dont elle n'aurait jamais cru qu'elle pourrait la violer. Le sentiment de trahison est profondément ancré dans la souffrance et le traumatisme occasionnés par l'expérience. Cela ne fait qu'aggraver le sentiment de honte et de culpabilité, ainsi que la réticence à dénoncer l'agression, et tous ces facteurs viennent exacerber le traumatisme. L'analyse théorique faite a permis de poser l'hypothèse selon laquelle : « *le traumatisme a une incidence dans le vécu de la jeune fille sexuellement abusée* ».

1.3.2 Hypothèses spécifiques

-HR1 : « *L'atteinte de la sphère intellectuelle suite au viol a une incidence dans le vécu de la jeune fille violée* »

Afin de répondre et comprendre le vécu de la fille violée, l'hypothèse spécifique 1 aborde l'idée selon laquelle, le traumatisme d'une fille violée a une influence directe sur sa scolarité, tant au niveau de ses résultats scolaires que de son comportement. (Gidel, 2023, p.24). Cette hypothèse explore notamment, l'environnement scolaire que social et familial de la victime d'autant plus que, le dispositif éducatif mis en place ne permet pas d'accompagner un viol. D'après Manon (2023), « *après un événement tragique, les jeunes victimes manifestent*

fréquemment un recul dans les apprentissages. L'appauvrissement des acquis peut conduire à des retards, voire à la régression à un stade antérieur du développement » ou une perte d'aptitudes récemment acquises. Cette hypothèse vise donc à comprendre les conséquences du traumatisme chez la jeune fille dans son milieu de prédilection. En effet, nous constatons qu'au niveau des symptômes engendrés par le passage à l'acte, l'altération cognitive ainsi que les troubles de la mémoire avaient un impact tout particulier sur la scolarité de la victime. Nous cherchons à travers cette hypothèse de présenter les différents symptômes post-traumatique que l'on peut rencontrer chez la jeune fille victime et son impact négatif sur les fonctions cognitives qui se répercutent au niveau de sa scolarité. Cette hypothèse se limite au niveau d'une prise en charge et d'une mise en place de différentes stratégies de soutien à la victime.

-HR2 : « *Il y a altération du développement dans le vécu de la jeune fille violée* »

Cette seconde hypothèse spécifique cherche à montrer à quel point le viol peut altérer le développement de la victime en fonction de son âge.

-HR3 le traumatisme lors du viol entraîne une sexualité traumatique dans le vécu de la jeune fille.

1.4 LES OBJECTIFS DE LA RECHERCHE

1.4.1 Objectifs général

Cette étude vise la compréhension du psychotraumatiques et son incidence sur le vécu des jeunes filles victimes de viol.

1.4.2 Objectifs spécifiques

Plus spécifiquement l'étude voudrait comprendre comment les enfants violés manifestent les conséquences de leurs agressions sexuelles dans l'immédiat?

Et de comprendre les conséquences du traumatisme sexuel sur développement des enfants victimes de viol.

1.5 INTÉRÊT DE L'ÉTUDE

L'intérêts de la recherche toute étude n'a de valeur que si elle apporte de nouvelles connaissances au domaine concerné et améliore ainsi la condition humaine. Cette étude est menée autour de plusieurs intérêts présentés dans la suite.

1.5.1 Intérêt scientifique

Cette étude s'inscrit dans le champ de la psychologie clinique et la psychopathologie et apporter des éclairages sur le vécu des mineures victimes de viol dans un contexte où la culturel prédomine sur chaque évènement qui porte atteinte à l'intégrité d'une personne.

1.5.2 Intérêt la clinique

Il contribuera parmi tant d'autre à améliorer la pratique de prise en soin des jeunes filles violée sur le plan psychique.

1.5.3 Intérêt personnel de l'étude

Le tabou et la « loi du silence » qui règnent autour du viol et d'autres formes d'agressions sexuelles dans le contexte Africain aggrave l'épanouissement des victimes et les réduit au silence dans la société. Cette étude a été menée dans un but professionnel en fonction du métier de psychopathe et de psychologue clinicien dans lequel l'on se forme et dans le but de briser le silence sur ce phénomène qui prends de l'ampleur dans nos sociétés hui. Dans ce sens, cette étude nous permet de saisir la dynamique psychique dans laquelle se trouve les victimes de viol qui souffrent de stress post traumatique en plus, le risque de ré-victimisation des victimes de viol à l'âge adulte est fréquent d'après la littérature.

1.6 Définition des concepts

1.6.1 Traumatisme

Galvauder, le traumatisme est devenu monnaie courante pour qualifier les évènements jugés extrêmes vécus par un individu. Selon Crocq (2007) traumatisme comme trauma est « *un phénomène d'effraction psychique et de débordement de ses défenses par excitation violentes afférentes à la survenue d'un évènement agressant ou menaçant pour la vie ou l'intégrité (physique, psychique) d'un individu qui y est exposé comme victime ou témoin* ». Etre donc, *confronter à un danger ou vivre ce danger laisse des traces dans notre psychisme*. La souffrance que nous abordons est celle de traumatisme que pourrait vivre les victimes de viol. S'ajoutant à la définition du traumatisme précédente, Ciccone et Ferrant (2009), fait la remarque selon laquelle « *sont qualifiés de traumatiques non seulement des événements violents, brutaux, inattendus, désorganiseurs, mais aussi toute excitation psychique, toute expérience d'altérité, toute découverte d'une réalité antagoniste avec le point de vue soutenu par le narcissisme du sujet.* » (p.25).

Pour rendre compte de ce qu'est un traumatisme, Douville et Jacobi, (2009, p.38) partent des travaux de Freud 1937, sur la base de l'impréparation du psychisme, en particulier l'absence d'angoisse anticipatrice qui constitue le propre de la situation traumatique : la détresse

(*Hilflosigkeit*) manifestée par le sujet nous rappelle que le traumatisme est avant tout une atteinte de l'ordre de l'effraction et du débordement : effraction du pare-excitation, mais aussi gel des affects, paralysie des fonctions de représentation, débordement de l'appareil psychique et des mécanismes de défense habituels, qui se manifestent par un état d'apathie et d'impuissance, associé à une forte anxiété, et plus généralement, à un état dépressif, même si, dans ce contexte, parler de dépression peut sembler une tautologie.

La référence faite sur Freud se construit sa théorie générale des névroses où le traumatisme est considéré comme un choc violent (physique ou non) avec effraction psychique, puis bouleversement interne. Cet événement apporte un surcroît d'excitation psychique que l'individu a du mal à assimiler et qui provoque des troubles durables. Le traumatisme psychique trouverait donc son origine dans des événements (réels ou fantasmés) antérieurs à la manifestation pathologique et à très forte charge émotionnelle, ce qui motive le refoulement Tyszler (2010). Le traumatisme suppose donc un processus de destruction de l'équilibre psychique préexistant. La référence à l'effraction est en ce sens explicite puisqu'elle suppose un événement qui entre de force dans le psychisme et y demeure, tel un corps étranger, entraînant confusion et perte de repère pour celui qui en fait l'expérience (Milleliri et Liscia, 2009.)

Le traumatisme suggère ainsi une idée de blessure vive faisant suite à un événement soudain, lequel n'a pas permis au sujet de se défendre. Mais le caractère potentiellement durable du traumatisme tient également de l'absence de réponse de la part du sujet lui-même (blocage du psychisme) et de son entourage (incompréhension des troubles, sentiment de rejet). Une ambiguïté naît parfois du fait que le traumatisme psychologique peut parfaitement s'accompagner d'une atteinte corporelle. En même temps, toujours selon Crocq, « *les névroses traumatiques sont des états névrotiques organisés et durables provoqués par un traumatisme psychique, qu'il pourra nommer plus tard « psychotraumatisme » ou expérience de débordements des défenses psychiques de l'individu par un afflux soudain d'excitations violentes qu'il ne peut maîtriser* ».

Tarquino et Montel (2014) énoncent encore que le traumatisme est un « *phénomène d'effraction du psychisme et de débordements de ses défenses par les excitations violentes afférentes à la survenue d'un événement agressant ou menaçant pour ou la vie ou pour l'intégrité (physique ou psychique d'un individu qui est opposé comme victime, comme témoin ou comme acteur* ». L'enjeu qu'a pris le concept de traumatisme et les différentes définitions du psychotraumatisme qui en découlent comme nous l'affirme Tarquino et Montel (2014), varient en fonction des théories qui les fondent.

Ainsi, pour bien saisir en quoi consiste un traumatisme, il est nécessaire de prendre en compte la notion de trauma qui se distingue de celui-ci. Le trauma consiste en l'exposition d'une personne à un ou des événements aversifs (Anaut, 2005). Il s'agit donc d'une situation ou d'un événement externe aversif vécu par une personne à un moment donné au cours de sa vie. Le traumatisme quant à lui renvoie aux effets psychiques du trauma vécu, une fois que l'énergie mobilisée par la personne pour s'adapter dépasse ses capacités d'élaboration (Anaut, 2005).

D'après Bokanowski (2005), le traumatisme « désigne l'impact psychique d'un événement (séparation, deuil, accident, maladie, etc.) qui a marqué douloureusement l'existence d'une personne ». Il fait donc référence à la façon dont la personne se représente la situation vécue et non seulement à l'événement même. Le traumatisme se définit en fonction de la combinaison de la réalité externe (environnement) et interne (intrapsychique) d'une personne. Ainsi, il est possible de comprendre que le vécu d'un trauma (p. ex : agression sexuelle) chez deux individus n'engendre pas nécessairement dans les deux cas un traumatisme. Dépendamment de leur fonctionnement psychique respectif, les individus peuvent se représenter différemment cette situation.

1.6.2 Agression sexuelle

Le terme agression dérive du latin « *adgredi* » signifiant « aller vers », « attaquer », « marcher de l'avant ». Le mot désigne d'une manière générale tout comportement, d'attaque ou d'opposition, non provoqué qui s'exprime avec violence et brutalité. Quant à l'agression sexuelle, c'est un phénomène à la facette multiple avec une prise en compte des différentes circonstances de survenues. L'ensemble des facteurs déclencheurs et bien d'autres éléments répertoriés dans la littérature ne permettent toujours pas de statuer sur une définition unanime. Qu'à cela ne tienne, plusieurs auteurs, s'y mettent pour rendre la définition de ce phénomène aussi rigide à la compréhension de tous. Ainsi, il existe un consensus relatif à la difficulté de définir la notion d'agression sexuelle contre un enfant (0-17 ans) (Trickett, 2006 cité dans Hébert et al. 2011). Outre les aspects légaux, qui varient selon les régions et les cultures, il n'existe pas de critères unanimes pour la définir (Putnam, 2003 cité dans Hébert et al. 2011). Partant de ces éléments empiriques, la difficulté de définir les agressions sexuelles se reflète nécessairement dans les études sur ledit phénomène. Les définitions employées sont souvent vagues et diffèrent entre les études (Trickett, 2006).

La complexité d'avoir une définition qui fait unanimité des scientifiques rend de plus en plus complexe sa définition. Hébert et al., (2011) laissent entendre que l'agression sexuelle contre un enfant est « 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). » (p.20). Le viol devient « *la manifestation sexuelle d'un rapport de domination* » (Briche 2004).

Cette définition n'est pas universelle néanmoins, elle est proche de celle de l'OMS (2014) dans son rapport sur la violence et la santé, définit l'agression sexuelle comme tout acte sexuel, tentative pour obtenir un acte sexuel, commentaire ou avances de nature sexuelle, ou actes visant à un trafic ou autrement dirigés contre la sexualité d'une personne en utilisant la coercition, commis par une personne indépendamment de sa relation avec la victime, dans tout contexte, y compris, mais sans s'y limiter, le foyer et le travail. Plutard en 2015, elle établit une nouvelle définition qui décrit la violence sexuelle comme suit : « *Tout acte sexuel commis contre la volonté d'une personne. Il peut être commis par une personne indépendamment de sa relation avec la victime, dans tout contexte* » Pour ce qui est de cette définition, toute personne victime fut contrainte et faisant d'elle un objet de jouissance par l'abuseur. A partir de cette définition, nous remarquons d'après les auteurs que différentes types d'agressions existent. Cela nous emmène à nous à les expliciter. Ces définitions sus viennent rendre compte de l'intention qui prévoit le passage à l'acte, elle peut donc, être dirigé contre un individu ou un groupe et avoir comme conséquence un traumatisme. (Benamsili, 2012, p.45 ; citer dans Lamia, 2019).

L'importance de ces différentes définitions se rapporte à l'attention porter sur les agressions sexuelles. Le point commun nous conduit à l'absence de consentement des victimes qu'importe l'âge. D'après les travaux de (Finkelhor, 1984) l'agression sexuelle peut être définie comme « toute activité sexuelle non désirée qui implique l'utilisation de la force, de la contrainte ou de la menace ». Cette définition inclut les agressions sexuelles commises par des connaissances, des partenaires intimes ou des étrangers. Les recherches en psychologie ont montré que les agressions sexuelles peuvent avoir des conséquences graves sur la santé mentale et physique des victimes, telles que le trouble de stress post-traumatique, la dépression et l'anxiété.

1.6.3 Viol

Le viol est compris comme un acte par lequel une personne en force une autre à avoir des relations sexuelles avec elle par violence. D'après l'APA (2019), ce dernier en psychologie est défini comme un acte de violence sexuelle qui implique une pénétration forcée ou non consentie, que ce soit par la force physique, la menace ou la manipulation psychologique. Cette définition est en accord avec celle de l'Organisation Mondiale de la Santé (2019) qui définit le viol comme « *tout acte sexuel, tentative de réaliser un acte sexuel, ou autre comportement à*

connotation sexuelle, imposé à une personne sans son consentement ». Par ailleurs, Vera Cruz (2020), dénombre plusieurs types de violences selon sa nature, physique et psychologique. En partant de la classification de (Groth et Birnbaum, 1979), Vera Cruz (2020) décrit plusieurs types de viols.

➤ ***Le viol de colère ou viol correctif***

C'est une forme de viol qui implique une vengeance à contre la victime pour montrer la supériorité de l'agresseur, souvent dans le but d'humilier la victime. Le but de ces types de violeurs est d'humilier, d'avilir et de blesser leurs victimes ; ils expriment leur mépris pour leurs victimes par la violence physique et le langage profane. Pour ces violeurs, l'acte sexuel est une arme pour souiller et dégrader la victime et le viol constitue l'expression ultime de leur colère (Groth & Birnbaum, 1979). Le but est d'humilier et dégrader le plus possible la victime, le viol de colère se caractérise par une brutalité physique, l'usage d'une force physique largement supérieure à ce qu'il ne serait nécessaire si l'intention était simplement de maîtriser la victime et de parvenir à la pénétration (Groth & Birnbaum, 1979). Guidé par la colère et la rage, le violeur attaque sa victime en l'agrippant, en la frappant et en la jetant au sol, en la battant et lui déchirant ses vêtements (Stalans, 2004).

➤ ***Le viol lié à l'affirmation de la domination***

Dans ce type de viol, les auteurs prônent la domination, le viol devient un moyen de compenser leurs sentiments sous-jacents d'insuffisance et d'infériorité sociales tout en assouvissant leur profond mégalomane et fantasmagorique désir de maîtrise, de contrôle, de domination, de projection de puissance et d'autorité. L'intention du violeur de manifestation de domination est de démontrer (à lui et à la victime) ses « capacités », Veraz Crus (2020). Particulièrement, dans le viol de démonstration de puissance, le violeur s'appuie sur des menaces verbales, sur l'intimidation (souvent avec une arme ou un couteau) et n'utilise que la force nécessaire pour maîtriser la victime.

Souffrant paradoxalement d'un complexe d'infériorité sociale, de narcissisme et d'un fort désir de reconnaissance, l'agresseur a tendance à avoir des fantasmes dans lesquels il met en scène des habilités de conquêtes sexuelles et ses performances sexuelles dans le cadre d'un viol. Souvent, il croit que même si la victime lui résiste au départ, une fois qu'il la maîtrisera, elle finira par apprécier le viol. C'est ainsi que, une fois l'acte conclu, souvent, le violeur va jusqu'à estimer que la victime a apprécié ce qui lui a été infligé, conviction qui parfois l'amène à demander à la victime d'envisager une relation amoureuse. (Groth & Birnbaum, 1979). Cependant, cette perception est basée sur un fantasme et non sur la réalité, le violeur ne reste

pas longtemps satisfait (rassuré) par sa supposée performance ou la supposée appréciation manifestée par la victime. Il essaiera donc d'en trouver une autre. Cela explique pourquoi ce type de profil de violeur tend à passer à l'acte de façon répétitive et compulsive, commettant une série de viol sur une courte période (Awasthi, 2017).

➤ *Le viol sadique*

Le sadisme est une sorte de perversion dans laquelle, le plaisir ne peut être obtenu que par la souffrance infligée à l'objet du désir. En outre, c'est un goût pervers de faire souffrir. D'après Le Grand dictionnaire de psychologie (1999), le sadisme est une forme de manifestation de pulsion sexuelle qui vise à faire subir à autrui une douleur physique ou, à tout le moins, une domination ou une humiliation. Lorsqu'on parle du viol sadique, c'est un type de comportement typique lors d'un viol où, l'excitation sexuelle du violeur est intrinsèquement associée à l'infliction de douleur à sa victime. Plus précisément, ces violeurs glorifient la violence et, chez eux, l'excitation sexuelle est aussi bien associée à l'infliction de douleur et de souffrance à sa victime qu'à la colère et à la sensation de domination. Ainsi, ce type de délinquant prend plaisir aux tourments, à la douleur, à l'angoisse, à la détresse et à l'impuissance de la victime et considère qu'il s'agit d'une expérience érotique. En effet, ces types d'hommes sont très excités sexuellement par de violents stimuli sexuels. Les agressions du violeur sadique sont délibérées, calculées et planifiées. Et, dans de nombreux cas, la satisfaction ultime est obtenue en assassinant la victime.

➤ *Les viols collectifs*

Les viols collectifs sont souvent perçus par les hommes comme une méthode justifiée pour décourager ou punir ce qu'ils considèrent comme un comportement immoral chez les femmes, comme par exemple le fait de porter des jupes courtes ou de fréquenter les bars (Jenkins, 1998). Dans certains contextes sociaux, les viols collectifs ont souvent lieu dans le cadre d'une sorte d'initiation sexuelle. A ce propos, en Papouasie Nouvelle-Guinée, certains gangs urbains recourent souvent aux viols collectifs des femmes comme une forme d'initiation imposée aux nouveaux membres.

Le viol collectif et le viol de masse sont souvent utilisés comme moyen de souder un groupe d'hommes. Cela est particulièrement courant chez les soldats en situation de guerre. En effet, parmi le nombre de viols commis lors des conflits armés, les viols collectifs représentent les trois quarts, alors que dans les temps de paix cette catégorie spécifique de viol représente le quart du nombre total. Les commandants poussent les recrues à violer, souvent pour calmer leur frustration, récompenser la vaillance au combat, terroriser la population, mais souvent aussi pour souder entre eux les personnes impliquées.

Ainsi, certaines recherches indiquent par exemple que les groupes rebelles qui recrutent des soldats par la force sont plus impliqués dans les viols collectifs que ceux constitués de recrues volontaires car ils pensent que à travers ce type d'actes, les soldats incorporés contre leur volonté, passeront d'une faible à une forte loyauté envers le groupe, unis par le même crime, pour ainsi dire Vera cruz (2020). L'éclairage apporté par ces différentes définitions il est maintenant possible de présenter l'historique des agressions sexuelles via le viol et/ou les violences sexuelles.

1.6.4 Le vécu

Dans le dictionnaire de psychologie, le concept vécu se comprend comme la manière dont chaque sujet se comporte et réagit quotidiennement aux prises avec une situation quelconque. Etymologiquement, le mot «*vécu*» vient du mot grec «*veky*» qui signifie «*vivre*» et se définit comme «*la manière de passer sa vie*». En tant qu'adjectif, vécu est ce qui appartient à l'expérience de la vie, c'est-à-dire le réel ; ce qui s'est passé et/ou se passe réellement. Tandis qu'en tant que nom masculin, le vécu est synonyme de l'expérience vécue, le véridique, le vrai (Larousse, 2010).

En psychologie, le vécu est généralement compris comme l'ensemble des expériences subjectives d'une personne, telles que ses sensations, ses émotions, ses pensées et ses perceptions. Le vécu est rend compte de l'expérience que vit la personne. Par contre d'après (Bachelard 1934), le vécu est «*l'expérience vécue dans lequel le sujet prend conscience d'un objet, mais en même temps prend conscience de soi en tant que prenant conscience de cet objet*». C'est l'ensemble de tous les événements qui vont meubler la vie de l'individu concerné par une étude sur un phénomène qui l'inclut. Ceci veut dire que l'immédiat qui constitue le caractère essentiel de l'expérience vécue signifie la coïncidence de l'objet et de la conscience. Ces différentes définitions du vécu illustrent la complexité de ce concept clé en psychologie et montrent qu'il peut être abordé de plusieurs manières en fonction des théories et des perspectives adoptées.

Iannaccone et Cattaruzza (2015) dans «*vécu subjectif dans la recherche en psychologie*», abordent cette notion la notion de subjectivité uniquement sous l'angle des processus d'interaction chercheur-participant qui conduisent à une actualisation et à une prise de conscience «*en première personne*» ; le point de vue en première personne implique que les traces verbales déploient une véritable expérience vécue, dans une situation passée, singulière et spécifiée (Vermersch, 2012 ; citer dans Iannaccone et Cattaruzza 2015). C'est une démarche qui permet d'accéder à des éléments «*inconscients*» de l'expérience vécue, dans le

sens d'éléments non accessibles de manière immédiate et spontanée. La démarche d'explicitation se réfère donc à une notion d'inconscient que l'on ne peut associer au concept homologue utilisé dans les approches de type psychanalytique, ni aux différentes opérationnalisations que la psychologie cognitive a produites autour de cette notion (Dehaene, 2014 ; citer dans Iannaccone et Cattaruzza 2015). Le vécu d'une situation implique d'emblée une prise en compte des éléments implique le chercheur et l'interviewé.

1.6.5 Mineure

Est mineure une personne âgée de moins de 18 ans. En droit camerounais, le terme « *mineure* » désigne une personne âgée de moins de 21 ans. Ce terme reflète en psychologie d'une manière générale comme un être en développement qui traverse différentes étapes de croissance et de maturation. Selon les auteurs Bowlby et Ainsworth, l'enfant est également un être social qui a besoin d'attachement et de soutien émotionnel pour se développer de manière saine et équilibrée. D'après le grand dictionnaire de psychologie, est enfant un garçon ou fille avant l'adolescence. Ce dernier renvoie à la période de développement au cours de laquelle s'opère de l'enfance à l'âge adulte.

1.6.6 Victime

On désigne sous le nom de « *victimes* » les personnes qui ont subi une violence ou agression. Ses personnes, qu'elles aient ou non vécues l'agression comme un trauma, sont aussi désignées comme victimes. Pour celles l'ont vécue comme un trauma, on parlera de « *victimes traumatisées* ». En 1985, l'Organisation des Nations unies (ONU) a défini les victimes comme « *les personnes qui ont subi un préjudice physique, mental, moral ou matériel, ou dans leurs droits fondamentaux...en raison d'actes ou d'omissions qui enfreignent les lois ou constituent des violations des droits de l'homme.* ». Cette définition ne fait pas l'unanimité compte tenue des différentes formes d'événements pouvant vivre une victime.

À cet effet, pour Crocq (2007) est victime toute personne qui, du fait de l'action (intentionnelle ou non) d'une autre personne, ou d'un groupe de personnes, ou du fait d'un événement non causé par une personne (catastrophe naturelle ou accident sans auteur), a subi une atteinte à son intégrité physique ou mentale, ou à ses droits fondamentaux, ou une perte matérielle, ou tout autre dommage ou préjudice (scolaire, professionnel, d'agrément, moral, etc.). Ce complément ne désigne pas uniquement la victime mais également l'entourage, les témoins la fratrie ce qui implique toute la société. (p.10)

Les violences font écho dans la société actuelle. Elle rend peut affecter de près ou de loin ceux qui n'ont pas subi ces atrocités. Parlant de la société la violence l'impact sévèrement et la réprimande avec ardeur. Ce qui, nous envoie à rendre aussi compte de revirement qu'une conséquence de violence que vivent les victimes.

En somme, dans ce premier chapitre, il était question d'aborder les différents éléments qui sont le socle de ce mémoire, en y remportant des preuves via les données dans la littérature sur la question du traumatisme et d'agression sexuelle en mettant l'emphase sur le viol. Ce qui a permis, de poser le problème de notre recherche, de poser nos hypothèses de recherche avec une méthodologie d'étude propres au domaine d'étude dans lequel s'inscrit notre recherche. Par la suite, la définition des concepts ont permis de connaître un peu plus sur les différents types des termes clés de ce travail. Le contenu de ce chapitre nous permis d'aborder dans la deuxième partie de ce mémoire une revue de la littérature sur les variables de notre étude.

CHAPITRE 2 : TRAUMATISME

Chaque souffrance psychologique survenue à la rencontre du traumatisme est traduite par des symptômes. Les scènes du traumatisme se déroulent en boucle et ancre la souffrance dans le fonctionnement psychique, altérant l'épanouissement de l'individu traumatisé. L'insupportable souffrance ne trouve pas de mot pour l'exprimer ; le traumatisme ouvre une brèche dans le psychisme de la victime en créant un dysfonctionnement. Toutefois, ce qui est traumatique pour les uns et autres ne l'est pas forcément pour autrui. La manifestation des symptômes n'est non plus. Avant de rentrer dans le détail de l'analyse et des points techniques, ce chapitre se consacre particulièrement au traumatisme et quelques événements vécus qui seraient à son origine notamment le viol.

2.1 Appréhension du traumatisme en psychologie

Le terme traumatisme tire son origine des mots grecs anciens « *traumatismos* » qui signifie action de blesser et le « *trauma* » renvoie au blessure. (Crocq, 2007, p.6). Pour d'autre, le concept « *traumatique* » vient du grec tardif « *traumatikos* » qui veut dire « *qui concerne les blessures, bon pour les blessures* ». Mais « *traumatikos* » est aussi dérivé de « *traumatos* » qui signifie blessure, une affection dans l'organisme et au figuré, dommage ou désastre (Marty, 2001).

Ce terme régulièrement utilisé en médecine et en chirurgie, sera importé dans le domaine de la pathologie mentale pour désigner les blessures psychiques. Aboundé (2022, p.76). Appliqué à la pathologie chirurgicale, le mot trauma revêt aujourd'hui un trouble psychologique en rapport avec une blessure le plus souvent pénétrante. A à la fin du XIX^e sa définition s'étend au niveau du psychisme pour signifier un impact émotionnel violent. La psychanalyse quant à elle l'appréhende en termes d'effraction en assimilant la représentation traumatique à « *un corps étranger rendu moderne* ». Faisant ainsi du traumatisme l'ensemble des conséquences locales et générales du trauma. Piolino et al. (2008)

En psychologie clinique, le terme généralise le « *trauma* » comme tout choc émotif violent qui marque la personnalité d'un sujet et le sensibilise aux émotions de même nature. Le « *traumatisme* » renvoie à l'ensemble des troubles de la vie affective et de la personnalité déclenchée chez un sujet par un choc émotif et, par extension, les causes des troubles mentaux. Dans le langage courant, le concept indique les conséquences d'un événement d'une forte intensité émotif qui affecte les convictions, les croyances, la confiance, les sensations d'une personne et qui peut donc modifier la personnalité même de l'individu. Sa

conception psychanalytique rend bien donc compte d'un « *corps étranger rendu interne* » (Piolino et al., 2008, p.243).

Son emploi en psychopathologie le contextualise en traumatisme psychologique ou trauma, comme la « *transmission d'un choc psychique exercé par un agent psychologique extérieur sur le psychisme, y provoquant des perturbations psychopathologiques, transitoires ou définitives* ». Crocq (2007). Toutefois, qu'importe son emploi, le traumatisme psychique ne se confond pas à celui issu du domaine médical ; dans la clinique chirurgicale. Crocq (2007) le distingue des traumatismes de type « *traumatismes ouverts* », où il y a effraction du revêtement cutané, et les « *traumatismes fermés* », sans effraction. La psychopathologie renforce cette différence en appuyant et entretenant l'idée selon laquelle, les excitations attenantes à l'événement traumatisant ont fait effraction au travers des défenses du psychisme. Ainsi, le traumatisme psychique ou trauma est redéfini comme étant « *un phénomène d'effraction du psychisme, et de 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 (2007, p.7)

D'après l'OMS, le traumatisme est « *un dommage physique subi par un corps humain lorsqu'il est brutalement soumis à des quantités d'Énergie (mécaniques, thermique, chimique rayonnée) qui dépasse le seuil de la tolérance psychologique ou privé d'un ou plusieurs éléments vitaux (oxygène, chaleur).* ». Le Dictionnaire (Le Robert 2014) conçoit le trauma comme un ensemble des troubles provoqués dans l'organisme par une lésion, une blessure grave ; un choc émotionnel très violent. Du point de vue des cognitivistes, le traumatisme est abordé et compris comme un trouble qui se détermine par une modification des « *schémas cognitifs que le sujet a sur lui, sur le monde et sur les autres* » (Ehler et Clark, 2000). Cette conception cognitiviste du traumatisme rejoint par ailleurs la description donnée par Crocq (2007) comme suit : « *cette épreuve constitue pour le sujet un bouleversement profond de l'être, dans ses rapports avec le monde, et avec lui-même* ». Nonobstant, le traumatisme, qu'il soit considéré comme une épreuve ou comme un trouble, chaque victime le ressent de manière singulière, c'est-à-dire qu'il le vit subjectivement.

D'après les premières définitions de Freud en 1920, le *trauma* constituait un choc violent, affectant le sujet qui ne s'y attendait pas, et s'accompagnant d'effroi. Par la suite, Laplanche et Pontalis (1978, p.874) s'inspirent des définitions de Freud et considère le traumatisme psychique comme : « *un événement de la vie du sujet qui se définit par son intensité, l'incapacité où se trouve le sujet d'y répondre de manière adéquate, le*

bouleversement et les effets pathogènes durables qu'il provoque dans l'organisation psychique. » Le traumatisme se caractérise donc, « par un afflux d'excitations qui est excessif, relativement à la tolérance du sujet et à sa capacité à maintenir et à élaborer psychiquement ces excitations.

Quant aux psychiatres de l'APA, (Association Psychiatrique Américaine, 2000), ils mettent l'accent sur le stress qui découle de l'événement traumatique. Ainsi, ils le caractérisent comme l'expérience d'un individu qui a Vécu ou été témoin ou été confronté à un ou des événements, durant lesquels des individus ont pu mourir ou être gravement blessés ou bien été menacés de mort ou de graves blessures ou bien durant lesquels son intégrité physique ou celle d'autrui a pu être menacée (critère A1 DSM-IVTR). La réaction du sujet doit avoir été marquée par certaines caractéristiques que sont « *une peur intense, un sentiment d'impuissance ou d'horreur* » (critère A2 DSM-IV-TR).

Dans cinquième version du DSM, l'accent est remis sur le stress aigu tout en indiquant que les événements considérés comme traumatiques sont maintenant explicitement caractérisés quant au fait qu'ils doivent être vécus directement, ou que le sujet en est le témoin direct, ou qu'il s'agit d'un événement traumatique arrivé à un membre de la famille proche ou à un ami proche. Cette dernière version apporte des remaniements sur les critères du diagnostic ; à l'instar du critère A2 du DSM-IV concernant la réaction subjective à l'événement traumatique (c'est-à-dire ressentir « *une peur intense, un sentiment d'impuissance ou d'horreur* ») a été supprimé. En ce qui concerne Les critères du DSM-V pour le trouble stress post-traumatique diffèrent de façon significative de ceux du DSM-IV. Dans le DSM V, Le trouble stress post-traumatique a maintenant une dimension développementale, mise en évidence par la diminution du seuil diagnostique pour les enfants et les adolescents. En outre, des critères séparés ont été ajoutés pour les enfants de 6 ans ou moins présentant ce trouble.

Néanmoins, il ressort que le traumatisme fait état d'une atteinte corporelle ayant de retentissement sur me fonctionnement mental altérant ainsi le bien-être. Pour d'aucuns le trauma est lié au concept de stress et pour d'autres, il est indissociable à la psyché. Toutefois, les auteurs sont unanimes sur le fait que le traumatisme psychique peut être causé par différents évènements. A noter que la personnalité, la maturité de chaque individu sont des aspects importants dans la prise en compte du traumatisme. D'où pour Crocq (2016), la nature du traumatisme dépende du psychisme de chaque individu, car un évènement traumatique pour une personne ne l'est pas forcément pour un tiers.

2.1.1 Événement traumatique

2.1.1.1 Évènement potentiellement traumatique

D'après le Dictionnaire Larousse (2010), le mot « événement » vient du latin « *Evenir* » qui signifie « *arriver* », ce qui se produit, arrive ou apparaît. Tellement vague et sans précision, l'événement, peut être qualifié d'heureux, de malheureux, d'inattendu, d'exceptionnel ou de commun ; donc, il ne concerne pas uniquement les situations négatives de la vie mais touche également aux événements heureux telles que les réussites, les naissances...etc. Souki (2002, p.33). Dans le cas du traumatisme psychique on parle d'évènement traumatisant ou potentiellement traumatique lorsque le traumatisme désigne l'effet d'un évènement sur l'individu. Mais le concept de traumatisme ne se réduit pas à cette conception factuelle car, « *un même évènement vécu par plusieurs personnes, pourrait avoir des effets traumatiques très différents d'une personne à une autre, provoquant des réactions immédiates, immédiates adaptatives, immédiates inadaptatives et différées* » (Aboundé, 2022, p.78).

En d'autres termes, un événement traumatique confronte classiquement le sujet à ce qui est lui impossible d'élaborer, sa propre mort Lopez et al. (2020, p.6) ; cette confrontation généralisée l'emploie de l'évènement traumatique à la fois chez les victimes qui ont réellement vécu cet événement sur le mode du trauma et les tiers qui sont exposés au même événement, et qui sont réagi par un stress adaptatif et sans séquelles. Aussi recommandons-nous, pour désigner des événements susceptibles de générer des traumatismes, d'utiliser le vocable d'évènement potentiellement traumatisant Crocq (2007). Pour ce qui est de la définition de l'évènement traumatique, le DSM-IV-TR (2003) souligne que dans ce cas précis,

Le sujet a fait l'expérience d'un événement ou d'événements qui ont été accompagnés de la mort, d'un danger de mort ou de blessures graves ou encore d'une menace envers l'intégrité physique, pour lui-même ou d'autres personnes où le sujet ressent une peur intense, un sentiment de détresse ou d'horreur. (Crocq, 2000, p.17). Ainsi, relevons que l'évènement traumatique réside dans la confrontation d'un sujet avec sa propre mort ou celle d'une autre personne, ce qui engendre un fort sentiment de détresse.

Au cours de ce travail, nous nous intéressons particulièrement à l'expérience traumatique en parlant d'une agression humaine ; le viol. Ainsi, d'après le Dictionnaire de la Psychanalyse, définit le traumatisme comme « *un évènement inassimilable pour le sujet, généralement de nature sexuelle et tel qu'il peut paraître constituer une condition déterminante de la névrose.* ». (Chemama & Vandermersch, 1998, p.446). Comme nous le voyons cette définition diffère de la précédente car ici, l'évènement traumatique a été spécifié pour ne pas être limité aux événements de nature sexuelle. De même qu'elle ne précise pas exactement le

type de névrose que va engendrer le traumatisme. A cet effet, pour Crocq (2007) que l'événement traumatique est un événement susceptible par sa soudaineté et sa violence, de donner lieu au phénomène de trauma dans le psychisme du sujet qui le subit. On admet qu'il s'agit d'un événement exceptionnel, sortant de la routine quotidienne et menace la vie du sujet ou son intégrité physique ou mentale. Il est vécu avec terreur et prend le sens d'une rencontre manquée avec la mort. Cette explication de Crocq semble être la plus plausible pour décrire l'événement traumatique puisqu'elle nous permet d'identifier certaines caractéristiques de l'événement traumatique, comme sa violence par exemple. De ce qui précède, nous allons nous intéresser à aux caractéristiques de l'évènement traumatique.

2.1.2 Caractéristiques de l'événement traumatique

D'une manière générale, l'événement traumatique est décrit comme un événement soudain, violent, qui agresse ou menace l'intégrité physique et mentale de l'individu (Lebigot, 2001). Cet événement peut être vécu directement par le sujet comme dans le cas des accidents de la circulation, des catastrophes naturelles ou du viol...etc. Ou bien indirectement lorsque la personne a été témoin d'un accident d'une guerre ou bien encore lorsqu'il s'agit de la découverte de cadavres. Sinon, il peut être un événement qui a été vécu par autrui et rapporté au sujet, comme c'est le cas des accidents ou de blessures graves vécues par un membre de la famille ou par un ami proche, ou bien encore la perte soudaine et brutale d'un être cher. (Crocq, 2000).

L'événement traumatique pour Crocq (1999) présente certaines spécificités que sont les sentiments de frayeur, d'horreur, d'impuissance. Cette expérience se caractérise par son absence de secours lors de la confrontation brutale à la réalité de la mort. Il en résulte l'effroi, comme une incapacité à attribuer un sens à celle-ci. L'événement peut être aussi un événement unique, soudain et brutal, qui menace le sujet qui ne s'y attendait pas comme dans le cas des agressions et des viols. Ou bien il peut être prolongé et répétitif tels que la torture, les guerres, les sévices...etc. D'après les psychotraumatologues humanistes, le trauma est un phénomène relatif dans la mesure où il ne dépend pas uniquement de la nature ou de la brutalité de l'événement mais aussi d'autres facteurs comme la personnalité du sujet traumatisé et même du type de psychotraumatismes (Breslau et Antony, 2007 citer dans Piolino et al., 2008).

2.1.2.1 L'évènement traumatique chez l'enfant

Pour l'enfant, ce qui se révèle traumatique dépend principalement de son âge et de son développement. Il n'y a pas un âge pour vivre un évènement traumatique. Toutefois, la prise de

conscience de cet évènement est tributaire du développement psychique. Le cas de la mort illustrée dans Josse (2019) révèle à quel point l'âge de l'enfant permet de comprendre la notion de la perte d'un être, d'où les enfants en dessous de 5ans ne sont en mesure de saisir la sévérité d'une atteinte corporelle ; l'attention de ces enfants est focalisée plus sur la réaction des adultes, des parents qui prennent soin d'eux et l'absence constaté auprès des adultes (figure d'attachement) crée un sentiment de désarroi. Même au-delà de cet âge, ne pouvant évaluer l'évènement à sa juste mesure, certaines jeunes victimes n'éprouvent pas d'émotions particulières. C'est le cas, par exemple, dans le vécu de certains abusés sexuel chez les sujets de bas âge.

En cherchant à se gaver d'amour, l'enfant à cet âge cherche l'affection des adultes et se trouve dans une curiosité d'explorer sa sexualité infantile non génitale (« présexuelle » selon les termes de Freud), ils peuvent donc accepter l'activité sexuelle avec l'adulte abuseur afin d'obtenir des gratifications affectives, non sexuelles au sens génital du terme. Ce contact recherché par l'enfant n'affecte par ce dernier. Selon Josse (2019), il arrive que l'enfant n'éprouve ni effroi, ni impuissance, ni honte au moment des faits. Néanmoins, en grandissant, certains d'entre eux développent des séquelles traumatiques et cela à long terme plus ou moins intense entravant leur développement personnel.

2.1.2.2 Réaction immédiate chez l'enfant

Crocq (2011) indique que lorsqu'un individu est exposé à une agression ou une menace soudaine, ce dernier présente immédiatement, de façon quasi reflexe, une réaction d'alarme lui permettant de faire face à cette intrusion. Partant de cette mention, la réaction immédiate chez l'enfant est rarement celle du stress adapté, qui serait toutefois observée chez des enfants accompagnés d'adultes (parents ou enseignants) lors d'accidents ou de catastrophes : obéir aux consignes, se sentir protégés par l'adulte, poser des questions sur ce qui arrive, aider leurs camarades. Le plus souvent, l'enfant qui se sent vulnérable et impuissant face à la situation, ou qui assiste à la peur et à l'impuissance de ses parents, va être profondément bouleversé et décontenancé. On observe une des quatre réactions de stress dépassé. (Crocq, 2007 ; citer Vila 2020) : l'inhibition avec sidération, stupeur, immobilité et mutisme. Ce peut être une réaction d'agitation combinant turbulence motrice, logorrhée intarissable, ou même comportement agressif. En outre une réaction de fuite éperdue, avec une angoisse panique qui ne sera même pas réduite lorsque l'enfant sera parvenu à l'abri.

Chez certains enfin, le comportement devient désorganisé voire automatique, l'enfant poursuivant pendant de longues minutes une activité inadaptée au contexte, ou proférant des

propos incohérents dans un état d'indifférence à ce qui se passe autour de lui et d'imperméabilité aux exhortations données par les adultes. On a observé aussi des réactions immédiates franchement pathologiques, telles qu'états confusionnels ou confuso-oniriques (tableaux faits de confusion ou d'obnubilation de la conscience avec délire onirique) suivis d'amnésie, de crises d'angoisse massive et d'attitudes phobiques avec recherche désespérée de réassurance d'après Vila.

2.1.2.2.1 Le viol en tant que traumatisme

2.1.2.2.1.1 Effets désorganiseurs

Le viol constitue une violence majeure. Selon Laupies (2000, p.48), l'enfant est soumis à un stress physique et psychique qui dépasse largement ses capacités de « *métabolisation* ». Le vécu de l'enfant est caractérisé par le l'effroi, la peur et la confusion. Pour remédier à ce vécu, ce dernier met en place un mécanisme de « dissociation » ; l'enfant lutte contre la désorganisation psychique complète en focalisant toute son attention sur une sensation anodine (bruit de la voiture, tableau sur le mur, etc.). Toute ses ressources sont mises au services de la concentration sur une image, un son, une odeur. Laupies récence les effets désorganiseurs et les conséquences du viol dans sa dimension intrapsychique, interactionnelle et éthique et relationnelle que, nous présenteront dans le tableau suivant :

Tableau : O Conséquence symptomatiques des différents impacts d'un viol

<i>Dimension intrapsychique</i>	<i>Conséquences symptomatiques</i>
Traumatisme	Trouble de la mémoire Trouble de la concentration Sentiment d'irréalité Exposition a de nouveau abus Dissociation des émotions et des pensées Rêve traumatique Flash-backs Isolement réactionnel aux flash-backs Troubles du sommeil Réalisation du traumatisme sur un tiers Somatisation
Abus sexuel	Culpabilité Destruction du jardin secret

	<p>Association sexualité et violence</p> <p>Fonctionnement en tout ou rien</p> <p>Inhibition des émotions</p> <p>Confusion tendresse et sexualité</p> <p>Troubles sexuels</p> <p>Inhibition des apprentissages</p>
Abus narcissique	<p>Honte</p> <p>Dépendance à l'agresseur</p> <p>Soumission à la vie psychique de l'agresseur : disqualification des émotions et pensées propres</p> <p>Sentiment de dilution de l'identité</p> <p>Angoisse d'abandon</p> <p>Isolement réactionnel à la dépendance</p> <p>Automutilations</p> <p>Addictions ; comportement à risque</p> <p>Tentative de suicide</p> <p>Dépression narcissique</p> <p>Troubles sexuels</p> <p>Troubles du désir d'enfant et de la parentalité</p> <p>Répétition de la maltraitance</p>
<i>Dimension interactionnelle</i>	
Abus de pouvoir	<p>Emprise :</p> <p>Apprentissage à la soumission</p> <p>Attitude défensive de contrôle relationnel</p> <p>Blocage de toute évolution</p> <p>Style familial :</p> <p>Répétition d'éléments enchevêtrés, chaotique, dictatoriaux</p>
<i>Dimension éthique relationnelle</i>	
Abus de confiance	<p>Perte de la possibilité de se valider</p> <p>Altruisme</p> <p>Légitimité destructive</p>

	Loyauté invisible Impasse générationnelle
--	--

2.1.2.3 Vécu traumatique

Le vécu traumatique est défini par Bokanowski (2010), comme « *un événement vécu, une expérience subjective et personnel du sujet qui se caractérise par le caractère violent de l'événement, qui surgit sans avertissement et auquel le sujet n'est pas préparé.* ». Cet événement brutal qui prend le sujet par surprise et donc le dérouté entraîne, sur le plan psychique, une effraction de la barrière pare-excitation, ce qui fait que le psychisme est débordé par une excitation qu'il ne peut comprendre et gérer. Cela entraîne une perturbation massive du fonctionnement psychique et des défenses établies jusque-là, perturbation qui peut aller, dans les cas extrêmes, jusqu'à l'effondrement psychique. Ainsi, le vécu est compris comme le récit de la vie du sujet, prenant en compte la manière dont il s'adapte ou non à une situation d'effraction de son psychisme et de débordement de ses défenses. Ainsi, Nelson (2007) allant dans le même sens, conçoit le vécu traumatique comme « *la manière dont un individu s'adapte ou non à la situation traumatique* » (p. 19). En outre, le traumatisme se définit donc par ses conditions comme par ses effets. Il y a traumatisme s'il y a eu un événement opérant une effraction psychique, c'est-à-dire dont la violence ne se mesure pas à l'aune d'une objectivité, mais à celle de sa vérité. Celya (2016).

Le viol est l'évènement le plus traumatisant parmi les agressions sexuelles Piolino et al. (2008). Le vécu traumatique de la jeune fille violée est un sujet complexe et délicat car, les conséquences psychologiques tels que (la dépression, le stress post-traumatique, l'anxiété, hypervigilance, trouble alimentaire, la dissociation...), émotionnelles (la colère, la peur...), physiques (douleurs chronique, fatigue intense, maux de tête...), social (isolement social, manque de confiance...). Ses conséquences peuvent être graves et durables. Les victimes gardent une trace de l'évènement traumatique dans leur psychisme.

Salmona (2018) parle de mémoire traumatique, qui est telle une « *boîte noire* », elle contient non seulement les vécus émotionnel, sensoriel et douloureux de la victime mais également tout ce qui se rapporte aux faits de violences, à leur contexte et à l'agresseur (ses mimiques, ses mises en scène, sa haine, son excitation, ses cris, ses paroles, son odeur, etc.). Dès lors, la mémoire traumatique permet aux victimes d'échapper au risque vital que fait courir une réponse émotionnelle extrême face à un trauma. Les victimes développent à travers des conséquences psychologiques et physiques. Ces dernières peuvent être dévastatrices pour les victimes. Les survivantes peuvent souffrir de troubles anxieux, de dépression, de stress post-

traumatique, de douleurs chroniques, d'infections sexuellement transmissibles et de grossesses non désirées.

Pour Taillandier (2014), lorsqu'il y a traumatisme, l'image est figée, quelque chose dans le psychisme est bloqué, qui patine dans une répétition sans fin. Le trauma est figurable mais pas trop. Ce qui d'après Taillandier ne permet pas au travail de figurabilité de faire son œuvre, la victime est prisonnière de l'évènement traumatique. Comme dans un cauchemar, la situation vécue l'entraîne dans des réactions inconnues, étranges, qu'elle ne reconnaît pas forcément comme lui appartenant. Dans l'après coup, il serait très difficile de reconnaître les réactions très violentes. Tout semble disproportionné, et complètement irrationnelle. Le plus souvent ces intrusions traumatiques sont partielles et la survivante garde une certaine conscience de sensations, d'images visuelles, une impression d'être obligé de se comporter d'une certaine façon. Mais souvent la clinique du traumatisme nous confronte à l'impossibilité d'avoir des choix. L'image s'impose, puissante, irréversible. L'image traumatique n'a aucune valeur symbolique. Elle est comme une hallucination vécue dans l'ici et maintenant de la répétition.

Afin d'éviter d'être confronté à de telles expériences, la vie, l'espace de liberté, les victimes opèrent des choix sont restreints. Certaines phobies peuvent devenir très invalidantes, les circonstances, en lien avec la mémoire olfactive ou visuelle, les expressions du visage, ou verbales, mettent en état d'alerte cette partie dissociée de l'agressée. Ainsi, l'état d'alerte produit une situation extrême urgence et de danger. La partie dissociée du Moi prend le contrôle, le sujet peut alors avoir des réactions qui lui paraissent totalement bizarres, irrationnelles, voire dangereuses, pour lui ou pour son entourage.

Le traumatisme serait comme une place forte, un territoire qui échappe au contrôle du moi. Dans le vécu traumatique, la personne peut avoir conscience des événements traumatisants qu'elle a vécus, mais le souvenir en est comme bloqué, sans que ni la prise de conscience, ni le temps écoulé ne puisse réellement le transformer. La personne vit ces moment-là dans un temps immuable. Elle est dissociée. A cet effet, le vécu est compris comme le récit de la vie du sujet, prenant en compte la manière dont il s'adapte ou non à la situation dont il fait face (Fitzell & Pakenham, 2010).

2.1.2.4 Vécu émotionnel

Selon Le Dictionnaire de psychologie Norbert Sillamy (2013), l'émotion est une réaction globale, intense et brève, de l'organisme à une situation inattendue, accompagnée d'un état affectif de totalité pénible ou agréable. Etymologiquement, l'émotion est ce qui met en mouvement ; la colère, qui pousse hors de soi la joie, l'angoisse répondant à cette définition.

Partant donc de cette définition, vivre un viol entraîne donc des conséquences émotionnelles intenses pouvant provoquer plusieurs troubles dont, la dépression, l'anxiété et de trouble de stress post-traumatique Resnick et al. (1993). Ces troubles sont accompagnées d'un vague de sentiment de honte, de culpabilité et d'isolement.

D'après Ullman (1999) les survivantes sont plus susceptibles de se blâmer pour l'agression sexuelle que les survivants de violence physique ou verbale. Selon les travaux de (Kaufman 1989 citer dans Ndiaye et al. (2017), le soutien de parents des victimes permet de diminuer les affectes négatifs. A l'instar des adolescentes qui reçoivent du soutien émotif de la part de leur mère en réponse au dévoilement d'un abus sexuel (par exemple, mère disponible, permettant à l'adolescente d'exprimer son expérience relative à l'abus sexuel sans la blâmer), moins elles manifestent des symptômes d'anxiété Ndiaye et al. (2017). Par ailleurs, la compréhension des parents est importante pour la suite du développement des victimes. (Thériault et al., 2003). Un vécu émotif moins négatif grâce au soutien parental pourraient prévenir contre les difficultés que les victimes ont à établir des relations saines et à faire confiances à autrui. Puisque, Gidycz et al.1995 citer dans Ndiay, et al (2017) montrent que les survivantes de viol étaient plus susceptibles de rapporter des difficultés dans leurs relations intimes que les femmes non victimes.

2.1.2.5 Vécu Social

Partant des travaux de Hanus et Bacque (2000) qui stipule que des évènements vécus par des individus en situation d'isolement social imposé ressentent un traumatisme dû au stress accumulé. Jandarme et Balungu (2020) appréhendent le vécu psychosocial d'une situation comme étant la manière dont « *une personne vit ses interactions avec les personnes de son environnement social* ». Car des conduites humaines s'inscrivent toujours dans un espace de vie bien déterminé que Lewin appelle « *champs psychologique* ». Ainsi l'analyse de conduite de l'homme ne peut se faire sans se référer au champ de force qui représente l'ensemble des valeurs qu'il attache à tel ou tel aspect de son environnement.

Partant de ces éléments, l'aspect social des victimes est caractérisé par un retrait social et le repli sur soi. Suite au viol les victimes vivent de manière restreintes. Le soutiens des tiers permet aux victimes de s'épanouir. Le phénomène d'agression sexuelle peut avoir des conséquences sociales importantes pour les survivants. Elles peuvent faire face à des conséquences sociales importantes telles qu'être stigmatisées et rejetées par leur communauté. Ce qui peut entraîner une perte de soutien social et une augmentation d'isolement Ullman

(2010). A ses conséquences, j'ajoute également chez les victimes des difficultés pour poursuivre leur éducation...Resnick et al., (2000).

2.2 Les type de traumatismes

Deux types de traumatismes proposés par (Terr, 1991) ; le type 1 et de type 2. C'est à cet auteur que l'on doit la première catégorisation des traumatismes en deux types. Le traumatisme de type I un traumatisme induit par un événement unique, limité dans le temps, présentant un commencement net et une fin claire. Le traumatisme de type II est évoqué lorsque l'événement à l'origine des troubles s'est répété, lorsqu'il a été présent constamment ou qu'il a menacé de se reproduire à tout instant durant une longue période Josse (2019) spécifient une troisième catégorie, le traumatisme de type III, pour décrire les conséquences d'événements multiples, envahissants et violents débutant à un âge précoce et présents durant une longue période. Dans ce troisième type de traumatisme découlent deux catégories de traumatisme : les traumatismes simples et les traumatismes complexes. La première catégorie est assimilée au traumatisme de type 1 décrit par (Terr 1991).

Quant au traumatisme complexe, il désigne le résultat d'une victimisation chronique d'assujettissement à une personne ou à un groupe de personnes. Dans ces situations, la victime est généralement captive durant une longue période (mois ou années), sous le contrôle de l'auteur des actes traumatogènes et incapable de lui échapper. Ces traumatismes complexes sont à rapprocher des traumatismes de type II précisés par Terr (1991) et s'ils débutent à un âge précoce, aux traumatismes de type III Josse (2009). Dans cette typologie qui découle, le diagnostic d'un traumatisme de type I a pour critère : exposition à un évènement unique, donc imprévisible et d'apparition brutale ; traumatisme de type 1 selon la terminologie de Terr ou traumatisme simple selon Herman. Dans cette classification, nous retrouvons les évènements suivants : les agressions et un attentat terroriste Josse (2009).

Dans la seconde typologie, les évènements décrits comme de violences durables, répétées exempte de surprise, voire prévisible sont classés dans traumatisme de type II selon Terr, de type III d'après Solomon et Heide ou de type complexe selon Herman. Au sein de ces évènements, nous retrouvons les abus sexuels, la maltraitance physique et sexuelle, les rackets, l'esclavage sexuel, l'enfermement dans les camps de détention et de concentration, le travail forcé, les traditions dommageables et l'exposition aux violences conjugales sont le plus souvent caractérisés par une addiction et une succession de violences. Josse (2019, p.27).

2.2.1 Les traumatismes directs et indirects

Selon Josse (2019), le traumatisme direct est défini comme étant la confrontation d'une personne au sentiment de mort imminente, à l'horreur ou au chaos. « *Elle peut avoir été sujet, acteur ou témoin de l'agression ou de la menace soudaine qui a mis en danger sa vie, son intégrité physique ou mentale ou celles d'autrui.* » (p.27) L'enfant peut donc souffrir d'un traumatisme direct sans avoir été l'objet de passage à l'acte et ceci dans le sens des types de traumatismes décrits sus. Ceux indirects renvoient au fait que l'enfant ou l'adolescent est au prisme d'une souffrance psychologique d'une situation vécue par une tierce personne connue.

2.2.2 La transmission du traumatisme

Pour Josse (2019), cette transmission indirecte du traumatisme se définit comme une souffrance spécifique éprouvée par les personnes en relation étroite avec un sujet ou un groupe de sujets en détresse. Les travaux entrepris lors de la première guerre mondiale sur l'évacuation de 1 500 000 enfants vers les campagnes, notamment vers Cambridge suite aux bombardements ont permis d'avoir comme premiers résultats un taux de (8%) des enfants présentant des troubles en temps de paix mais au premier mois de 1941, lorsque surviennent les bombardements, la prévalence des troubles atteint 45 à 50%, des enfants, qu'ils aient été évacués ou non.

Les enfants pris sous le feu des bombardements ont manifesté les réactions les plus intenses tandis que les enfants évacués ont souffert de conséquences plus persistantes et plus pernicieuses. Les résultats rapportés par la Société Britannique de Psychologie ont permis d'affirmer qu'éloigner les enfants du danger ne leur avait donc pas épargné la souffrance traumatique. On découvrait ainsi qu'un enfant, même très petit, pouvait être « contaminé » par le vécu de son entourage. Ainsi, la jeune fille violée peut être affectée en fonction de la réaction de ses parents vis-à-vis de son agression.

Les conséquences symptomatiques du viol

Le traumatisme du viol engendre des conséquences symptomatiques. La dissociation en elle-même, peut-être source de symptômes. Elle favorise les troubles de la mémoire et de la concentration, le sentiment d'irréalité et la mise à distance des émotions. Laupies (2000)

- Trouble de la concentration : la tendance à se dissocier peut se mettre en place de façon intempestive et fréquente. Elle devient alors source de difficulté de concentration et de troubles de l'apprentissage scolaire. L'enfant est « là sans être

là » et ne parvient pas à apprendre. La dissociation peut, par ailleurs, générer des troubles de l'attention pouvant conduire à des accidents.

2.3 La mémoire traumatique

Évoquant une blessure avec effraction d'où la psychanalyse le définit comme un évènement particulièrement intense qui submerge le pare-excitation de l'appareil psychique du sujet. La goutte d'excitation qui déborde la vase dans le psychisme devient l'origine du bouleversement de l'organisation psychique entraîne pas que des conséquences terribles sur le plan psychique mais également sur le physiologique. Le viol traumatise donc, les conséquences de cette agression entraînent des changements sur le fonctionnement du système nerveux. Une agression met le système nerveux en alerte. Les victimes d'agression sexuelle présentent une sécrétion d'hormones de stress dans le corps telles que l'adrénaline et le cortisol, ce qui entraîne soit une réponse de fuite ou de lutte.

D'après Heim et al (2001), les victimes de viol ont tendance à avoir des niveaux plus élevés de cortisol dans leur système nerveux central que les personnes qui n'ont pas été violées, cette augmentation du cortisol peut causer des troubles du sommeil, de l'anxiété et de la dépression. A la suite de leurs travaux, en 1991 ; Kathleen et al., repris dans Josse (2019) révèlent que « *les victimes de viol peuvent également avoir des niveaux d'activité électrodermal (EDA), qui mesure l'activité de la peau, en réponse à des stimuli traumatiques. Cette augmentation de l'EDA peut être un indicateur de stress post-traumatique.* »

Les victimes de viol peuvent avoir une diminution de la variabilité de la fréquence cardiaque, Zamir et Grossman (2018), ce qui peut être un indicateur de dysfonctionnement autonome. L'étendue de ces travaux montre à quel point, la physiologie du psychotraumatisme implique une réponse de l'organisme face au viol. L'évènement traumatique déclenche une forte réponse émotionnelle qui peut altérer le fonctionnement du système nerveux. Dans le cas du psychotraumatisme, le système nerveux centrale se trouve impliquer dans le choc que peuvent vivre les victimes du viol.

Salmona (2018) dans « *Mémoire traumatique : violences sexuelle et psychotraumatisme* » aborde la physiologie des sévices sexuels dans cerveau. Elle décrit le circuit dans lequel baignent les enfants victime de viol à travers la description de leur mémoire traumatique. Elle part de l'effraction psychique suite au viol provoquant la sidération à la réaction émotionnelle déclenchée par une structure cérébrale sous-corticale archaïque de survie : l'amygdale cérébrale. Ce dernier déclenche une réponse émotionnelle avec une hypervigilance et la production d'hormones de stress : adrénaline et cortisol qui fournissent l'organisme en «

carburant » (oxygène et glucose). Pour Salmona, dans la mémoire traumatique, à la suite d'une mise en alerte :

le cortex le cortex cérébral et l'hippocampe (le système d'exploitation de la mémoire, des apprentissages et du repérage temporo-spatial) servent de relai pour permettre aux victimes d'après l'auteur : la moduler ou l'éteindre grâce à des représentations mentales et l'expérience de situations analogues (intégration, analyse et compréhension de la situation et prise de décisions). Dans le cas contraire, l'incapacité du cortex à moduler le signal déclencher par l'amygdale, l'organisme produit en grande quantité l'hormone du stress ; l'adrénaline qui représente un risque cardiovasculaire. Pour faire face ce stress intense, le cerveau réagit en faisant disjoncter le circuit émotionnel à l'aide de neurotransmetteurs qui sont des « drogues dures » anesthésiantes et dissociantes (morphine-like et kétamine-like, des endorphines et des antagonistes des récepteurs de la NDMA).

2.4 Altération de la personnalité dans le traumatisme

Pour Crocq (2007), l'altération de la personnalité réside dans le changement constant du sujet depuis le trauma. Ainsi, lorsqu'un individu traumatisé déclare avoir « *changé de personnalité* ». Ce qui, désigne le fait qu'il se souviennent de sa personnalité à l'ancienne, qu'il s'y réfère, et donc qu'il ait peu ou pas conservée. En fait, ces patients traumatisés précisent qu'ils ne se perçoivent plus comme avant et que leur entourage les trouve changés, dans leur manière de se comporter et dans leur relation à autrui. Cette altération de la personnalité sous l'impact du trauma a été remarquée par les plus éminents cliniciens de la névrose traumatique.

Abraham et Ferenczi dans leurs travaux en 1918, durant la première guerre mondiale, parlaient d'atteinte au narcissisme et de régression libidinale, tandis que Charpentier parlait d'un retour au puérilisme mental au sens de Dupré. Simmel en 1918, parle de « ensevelissement de leur personnalité » suite à l'ensevelissement physique provoqué par l'explosion des obus qui les avait commotionnés ; il parlera même de « *changement d'âme* », pour ainsi, souligner l'importance de ces altérations. Plus tard, Shatan, en 1974 identifie une « *transfiguration de la personnalité* » comme perturbation profonde, sous-jacente aux symptômes du post-Vietnam syndrome des vétérans du Vietnam. D'après Crocq (1974 repris dans Crocq 2007) parle de « *personnalité traumato névrotique* » ce qu'était par la suite devenue la personnalité après l'impact du trauma : pusillanime, égocentrique, quêtant la protection de la part des autres et encline aux ruminations amères. (Crocq 2007, p.41)

Toutefois, les travaux des Fenichel, dans son ouvrage *Théorie psychanalytique des névroses* (1945) consacrés à la névrose traumatique que l'on perçoit une meilleure analyse

descriptive de cette altération de personnalité. Ainsi, pour cet auteur, la névrose traumatique effectue un triple blocage des fonctions du moi : fonctions de filtration de l'environnement, fonctions de présence au monde et fonctions d'amour et de relation à autrui.

– Le traumatisé n'est plus capable de filtrer, dans l'environnement, ce qui est dangereux de ce qui est anodin : tout lui paraît danger et menace ; il est sans cesse en état d'alerte, il surveille l'environnement avec suspicion, il sursaute au moindre bruit, il se plaque contre le mur s'il entend quelqu'un marcher derrière lui et il résiste désespérément à l'endormissement le soir. Il ne s'agit pas de simples difficultés d'endormissement, mais d'une résistance passionnée au sommeil, car s'y abandonner c'est relâcher la vigilance. D'où les conduites retardant l'endormissement : rester habillé, regarder la télévision, fumer cigarette sur cigarette, laisser la lumière dans la chambre, et ne se mettre au lit que le plus tard possible. En outre, le sommeil sera léger, avec réveil angoissé au moindre bruit.

– Le traumatisé a perdu sa volonté de présence dans le monde. Le monde lui paraît lointain, irréel et sans intérêt. Le traumatisé délaisse ses loisirs et ses occupations jadis motivantes ; son travail ne l'intéresse plus (d'où des changements apparemment capricieux d'emploi et de métier) et l'avenir lui paraît bouché. D'où sa démotivation, sa perte d'initiative, son inhibition et son repli social dans l'amertume.

– Le traumatisé a perdu sa capacité de relation objectale avec autrui, c'est-à-dire la capacité de considérer autrui comme un être libre, un autre soi-même.

Les contemporains soulignaient la régression libidinale du traumatisé qui, atteint dans son narcissisme, consacre tout son amour à la réparation de son Moi blessé et n'est plus disponible pour aimer vraiment autrui, qu'il assaille de ses demandes d'affections et de protections jamais rassasiées.

En fin de compte, depuis l'expérience traumatique, l'individu éprouve une dépréciation du monde environnant et est tout le temps sur ces gardes. Cette nouvelle « personnalité traumatique », c'est-à-dire, ce qu'est devenue la personnalité sous l'impact du trauma, est la dimension la plus profonde du syndrome psychotraumatique. C'est elle qui structure le tableau clinique en deux niveaux, le niveau sous-jacent de l'altération de personnalité, et le niveau superficiel des symptômes engendrés par cette altération : symptômes de répétition (fruits de ce nouveau rapport avec le monde et avec le temps qu'est la fixation exclusive à la souvenance du trauma), et symptômes divers de souffrance, dits « non spécifiques », que nous allons inventorier maintenant. Crocq (2007).

2.5 L'état de stress post traumatique

En 1888, Oppenheim décrit un certain nombre de symptômes névrotiques à l'instar des cauchemars, qui se manifestaient généralement auprès des accidentés de chemin de fer. Il les nomme « *névrose traumatique* ». Aboundé (2022). Cette entité nosologique était utilisée pendant tout le XXe siècle désigne les troubles psychotraumatiques chronicisés installés comme séquelles des chocs émotionnels éprouvés à l'occasion d'accidents, d'agressions, de catastrophes et d'événements de guerre. Tentant de renouer avec la recherche initiée par Freud sur les névroses post-traumatiques, le concept d'état de stress post-traumatique (ESPT) forgé par la psychiatrie anglo-saxonne à la suite de la Shoah, et de la guerre du Vietnam, se propose d'ordonner et de prévoir les symptômes des victimes de traumatismes massifs. (Douville et Jacobi, 2009, p.38). Cette tentative de mettre la lumière sur les symptômes des victimes s'avère un échec. Pour ces auteurs, Chaque victime demeure un sujet singulier, dont la subjectivité, même gravement entamée par le traumatisme, ne peut se réduire à une série de réponses prévues d'avance. Se présente dès lors, l'idée de l'exploration de l'inconscient des sujets victimes de ce trouble, d'où l'apport considérable de la psychanalyse.

A la suite des nombreux travaux, (ESPT) ou « *Trouble de Stress Post-Traumatique* » ; c'est un ensemble de réactions stéréotypée face à un évènement potentiellement traumatique. Il ne faut pas le confondre avec l'ensemble des conséquences psychologiques potentielles d'un traumatisme psychique. Les travaux entrepris en psychologie et psychanalyse avec le Stress de Seyle en 1956 contribuent à l'édification de ce trouble.

Dans la troisième version du DSM (Diagnosis and Statistical Manual of Mental Disorders) en 1980, a promu le vocable de post-traumatic stress disorder (PTSD) pour désigner ce que les nosographies européennes reconnaissent sous le concept de névrose traumatique. Ce vocable, dont la traduction en français envoie à « état de stress traumatique » (alors que le mot « trouble » s'est traduit par disorder), se retrouve dans de la CIM 10 (la Classification internationale des troubles mentaux), de 1992 ainsi que dans la révision de cette même édition.

Notons que l'introduction du mot anglais « *stress* » dans la pathologie psychique n'est pas anodine et reflète une prise de position résolument biologique, au détriment du mot « névrose », qui est récusé par les auteurs du DSM à cause de sa connotation psychanalytique. Quoi qu'il en soit, dans la nosographie européenne classique, le concept de névrose traumatique désignait « *une affection névrotique développée après une expérience de traumatisme psychique ou trauma.* » Dans la nosographie du DSM et dans celle de la CIM-10, le concept d'état de stress post-traumatique désigne une perturbation mentale, supposée être de nature biologique (c'est-à-dire un stress), consécutive elle aussi à une expérience de traumatisme

psychique. Nosographie : névrose traumatique, état de stress post-traumatique ou syndrome psychotraumatique différé et durable

Le caractère premier du trouble étant les symptômes répétitifs liés à l'évènement et d'une altération régressive de la personnalité du sujet, permis de catégorisés l'évènement dans le registre des névroses ; avec effet dans la nouvelle classification des années 1980 du DSM et de la CIM-10 qui, récuserent le concept de névrose au détriment du diagnostic d'état de stress post-traumatique (post-traumatic stress disorder [PTSD]). Ainsi donc, à la suite de l'évènement traumatique, la personnalité de l'individu se trouve altérée sous l'impact du trauma. Plusieurs facteurs expliquent l'ESPT d'où la nécessité de faire ressortir l'ensemble de ces éléments factoriels.

2.5.1 Troubles de stress post-traumatique chez les femmes

2.5.1.1 Probabilité de suicide

La plupart des survivantes de viol souffre du TSPT. Aux États-Unis, des données disponibles indiquent que 31% des femmes violées développent un TSPT à un moment donné de leur vie après leur attaque et que 3,8 millions de femmes américaines auraient un TSPT lié à un viol (Resick, 2016). Les symptômes du TSPT sont généralement regroupés en quatre types : souvenirs intrusifs, évitement, récurrence de pensée et d'humeur négatifs et récurrence de réactions physiques et émotionnelles inadaptées (Mayo Clinic, 2020).

Des nombreuses études réalisées en Amérique du Nord et en Europe montrent que les victimes de viol sont plus susceptibles de se suicider ou faire des tentatives de suicides que les personnes qui n'ont jamais subi ce type d'agression, même après avoir contrôlé les effets d'autres variables comme l'âge, le niveau d'éducation, le statut social, la santé mentale, etc. (Davidson et al., 1996 ; Wiederman et al., 1998 ; Romans et al., 1995). Des résultats similaires ont été trouvés dans des pays africains comme l'Éthiopie et l'Afrique du Sud (Mulugeta et al., 1998 ; Krug et al., 2002). Enfin, une étude menée auprès d'adolescents au Brésil a révélé que les abus sexuels antérieurs constituaient un facteur prédictif de plusieurs comportements à risque pour la santé, y compris les pensées et tentatives de suicide (Anteghini et al., 2001).

2.6 Facteur de vulnérabilité à l'état de stress post-traumatique

2.6.1 Les facteurs pré-traumatiques

Trois facteurs (Pré, Péri et post-traumatique) mis en exergues dans la littérature, nous permettent d'évaluer les risques et les vulnérabilités auxquelles traversent les victimes. Le Premier facteur d'après les auteurs tels que (Bresleau et al., 1998 ; Storr et al., 2000 ; citer dans

(Piolino et al., 2008), rapportent que la vulnérabilité de l'ESPT est favorisée par deux facteurs susceptible à l'apparition du trouble. Il y a les facteurs: socio-économique et l'âge. Pour le premier auteur ; cette vulnérabilité au trouble pour un évènement est plus dépendue des dispositions psychologiques de individuels et que malgré les effort les quêtes scientifiques, ces deux principaux facteurs ne différencient pas ces deux types de vulnérabilités mais, cependant le facteur socio-économique est le plus édifié par les recherches.

Les principaux facteurs reconnus d'exposition à l'ESPT sont l'existence d'un traumatisme antérieurs et notamment les traumatismes d'enfance, la tranche d'âge (adolescents et jeunes adultes), le genre féminin, la présence d'antécédents psychiatriques personnels, notamment les troubles anxieux (Perkonig et al., 2000), ou familiaux, l'existences de traumatisme intergénérationnels. Pour les enfants s'ajoute un facteur majeur, la qualité et la nature « sécuritaire » (faible) ou « insécure » (non fiable insécuisant) du lien d'attachement les unissant préalablement à leurs parents (Twaiite & Rodriguez-Sredenicki, 2004).

Les femmes qui sont victimes d'agressions sexuelles durant leur enfance, une fois adultes subissent à nouveau d'agression sexuelle et présentent un score de souffrances psychologiques les plus élevés. (Mullen et al., 1988). L'ESPT est retrouvé deux fois plus chez les femmes que chez les hommes malgré une fort exposition aux évènements potentiellement traumatiques chez ces derniers. Les femmes en temps de paix seraient plus souvent victimes d'agressions sexuelles que les hommes. Par contre dans des zones de combats intense, les femmes présenteraient même moins d'ESPT que les homme (Turner et al., 2007). Par ailleurs, les femmes développeraient plus des mécanismes de coping plus souvent centrés sur l'internationalisation de l'émotion que sur l'action, ce qui pourrait augmente le risque de voir survenir un ESPT. Des facteurs hormonaux chez les femmes non ménopausées ou sociaux, dont le soutien par l'environnement après le trauma, pourraient aussi jouer un rôle (Gavranidou & Rosner, 2003 ; citer dans Piolino et al., 2008, p.241). La prévalence des risques que cours les enfants face aux souffrances qu'endurent les adulte victimes d'agression sexuelle montre à quel point les enfants seront plus ancrés dans la souffrance et les troubles ; compte tenu de leur maturation psychique et développement encore inachevé.

2.2.5.2 Les facteurs péri-traumatiques et post-traumatiques immédiats

Parlant du facteur péri-traumatique rendant compte de la nature et les circonstances favorisant l'ESPT, Breslau et al. (1981) rapportent que le risque de développer ce trouble serait de 20,9% pour les agressions violentes mais uniquement de 2,2% pour avoir appris l'existence d'un trauma sur autrui ; ce qui permet néanmoins d'expliquer la souffrance des mères qui

apprennent le viol de leur progéniture. Selon Coutanceau et al., (2018, p.13) cliniquement dans 70 % des cas l'impact traumatique se manifeste par une réaction péri-traumatique de détresse avec ou non état de dissociation sous forme d'un état modifié de conscience dont la fonction probable est de soustraire temporairement la victime à l'horreur subie.

En considérant les deux sexes, le viol est l'évènement le plus traumatisant (Breslau et al., 1991) treize femmes pour un homme révélant avoir été victimes d'un viol au cours de leur vie. Etre la victime d'un proche représente un facteur de gravité. Ces type d'agressions sont de plus en plus récurrents dans les sociétés actuelles à l'instar de l'inceste sur les enfants. Les facteurs péri-traumatiques apparaissent mieux prédire l'évolution vers un ESPT que ceux pré-traumatiques. (Piolino et al., 2008, p.243)

Les facteurs post-traumatique immédiats les plus explicités sont le mode de *coping* et les réactions de détresse associées à l'évènement, l'existence de troubles dissociatifs précoces et la réactivité physiologique ; d'autre qui rendent compte du trauma tel que le viol, il y a un taux abaissé de cortisol qui serait retrouvé seulement chez les femmes ayant un antécédent d'abus sexuel durant l'enfance, mais ce taux ne modifie en rien le risque de la survenue d'un ESPT (Yehuda et al., 1998, citer dans Piolino et al.) rapportent qu'aucune étude prospective n'a pu prouver que le style de *coping* spécifique dans des périodes aiguës conduisaient préférentiellement à un ESPT.

2.2.6 Diagnostics : symptomatologie et caractérogie

2.2.6.1 Symptomatologies

Le diagnostic de l'ESPT nécessite quatre critère pour sa validation et parmi ces critères, deux se retrouvent dans le trouble lui-même : *l'évènement et ses manifestations physiologiques* font partie des quatre critères permettant le diagnostic d'un ESPT. Par contre, *la répétition et la représentation traumatique* qui est involontaire tandis que son évitement est volontaire n'apparaissent point dans le critère. Toutes fois, L'ESTP, est l'un des troubles anxieux qui désigne « un ensemble de réactions stéréotypées face à un évènement potentiellement traumatique. Il ne désigne pas l'ensemble des conséquences psychologiques potentielles d'un traumatisme psychique. » (p.236). Par cette définition, le trouble se prolonge au moins un mois (on parle alors d'ESPT). Il peut apparaître d'emblée, prolonger un état de stress aigu ou apparaît après une longue période intercurrente ou du fait de la pression de stimuli de nature variée.

La durée moyenne de ce trouble est de 3 à 5 ans. Les études menées ont trouvé une symptomatologie résiduelle chez un tiers environ des sujets, dix ans après l'évènement. Les symptômes « d'hyperactivités neurovégétatives » peuvent persister longtemps après que les

autres signes se soient atténués ou aient disparu (Blanchard et *al.*, 1995). En ce qui concerne les violences, selon Helzer et *al.* (1987) citer Piolino et *al.*, le combat militaire et agression sexuelle montrent le taux de récupération les plus lents avec un taux de 53% et 41% des sujets présentant encore une symptomatologie traumatique trois ans plus tard.

Par ailleurs, la compréhension clinique actuelle du ESPT tient compte du contexte et des facteurs pouvant occasionnés l'ESPT. Ainsi, en relavant les conséquences qu'entraînent les catastrophes ferroviaires sur le fonctionnement psychique des victimes par Oppenheim (1889) à l'origine de la « névrose traumatique », Kraepelin en 1899 établit les conséquences directes du post-traumatique parmi lesquels nous avons : les rêves d'angoisses, récurrents et les ruminations mentales obsédantes, les états crépusculaires et les états d'agitations « hallucinatoire » aiguë, qui entrecoupent l'évolution. Plus tard Freud et Breuer 1939 mentionnent que « *la maladie n'est pas vraiment déterminée par une passagère blessure du corps, mais bien par une émotion ; la « frayeur » : « c'est de réminiscences que souffre l'hystérique* ». Crocq (2007)

Les études épidémiologiques ont mené des études quantitatives sur ESPT. Elles révèlent que dresser une liste complète des évènements potentiellement traumatiques restes difficiles à définir car elle est en partie arbitraire. Piolino et *al.*, (2008). Ces dernières peuvent inclure des altérations de santé ou de décès inattendu d'un proche. La potentialité rend compte de la spécificité de chaque individu par rapport aux évènements subis. Ne faisant pas ainsi tous les individus ayant vécu un évènement de fort intensité émotionnel des traumatisés. Toutes fois, les données empiriques rendent compte du fait qu'au cours de notre vie, au moins un individu a fait face à un évènement potentiellement traumatique ; l'étude de (Jolly, 2003) le démontré avec 16% et 89,6% admettant avoir vécu un épisode d'évènement potentiellement traumatique. Les études menées à Munich sur une population adolescente de 14 à 25 ans, les quatre évènements « traumatiques » les plus récurrents étaient les agressions physiques avec un taux de (9,7%), les accidents graves (7,8%), être témoins de la victimisation d'un tiers (4,4%) et les agressions sexuelles (3,5%) (Piolino et *al.*, 2008)

Les viols conduisent plus fréquemment à un ESPT et à des troubles que les accidents de la route. Et leur fréquences relatives (les femmes en temps de paix seraient plus souvent victimes d'agressions sévères que les hommes. Par ailleurs, les femmes développeraient des mécanismes de coping plus souvent centrés sur l'internalisation, ce qui pourrait augmenter le risque de voir survenir un ESPT de l'émotion (Piolino et *al.*, p.240). La vulnérabilité à l'exposition d'évènements favorisant le traumatisme décrit dans les facteurs pré-traumatiques

est dépendant des facteurs socio-économiques et de l'âge tout en mentionnant que ces deux éléments dépendants toujours des facteurs psychologiques individuels.

Les troubles connexes dans le registre de la psychopathologie peuvent se retrouver liés à un trouble. Tel est la comorbidité dans l'ESPT diagnostiqué chez un individu. Pour ces individus qui présentent le syndrome d'Etat de Stress Post-Traumatique, (Perkonig et al., 2000 ; citer dans Piolino & al., présentent les critères d'au moins un troubles psychiatrique associé ; les deux tiers souffrant d'un ESPT présenteront à un stade de leur évolution au moins deux troubles comorbides dont une dépression qui peut aussi apparaître postérieurement à l'ESPT.

2.2.6.2 Troubles internalisés

L'ESPT est un trouble dont la symptomatologie inclut des symptômes de dissociations, d'anxiété et de dépression. Parfois, le nombre et la nature de ces symptômes répondent aux critères diagnostiques d'un trouble associé, cet état qualifiant la comorbidité. L'état dépressif rend compte de la comorbidité de l'ESPT car c'est la plus grande fréquence pathologie comorbide. La présence de la dépression marquée le dixième jour suivant le traumatisme atteindrait son seuil maximum après 3 mois notamment au cours du premier mois, où 60% des victimes présentent un épisode dépressif majeur. La première semaine après le traumatisme est marquée par une fréquences des manifestations anxieuses et phobiques et pourraient persister au moins deux années après le traumatisme subit. Ainsi, la souffrance phobique par rapport aux conséquences du traumatisme s'explique par les conduites d'évitements, des sentiments de dépendances et de défiance et est constamment à l'origine des phobies sociales.

2.2.6.3 Troubles externalisés

D'après Roskam et al., (2007), les troubles de comportements dits externalisés sont des troubles qui se rapportent à des agitations, de l'impulsivité, de l'agressivités ou encore un manque d'obéissance. Toutefois, il est important de noter que, l'ensembles des comportements externalisés peuvent constituer un trouble à part entier chez les enfants à travers trois facteurs : facteurs constitutionnel liés à « l'équipement neurologique », aux facteurs, épi géniques liés à l'éducation et les facteurs environnementaux actuels de l'enfants. Roskam et al. Dans le cas d'une agression sexuelle, l'apparition de ces troubles après un viol font états d'un ensemble de comportements, post traumatique. Ainsi, ces comportements peuvent se rapportés parfois à des conduites addictives et constituant la deuxième forme de comorbidité à l'ESPT en population générale (Kessler et al., 1995) ainsi que la dépendance alcoolique (Bresleau et al., 1991).

L'ESPT est accompagné des comportements violents au niveau domestique et social, des difficultés relationnelles liées à la symptomatologie des crises de colère et une mise en situation potentiellement traumatique. (Mueser et al., 2002). La rage est présente dans le comportement des individus atteints d'ESPT mais celle-ci n'est inclut dans le trouble en question pourtant elle peut éclater en conduites auto ou hétéro-agressives, dans la littérature, certains auteurs s'accordent sur le fait que les premières *automutilations, suicides et tentatives de suicides particulièrement* sont trop fréquents chez les adolescents. (Piolino et al., 2008) Les femmes avec un ESPT d'après Kessler et al., (1995) montrent moins de comorbidité par rapport aux hommes qui présentent une dépendance et une consommation d'alcool et de drogues. Toutes fois, les femmes ont plus de comorbidité pour les troubles paniques et l'agoraphobie.

2.2.6.4 Autres formes cliniques de l'état de stress post traumatique

La survenue d'un événement potentiellement traumatique occasionne la manifestation des réactions de stress aiguë ou de stress aigu ; répertorié dans le DSM. Il y a une présence des symptômes dissociatifs dont déréalisation, détachement. Le diagnostic d'un état de stress post-traumatique comme cité plus haut nécessite ; reviviscences, émoussement des affects et dépersonnalisation comme critère de diagnostic ainsi que d'autres symptômes anxieux ou bien une hyperactivité neurovégétative. L'ESPT complexe décrit par Terr dès 1991 implique un sentiment de détresse majeure et d'impuissance prolongée tels l'abus sexuels de l'enfant ou certaines formes de captivité.

2.2.6.5 Les symptômes non spécifiques

La survenue d'un traumatisme est toujours accompagnée par d'autres troubles. Dans le DSM V, ils sont considérés sous le vocable des « symptômes associés », extérieurs au diagnostic propre du PTSD. Parmi ceux-ci, Piolino et al., (2008) comptent l'asthénie, de l'anxiété, des symptômes psychonévrotiques, des troubles psychosomatiques, des troubles des conduites et des troubles caractériels. Ainsi, les traumatisés sont acculés par d'autres troubles. Tous les traumatisés sont devenus asthéniques, fatigués, épuisés. Il s'agit d'une triple asthénie, physique, psychique et sexuelle. Les plaintes de fatigue physique anormale (« fatigué dès le matin, épuisé au moindre effort », etc.). Ces derniers se plaignent aussi de « fatigue mentale », d'incapacité de maintenir leur attention sur une conversation ou une lecture, de baisse de la mémoire d'acquisition, d'oublis à mesure de ralentissement idéique et de difficulté de concentration. Enfin, ils se plaignent de fatigue sexuelle et de baisse de la libido des jeunes

filles devenues frigides et des jeunes gens devenus impuissants, ou ayant perdu le désir et le plaisir sexuels ;

En second lieu, Piolino et al., renseignent que les victimes deviennent anxieuses, avec des crises d'angoisse et présentent un état de tension anxieuse intercritique. Certaines ne sont plus capables de vivre sans souci ni crainte, et ils appréhendent toujours le pire (« si les enfants tardent à rentrer de l'école, c'est qu'ils ont été accidentés ou kidnappés » ; « si le téléphone sonne, c'est qu'il va apporter une mauvaise nouvelle »). De temps à autre, sans raison ni motif déclenchant (en cela, ces crises anxieuses se distinguent des reviviscences), ces sujets sont en proie à des accès d'angoisse, à la fois psychiques (impression de danger imprécis mais imminent) et somatiques (sensation de striction laryngée et thoracique, tachycardie, pâleur, sueur, spasmes viscéraux, etc.).

La plupart des traumatisés, sur leur tableau clinique manifestent des symptômes d'ordre psychonévrotiques empruntés aux névroses de transfert : crises ou conversions hystériques, phobies, rituels obsessionnels. Par la suite, d'autres de traumatisés émettent des plaintes somatiques (céphalées, dorsalgies, gastralgies, etc.), et une proportion non négligeable d'entre eux présentent dans les jours ou les semaines qui suivent leur trauma des troubles psychosomatiques caractérisés, avec lésion d'organe : asthme, hypertension artérielle, angor, ulcère d'estomac, colite spasmodique, eczéma, urticaire, psoriasis, canitie, alopecie, et même goitre et diabète. La plainte somatique serait un langage chez des sujets dont la culture réprime l'extériorisation de la souffrance psychique, ou chez des personnalités « alexithymiques », sans propension ni à la verbalisation, ni à la pantomime, ni à la représentation mentale : il ne leur reste, pour se plaindre, que le langage de l'organe. Quoi qu'il en soit, ces troubles psychosomatiques suscités par un trauma sont connus depuis longtemps (les psychiatres militaires américains avaient signalé leur fréquence pendant la Seconde Guerre mondiale [Alexander, 1946]) et sont plus nombreux qu'on ne le croit (beaucoup de médecins somaticiens, en présence d'un tel trouble, s'orientent vers des explorations somatiques et ne pensent pas à en rechercher une cause psychique).

La quasi-totalité des traumatisés présentent après le trauma des troubles des conduites et des troubles caractériels. Il s'agit d'abord de conduites alimentaires : anorexie ou boulimie, avec modification pondérale importante en quelques mois. Il s'agit ensuite d'autres conduites orales de consommation excessive de tabac, d'alcool ou de drogues diverses (toxicomanie post-trauma). Il s'agit enfin de conduites d'auto-agressivité (tentatives de suicide) ou d'hétéroagressivité (altercations, rixes).

2.2.7 Facteurs de risques associés aux agressions sexuelles

L'appréhension des facteurs à la suite d'une agression sexuelle sur un enfant suscite de nombreuses études parmi lesquelles, certaines ont été mises en exergue pour rendre compte des risques que courent les enfants victimes tout en proposant des éléments théoriques consistant à rendre compte des actes commis par des agresseurs, de comprendre leurs comportements et prévenir les conséquences que courent les enfants. Il ressort dans la littérature scientifique deux facteurs à savoir les facteurs de compréhension et les facteurs de risques. D'autre part, certaines études ont exploré les facteurs augmentant les risques qu'un enfant soit victime d'agression sexuelle (Whitaker et al., 2008 ; Wolfe, 2007 ; citer dans Piolino et al.). Notons que ces études sont rétrospectives ou transversales.

2.2.7.1 Facteurs de risques associés aux agressions sexuelles commises par des adolescents

Tout comme l'agression sexuelle ne prend pas en compte l'âge des victimes, les agresseurs sexuels n'attendent non plus un âge prévu pour passer à l'acte. Tout part des hormones et les dispositions psychologiques des bourreaux. Par ailleurs, les victimes des adolescents qui commettent des agressions sexuelles sont majoritairement des enfants (Héber et al., 2011). Il importe de comprendre les facteurs qui poussent des adolescents à agresser sexuellement des enfants compte tenu de l'ampleur du phénomène, mais aussi de l'évolution possible de ces comportements d'agression précoces qui surviennent dans une période développementale importante.

Tout comme chez les agresseurs sexuels adultes, plusieurs auteurs s'accordent sur un modèle explicatif du développement de l'agression sexuelle commise par les adolescents. Le modèle préconisé est multifactoriel et inclurait des facteurs biologiques, psychologiques et sociaux (Grant et al., 2009 ; Lagueux, & Tourigny, 1999 ; citer dans Herbert et al., 2011). Les adolescents agresseurs sexuels diffèrent des agresseurs sexuels adultes, particulièrement en ce qui concerne la présence de psychopathologies et leurs niveaux d'excitation déviante. Hunter et Becker en 1994 soutiennent que les adolescents qui commettent des agressions sexuelles ont davantage de symptômes traumatiques et de problèmes familiaux que les agresseurs sexuels adultes. Par ailleurs, les recherches tendent à montrer que les adolescents agresseurs sexuels partageraient plus de similitudes que de différences avec les adolescents délinquants non sexuels (Hoghugh, Bhate, & Graham, 1997 ; citer dans Herbert et al., 2011). Ce qui fait que l'adolescence est la période difficile où les hormones prennent le dessus.

Les facteurs de risques associés au fait, pour qu'un adolescent, commette des agressions sexuelles contre des enfants sont les suivants: avoir été victime d'agression sexuelle ou d'abus physique durant l'enfance ; provenir d'une famille dysfonctionnelle (particulièrement pour les agressions dans la fratrie) dans laquelle sont présents l'abus de substances des parents, les difficultés relationnelles et les difficultés conjugales; avoir des difficultés psychologiques, dont des troubles de comportements extériorisés et intériorisés ainsi que des déficits relatifs aux habiletés sociales (Grant et al., 2009, citer dans Hébert et al.).

Notons que dans la littérature, les auteurs indiquent que les agresseurs sexuels adolescent présentent des troubles d'ordres psychologiques et/ou psychiatriques. Ainsi, (Hebert et al.) mentionnent que les études s'étant penchées sur les caractéristiques individuelles des adolescents agresseurs dans la fratrie ont principalement soulevé la présence plus importante de diagnostics psychiatriques chez ces derniers par rapport aux adolescents qui ont commis des agressions sexuelles à l'extérieur de la famille ou aux adolescents n'en ayant pas commis. (Salazar & al., 2005, citer dans Hebert & al., (2011) ont ainsi remarqué dans leur recension que les troubles de conduite, les difficultés d'apprentissage, le trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité, les troubles de l'humeur et les troubles anxieux, dont les phobies et le trouble de stress post-traumatique, caractérisaient davantage les adolescents ayant commis des agressions sexuelles dans la fratrie.

En ce qui concerne plus spécifiquement l'influence d'un passé d'agression sexuelle chez les adolescents agresseurs sexuels, Burton (2003) soutient que, tout comme dans le cas des agresseurs sexuels adultes, les taux d'agression sexuelle dans l'enfance des adolescents agresseurs varient grandement selon les études (de 0 à 80 %). Cet auteur conclut qu'en dépit de cette variation, il est possible d'estimer que le taux de victimisation sexuelle durant l'enfance des adolescents ayant commis une agression sexuelle serait de trois à quatre fois supérieur au taux de 10 % de la population générale d'adolescents. Par le biais de leurs profils ainsi que la présence imminente des facteurs familiaux, psychologique et sociaux, les agresseurs sexuels adolescents et adultes se ressemblent via leur hétérogénéité.

2.3 Résilience

D'après (Biloux, 2016, p.50 citer dans Manon 2023) « deux principaux facteurs de protection seraient impliqués afin de faire face au développement d'un trouble de stress post-traumatique ; résilience (capacité d'un individu à se préparer à des perturbations brusques, à récupérer de chocs et des stress intenses, à s'adapter et se développer à partir d'une expérience perturbatrice et le soutien social » (p.58). La résilience se définit comme étant un processus

dynamique et évolutif résultant d'un maillage de ressources propres à l'individu mais aussi socio-environnementales. Dès lors, le processus de résilience correspond à la mise en jeu de ressources et de compétences internes et externes trouvées/créés par le sujet, qui lui permettent de se protéger face à des chocs mortifères et de se reconstruire sans troubles psychiques ou comportementaux sévères (Anaut, 2015 ; citer dans Coutanceau &al., (2018).

Le viol peut avoir un impact profond sur la vie d'une personne, mais il est possible de développer la résilience personnelle pour se remettre de cette expérience difficile. L'apport des premiers travaux sur la résilience (Garmezy, 1973 ; Werner, 1982 ; Rutter, 1990 ; citer dans Coutanceau & al., 2018) se sont intéressés aux enfants qui vivaient ou survivaient dans des situations d'adversité chronique et qui parvenaient à se développer sans problèmes majeurs. Ces derniers développaient des capacités de résistances et d'adaptations pour surmonter les conséquences découlant de leurs contextes de vie pathogène. A la suite de ses travaux, l'approche de la résilience est portée devant la scène des troubles auxquels font face les individus comme le socle qui permet le maintien des personnes traversant une situation de souffrance, qu'elle soit extrême ou moyenne dans le but de se reconstruire après un choc traumatique. (p.240). Depuis quelques décennies, l'approche de la résilience est donc utilisée pour décrire le fonctionnement des personnes qui se développent sans perturbations majeures, après avoir traversé des épreuves traumatiques.

Au niveau individuel, les risques liés aux chocs traumatiques développent des troubles psychiques et/ou des troubles de la socialisation. Toutefois, l'observation des réactions des personnes confrontées à des situations traumatiques montre la diversité de leurs sensibilités et la singularité de leurs réponses défensives et adaptatives. En effet, la valeur traumatique d'un évènement l'est avant tout en fonction de l'interprétation que va en faire la personne. L'impact émotionnel dépendra du pouvoir traumatisant qu'elle lui attribue, selon sa sensibilité, ses caractéristiques, ses mécanismes de défense, mais aussi en fonction des soutiens dont elle dispose dans son entourage psycho-affectif. Ainsi, certains individus donnent à voir un mal-être psychique profond et développent des troubles qui s'installent parfois dans la durée (SSPT). Alors que d'autres vont assez rapidement reprendre le cours de leur vie sans présenter de troubles psychiques ou comportementaux importants. Pour autant, la résilience personnelle de la victime a des limites. La victime de viol peut selon le terme de Anneau (2005) se « construire » « reconstruire » seul tant bien que mal ; mais le manque de soutien physique et/ou psychoactif de ses proches se fera ressentir à un moment. La victime a besoin d'un environnement qui s'avère rassurant afin de contenir ses angoisses. Manon (2023)

2.4 Traumatisme dans la culture

En s'inspirant de G. Bibeau, Jacques (2001) réitère le fait qu'il y a différents modes de réponses au trauma, qui sont fonctions de facteurs sociaux, familiaux, contextuels. Ainsi, l'appréhension de la dimension culturelle dans la compréhension du traumatisme est d'une importance capitale. Le contexte dans lequel émergent un traumatisme fait appel nécessairement aux valeurs culturelles qui sont à la base de l'identité de chaque victime ; l'individu pris isolément, sans son enracinement social et familial n'existe pas Jacques (2001). A cet effet, le terme culture fut utilisé pour la première fois en 1871 par l'anthropologue Edward B. Taylor pour définir « *un ensemble complexe qui inclut connaissance, croyances, art, loi, mœurs, coutume, et autre capacités et habitudes apprises par l'homme en tant que membre d'une société* ».

Aboundé (2020) propose une interrogation sur les différentes formes d'expressions des traumatismes dans le contexte culturel, (camerounais), en montrant leur évolution, les représentations que le sujet en a en lien avec les représentations culturelles concernant les violences sexuelles. La culture engloberait l'ensembles des croyances et représentations véhiculées au sein de groupes ethniques. Ainsi, autant de variables pouvant moduler la perception de l'individu des expériences vécues tout comme le sens donné aux symptômes du TSPT pourraient ne pas engendrer de détresse particulière pour l'individu. Les travaux menés en Afrique auprès de certains peuples montrent que, les cauchemars ne seraient pas systématiquement vécus par ces derniers comme une expérience traumatique. (Houllé & al., 2017).

On peut donc, interroger les formes d'expressions des traumatismes dans le contexte culturel, (camerounais en l'occurrence), leur évolution, les représentations que le sujet en a en lien avec les représentations culturelles concernant les violences sexuelles d'où le viol. En ce qui concerne la représentation psychique, c'est une sorte de cohésion du sujet qui, contribue au renforcement de base propre aux individus d'une même culture. L'expression de la subjectivité, dans un contexte non occidental se fait dans les langues locales. Il a donc y a une limite à la thérapie basée sur la parole car, faire revivre le trauma, c'est-à-dire, révéler une intimité en public est basé sur une idée occidentale d'abréaction Jacques (2001).

C'est ainsi que Aboundé (2020) pense que les représentations que le sujet a des violences sexuelles peuvent donc être congruentes avec les représentations culturelles des violences sexuelles dans son environnement socioculturel...pour intervenir dans un tel contexte socio-culturel, il devient donc important de se demander comment se dit, comment se vit et comment se lit la souffrance, afin de mieux recueillir les idiomes culturels de détresse pour

parfois se départir d'une partie des idées occidentales d'abréaction face au traumatisme. De ce fait, les différents modes de réponses au trauma seront fonction des facteurs sociaux, familiaux et contextuels ; il existerait donc, une différence interculturelle dans l'expression d'une détresse suite à une expérience mettant en danger la vie de la victime (Houllé & al., 2017).

À la lumière de ce chapitre, il était question de mettre l'accent sur le traumatisme à travers ses différentes conséquences. À partir des effets immédiats et à long terme que présenterait les victimes d'un viol. La lecture des conséquences chez les victimes de viol est déterminée par la gravité de l'évènement traumatique. La réaction traumatique par contre est tributaire d'âge, de niveau de développement. L'empire des violences est borné par les évènements potentiellement traumatiques. Ces violences sèment une désolation avec des effets qui peuvent être durable. Elles font naître une prise de position en opposant deux individus mis en cause : un auteur et une victime. C'est le cas des agressions s sexuelles qui affecte aussi l'entourage de la victime. Ce phénomène d'agression sexuelle traumatise les victimes et cela peu importe l'âge, l'endroit et les contrées. L'une de ces souffrances que nous abordons est celle du traumatisme qui pourrait vivre ces victimes de violence sexuelles.

CHAPITRE 3 : L'AGRESSION SEXUELLE

Dans ce chapitre, nous utilisons divers termes de manière interchangeable pour désigner les jeunes filles qui subissent le viol ; agression sexuelle, violences sexuelles et y compris le terme « victime ». Il est également important de noter que les termes « viol » et « agression sexuelle » sont utilisés tout au long de ce chapitre. Le terme « agression sexuelle » est le plus souvent utilisé, car c'est un concept étudié en psychologie, notamment dans les domaines de la psychologie sociale et de la psychologie clinique APA (2019), englobant une vaste gamme de contacts sexuels sans consentement ; bien que, le terme violence sexuelle, comprend aussi le viol, ce dernier est beaucoup plus étudié en sociologie. Toutefois, la littérature utilise les deux termes quant-il s'agit du viol car, ce dernier fait partie de plusieurs types d'effraction sexuelle. A cet effet, ce chapitre consacré sur l'agressions sexuelle.

3.1 Principaux types d'agression sexuelle

On regroupe sous le terme « agression sexuelle », des infractions de gravité différente dont le viol, l'exhibition sexuelle et le harcèlement sexuel. Essiben et al. (2020). Partant de cette assertion, on distingue généralement deux types d'agression sexuelle : l'agression sexuelle intrafamiliale, qui est comprise comme « *une agression commise par un agresseur ayant un lien de parenté avec la victime (le lien de parenté est généralement pris dans son sens large, c'est-à-dire les liens légaux, de sang ou de faits)* » et l'agression sexuelle extrafamiliale, définie « *comme toute agression commise par un agresseur sans aucun lien de parenté avec la victime.* ». Par abus sexuel d'un enfant, on entend les gestes à caractère sexuel, avec ou sans contact physique, de la part de ses parents ou d'une autre personne. (Hébert & al., 2011). Notons que même s'il n'existe pas de définition unanimement reconnue des agressions sexuelles contre les enfants dans les littératures scientifique et légale, on décrit souvent ces agressions en détaillant les actes sexuels commis, l'âge de la victime et de l'agresseur, le lien entre la victime et l'agresseur ainsi que les conditions « abusives » Hébert et al., (2011).

3.1.1 Historique d'agression sexuelle

Depuis très longtemps, le tabou a régné sur les agressions des enfants. Ce n'est qu'au milieu du XIX^e siècle que la question est apparue sur la scène publique, puis dans le milieu scientifique. Les travaux de Tardieu sur les « *attentats aux mœurs* », inscrit dans la littérature médiévale occidentale, vont contribuer à la vulgarisation de ce phénomène (Labbé, 2005 ; Tardieu, 1857). Il attire l'attention sur les dommages corporels que subissent les victimes, notamment la rupture brusque l'hymen et des lésions liées aux agressions sexuelles.

D'autres travaux précurseurs comme ceux de Freud (1896) portant sur l'hystérie a permis de redéfinir les types d'agressions sexuelles. Il part de l'hypothèse selon laquelle, l'inceste subi durant l'enfance pouvait être à la base de certaines névroses. Cette affirmation sera révoquée plus tard par sa théorie du complexe d'œdipe. D'après lui, les verbatim de ses patientes reflétaient plutôt leurs désirs sexuels durant l'enfance. Par la suite, pendant plusieurs décennies, le monde médical a nié l'existence de ce problème. L'Histoire de ce phénomène date d'antan mais continue d'attirer l'attention considérable d'aujourd'hui. L'ampleur de ce phénomène représente un enjeu social majeur puisque ses conséquences à court et à long terme sur les victimes et leur famille sont importantes (Piolino et al., 2008).

En 1962, Kempe, Silverman, Steele, Droegemueller et Silver associent des lésions osseuses et cérébrales précédemment décrites par les radiologistes pédiatriques Caffey et Silverman au « *syndrome de l'enfant battu* ». Cet article ouvre la voie à la reconnaissance des agressions subies par les enfants. En 1977, Kempe prononce une allocution marquante, « *Sexual abuse, another hidden pediatric problem* », dénonçant les agressions sexuelles dont les enfants peuvent être victimes. Dès lors, le phénomène est de plus en plus reconnu et de multiples publications et études sur le sujet voient le jour. (Hébert et al., 2011)

3.1.2 Les formes d'agressions sexuelles

D'après (Keygnaert, 2017 ; cité dans Keygnaert et Melkebeke 2018, pp.6-7) selon le rapport de force que le bourreau a exercé sur la victime, les agressions se différencient les uns des autres :

- **Intimidation sexuelle** : En cas d'intimidation sexuelle, il n'y a pas de contact physique. Elle implique tout d'abord l'intimidation verbale : toute invitation sexuelle non désirée, souvent répétée et sans réponse, une attention sexuelle non désirée, une demande de rapport sexuel, des insinuations ou remarques sexuelles verbales ou une menace d'acte sexuel pour atteindre un autre but (chantage sexuel). En outre, elle comprend également le déshabillage forcé pendant que l'auteur regarde, le fait d'être contraint à regarder quelqu'un qui est nu, qui a des rapports sexuels ou se masturbe, d'être contraint à regarder du matériel pornographique. Il s'agit également d'intimidation sexuelle quand quelqu'un prend des photos de nus de nature sexuelle d'une personne n'ayant pas donné son accord ou qui n'est pas capable de le donner ou de refuser ;

- **Abus sexuel** : En cas d'abus sexuel, il y a un contact physique mais pas de pénétration. Un abus sexuel est le fait de contraindre quelqu'un à avoir un rapport physique de nature sexuelle, la manipulation intentionnelle du pénis, du vagin, des fesses, des seins, l'intérieur des

cuisses ou des fesses y compris, et ce, sur une personne qui n'a pas donné son accord ou qui n'est pas capable de le donner ou de refuser ;

- **Tentative de viol** : Toute tentative de viol sous la contrainte où il y a un contact entre le pénis, un objet, un doigt ou une main et un orifice corporel comme le vagin, l'anus ou la bouche sans pénétration, et ce, sur une personne qui n'a pas donné son accord ou qui n'est pas capable de le donner ou de refuser ;

- **Viol** : Le viol est un acte de pénétration intentionnelle, sexuelle de toute nature et par tout moyen sur une personne qui n'a pas donné son accord ou qui n'est pas capable de le donner ou de refuser. Le contact sexuel avec une personne de moins de quatorze ans est toujours considéré comme un viol par la loi, même si le jeune est d'accord. Le terme pénétration est également strictement défini : « pénétrer un orifice corporel (vagin, bouche, anus) avec une partie du corps ou un objet. Cela inclut : viol simple (oral, vaginal, anal, autre orifice corporel) ; viol multiple (plusieurs orifices corporels et/ou plusieurs fois) ; viol collectif (commis par plus d'une personne simultanément ou successivement) ; avortement forcé ; rapports sexuels forcés au sein d'un mariage ou d'une relation. Ancré dans la société, le viol est devenu un des majeurs problèmes qui affecte la santé publique, des maux qui entravent le bien-être des victimes partout dans le monde, la santé sexuelle et reproductive des victimes sont aux aguets des maladies et troubles bénignes. Après la description des formes d'agressions sexuelles, il sera question dans la section suivant de présenter l'historique de ce phénomène.

3.2 L'impact physique, psychologique et sociale du viol

Le viol est une expérience traumatisante qui affecte ses victimes de manière physique, psychologique et sociale. Même si les effets et les séquelles du viol diffèrent selon les victimes, la plupart tendent à souffrir de symptômes similaires compris dans trois différentes catégories

3.2.1 L'impact physique

Les effets physiques courants rencontrés par les victimes de viol comprennent : saignement vaginal ou anal, trouble du désir sexuel hypoactif, vaginite ou inflammation vaginale, dyspareunie ou rapports sexuels douloureux chez les victimes adultes, douleur pelvienne chronique, infections des voies urinaires, grossesse, VIH/SIDA. Vera Cruz (2022). L'abus sexuel en termes de symptômes physique engendre des sensations de plaisir, de douleur puis de fatigue chez les mineurs. Ainsi, les symptômes se diffèrent sur chaque partie du corps de l'enfant ; lorsqu'il s'agit des attouchements, c'en relève des sensations plus ou moins refouler par l'enfant.

3.2.2 L'impact psychologique

La plupart des victimes de viol subissent un impact psychologique plus fort dans la période initiale après leur agression. Elles subissent des dommages psychologiques de longue durée (Resick, 2016). Le cerveau des enfants est très vulnérable aux violences. Ces traumatismes ne sont pas seulement psychologiques mais aussi neurobiologiques... ces conséquences seront d'autant plus graves que la victime est très jeune, qu'il s'agit d'un viol (donc d'agressions sexuelles avec pénétration... Salmona (2019). Le viol, est le premier facteur de risque de morts précoces, de suicide, de dépressions à répétition, de troubles anxieux, de conduites addictives, de conduites à risque et de mises en danger, de risque de subir à nouveau des violences tout au long de leur vie. Salmona (2018). De nombreuses survivantes de viol souffrent du TSPT. Par exemple, aux Etats-Unis, des données disponibles indiquent que 31% des femmes violées développent un TSPT à un moment donné de leur vie après leur attaque et que 3,8 millions de femmes américaines auraient un TSPT lié à un viol. Les symptômes du TSPT sont généralement regroupés en quatre types : souvenirs intrusifs, évitement, (c) récurrence de pensée et d'humeur négatifs et récurrence de réactions physiques et émotionnelles inadaptées.

3.2.3 L'impact social

Le viol amène les victimes à une nouvelle situation difficile à faire face non seulement physiquement ou psychologiquement mais aussi socialement. En premier lieu, après l'agression, les victimes se sentent gênées de parler de ce qui leur est arrivé même à leurs proches. Ensuite, dans le cas où elles décident de porter plainte, les victimes doivent se diriger vers les services de police compétents. Malheureusement, dans beaucoup de pays, ou selon les contextes sociaux, elles ne sont pas prises au sérieux et parfois même sont tout simplement maltraitées. Par ailleurs, la victime peut se voir confronter à différentes difficultés sociales et relationnelles résultant de l'agression : isolement social, rupture avec la famille manque de confiance et établissement d'une relation à l'autre compliquée. Raconter ce qui s'est passé signifie revivre la scène, ce qui est émotionnellement éprouvant. Sur le chemin qui les amène des examens médicaux au procès pénal, dans les rares cas où ils ont lieu, les victimes subissent une perte d'intimité, voient leur crédibilité mise en cause. Elles n'ont pas toujours, venant de la famille, le soutien psychologique et matériel dont elles ont cruciallement besoin. Dans certaines sociétés, elles peuvent également subir une victimisation secondaire.

3.2.4 Probabilité de suicidaire

Des nombreuses études réalisées en Amérique du Nord et en Europe montrent que les victimes de viol sont plus susceptibles de se suicider ou de tenter de se suicider que les personnes qui n'ont jamais subi ce type d'agression, même après avoir contrôlé les effets d'autres variables comme l'âge, le niveau d'éducation, le statut social, la santé mentale, etc. (Davidson et al., 1996 ; Wiederman et al., 1998 ; Romans et al., 1995). Des résultats similaires ont été trouvés dans des pays africains comme l'Éthiopie et l'Afrique du Sud (Mulugeta et al., 1998 ; Krug et al., 2002). Enfin, une étude menée auprès d'adolescents au Brésil a révélé que les abus sexuels antérieurs constituaient un facteur prédictif de plusieurs comportements à risque pour la santé, y compris les pensées et tentatives de suicide (Anteghini et al., 2001).

3.3 Profil des victimes d'agression sexuelle

Plusieurs facteurs d'agressions sexuelles rapportés au risque associé au fait d'être victime d'une agression sexuelle durant l'enfance passe par la compréhension des caractéristiques communes aux enfants qui en sont victimes et des circonstances dans lesquelles les agressions ont lieu, cela afin de fournir des indices pour découvrir les enfants qui sont les plus à risque Hébert et al., (2011). Ainsi, les enfants victimes d'agressions sexuelles sont majoritairement de sexe féminin, quoiqu'il y ait une proportion non négligeable de victimes de sexe masculin. On estime que les filles représentent un taux de 75 à 85 % des victimes d'agression sexuelle (Black et al., 2001 ; Finkelhor, & Baron, 1986 ; Knutson, 1995 ; Wolfe, 2007 citer dans Hébert et al., 2011). Par exemple, dans le réexamen des facteurs de risque associés aux agressions sexuelles contre les enfants. Hébert et al., soutiennent que les filles risquent trois fois plus que les garçons d'être victimes d'agression sexuelle durant leur enfance.

3.3.1 Chez les enfants

Chez les enfants, certains groupes d'âge semblent plus à risque. Par exemple, les filles âgées de six ans et sept ans et celles âgées de 10 à 12 ans risquent le plus d'être victimes d'agression sexuelle, alors que les enfants de moins de six ans sont les moins à risque Hébert et al. (2011). Par contre, Russell (1983) constate peu de différences dans la prévalence selon les âges, mais note que les adolescentes sont davantage agressées par des pairs. Holmes et Slap 1998 d'après Hébert et al., soulignent que, chez les garçons victimes d'agression sexuelle, la première agression sexuelle survient en moyenne quand la victime a environ 10 ans. En effet, les enfants de moins de 12 ans, notamment ceux qui ont entre six et 11 ans, soient particulièrement à risque d'agression sexuelle intrafamilial. Dans le cadre du recensement, les auteurs prétendent

toutefois qu'en dépit de résultats mitigés, l'adolescence est la période pendant laquelle les enfants (principalement les filles) courent le plus de risques d'être victimes d'une agression sexuelle.

Comme souligné dans les travaux de ces contemporains, Finkelhor et Baron 1986 ainsi que Wolfe en 2007 ; Hébert et al., indique qu'il est probable que les différences observées selon l'âge s'expliquent par la nature de l'agression et le lien avec l'agresseur. Ainsi, de récentes données représentatives montrent que 45 % des victimes d'attouchements sexuels durant l'enfance l'ont été pour la première fois entre 6 et 11 ans, alors que 69 % des victimes de viol sont agressées à l'adolescence (Tourigny et al., 2008). L'attention portée sur ces chiffres nous indique à quel point les enfants sont de plus en plus aux aguets des violences sexuelles.

Différentes caractéristiques liées à l'enfant augmenteraient le risque qu'il soit victime d'agression sexuelle. Les écrits scientifiques sur le sujet rapportent notamment des problèmes de comportement chez l'enfant, particulièrement chez les garçons, des déficits sur le plan de l'intellect et des difficultés scolaires, l'isolement social, le fait d'avoir été victime d'abus physique au sein de la famille ou d'avoir déjà été victime de violence sexuelle dans le passé, un très grand besoin d'attention, et le fait d'avoir un handicap physique. (Hébert et al., 2011) ; les premières enquêtes sur la violence sexuelle envers des enfants approchés par Internet semblent également confirmer que les agresseurs ciblent des enfants plus isolés, passifs ou vulnérables sur le plan des émotions.

3.3.2 Caractéristiques des agresseurs sexuels

L'étendue des données disponibles dans la littérature sur le phénomène d'agressions sexuelles indiquent que les agresseurs sont dans la plupart du temps de sexe masculin (Hébert et al., 2011). Ce qui place les hommes dans les études de (Hébert et al., 2011) avec un taux de 85 à 100 % comme étant des agresseurs sexuels ; l'âge majoritaire de ces derniers est situé entre 30 et 40 ans, mais une proportion importante a moins de 18 ans selon. D'après l'estimation faite en 1998 par Pithers et Gray environ 40 % de la violence sexuelle est perpétrée par des personnes âgées de moins de 20 ans et 13 à 18 % des victimes sont agressées par d'autres enfants de moins de 13 ans (Hébert et al., 2011). Comme quoi, il n'existe pas d'âge pour être agressé sexuellement.

L'agresseur sexuel d'enfants est très fréquemment connu de ses victimes, soit dans 75 à 90 % des cas (Badgley et al., 1984 ; Finkelhor et al., 1990 ; Knutson, 1995 ; citer dans Hébert et al., 2011). Dans la majorité des cas, il n'y a pas de lien de parenté avec ces dernières. La minorité restante s'inscrit dans le viol incestueux. La figure parentale constitue environ le quart

des agresseurs sexuels d'enfants Hébert et al., (2011). À cet effet, le genre féminin, particulièrement les filles risquent d'agression sexuelle intrafamiliale. Par ailleurs, les garçons sont plus souvent victimes que les filles victimes d'un agresseur inconnu. Spécifiquement chez les garçons, les études ayant de grands échantillons rapportent que les proportions d'agresseurs extrafamiliaux varient de 54 à 89 % et que 21 à 40 % de ces agresseurs ne sont pas connus des victimes Hébert et al. (2011).

3.4 Facteurs de risque parentaux et familiaux

Partant des travaux de Wolfe (2007) et Finkelhor (1984) Hebert & al., (2011) établit une série de facteurs familiaux et parentaux pouvant être associés aux risques d'être victimes d'agressions sexuelles durant l'enfance. Ce dernier rapporte sur la capacité parentale à bien suivre leur progéniture ou toucher directement la victime en augmentant sa vulnérabilité quant à une éventuelle situation d'agression sexuelle. Ce qui correspond aux troisième et quatrième préconditions du modèle explicatif proposé par ses précurseurs. Par contre, le poids qui accule les facteurs liés aux parents, sont : une grossesse non désirée, un faible niveau d'éducation de la mère, la consommation des stupéfiants ou d'alcool, des problèmes de santé mentale chez les parents, une relation parent/enfant difficile, un faible sentiment de compétence parentale (particulièrement chez la mère) et une perception plus faible de la qualité du soutien émotif que peut offrir le parent (Black et al., 2001; Finkelhor, & Baron, 1986; Fleming et al., 1997; Tourigny, & Dufour, 2000; Wolfe, 2007).

En dehors des facteurs, Hébert et al., (2011) indiquent qu'un ensemble d'indicateurs de perturbation du milieu familial serait lié à un risque plus élevé d'être victime d'agression sexuelle durant l'enfance. Ces indicateurs sont de deux ordres : dans le premier cas, l'enfant ne vit pas avec ses deux parents biologiques en raison de la mort ou de l'absence prolongée d'un des deux parents, d'une séparation, d'un divorce ou d'une recombinaison familiale. Dans le deuxième cas, les parents ont une relation conjugale difficile (Black et al., 2001 ; Faller, 1991 ; Finkelhor, & Baron, 1986 ; Wolfe, 2007). Dans leur recension des écrits portant sur les agressions sexuelles contre des garçons, Holmes et Slap (1998) mentionnent que les facteurs familiaux suivants constituent des facteurs de risque associés au fait d'être victime d'agression : vivre dans une famille à faible revenu, ne pas vivre avec son père et appartenir à un groupe ethnique minoritaire. Tous ces facteurs rendent compte de la réalité des situations dans lesquelles peuvent ou surviennent des agressions sexuelles sur les enfants.

3.5 Variables liées à l'agression sexuelle

3.5.1 Variables personnelles

En tenant compte de l'âge des victimes, les enfants qui subissent des agressions sexuelles sévères rencontrent plus de difficultés d'adaptations. Surtout pour les victimes où l'agression a duré longtemps et, enfin, avec qui l'agresseur entretenait un lien de proximité affective. Selon Hébert et al., (2011), aucune caractéristique de l'agression sexuelle n'est reliée de façon consistante à la prédiction des symptômes de stress posttraumatique. Dans une combinaison des résultats statistiques d'études de 37 études (Paolucci et al., 2001 citer dans Hébert et al., 2011), n'établit pas de différences quant aux conséquences répertoriées, notamment les symptômes de stress post-traumatique et de dépression, en fonction de l'âge de l'enfant au moment de l'agression sexuelle, de la relation entre la victime et l'agresseur (parent versus inconnu), du type d'actes impliqués (contact versus sans contact) ou de la durée de l'agression sexuelle (épisode unique versus multiples épisodes). Ces données soulignent l'importance de considérer d'autres facteurs permettant d'expliquer les séquelles de l'agression sexuelle, dont les caractéristiques personnelles des enfants.

Dans la plupart des études sur les agressions sexuelles, les garçons sont représentés par petit échantillon, ce qui peut nuire à l'établissement des particularités relatives au sexe. Dans la méta-analyse de 37 études de Paolucci, il n'y a pas d'effet relatif au sexe en ce qui concerne les différents symptômes évalués, dont les symptômes de stress post-traumatique, la dépression et les idéations suicidaires. Les récents résultats d'études sur la question appuient cette conclusion. Ainsi, bien que certaines différences soient établies quant au type d'agression sexuelle subie (Villeneuve-Cyr, & Hébert, sous presse citer dans Hébert et al., 2011), les garçons et les filles ne se distinguent pas en ce qui concerne l'intensité des troubles intériorisés, des troubles extériorisés ou des symptômes de stress post-traumatique. Non seulement les jeunes sont victimes d'agressions très diverses, mais tous n'ont pas les mêmes compétences personnelles ou les mêmes stratégies pour composer avec le trauma. Les sentiments persistants de honte relatifs à l'agression sexuelle peuvent par ailleurs nuire au processus de résolution du trauma et contribuer au maintien des symptômes de stress post-traumatique (Hébert et al., 2011).

3.6 Les signes révélateurs d'agressions sexuelles

3.6.1 Les différents indicateurs

La question des signes lors d'un viol subi chez une victime mineure se trouve ici, confronté aux comportements normaux chez les personnes saines. Ainsi, épier les comportements dans un entourage pour percevoir les signes et symptômes cliniques d'abus

sexuel sont vaines car, ses signes seront difficiles à percevoir pour la simple raison qu'ils ne se différencient point de ceux qu'on pourrait observer chez un tiers. Cependant, les cris d'alertes et le langage corporel de l'enfant sont souvent révélateurs des souffrances subies. Toute porte à croire que, ce qui ne se dit pas s'imprime. En outre le corps devient le lieu d'expression des violences subies par l'enfant Simon (2004).

3.6.2 Indicateurs physiques

Les symptômes se diffèrent sur chaque partie du corps de l'enfant lorsqu'il s'agit des attouchements, ce qui relève des sensations plus ou moins refouler par l'enfant. Selon la fréquence et la répercussion sur le plan physique des symptômes, on distingue les viols récents et ceux qui datent d'en temps. Les premiers se constatent par « *une difficulté à la marche ou à s'asseoir est souvent en rapport avec les lésions anales ou génitales. Elles témoignent d'un abus récent et doit faire rechercher précocement ces atteintes* » (Simon 2004, p.50). Ces enfants sont le plus souvent animés par le sentiment de peur ; peur d'être grondé par les parents ou l'adulte responsable de les protéger. Ces sentiments que développe l'enfant sont aussi accompagnés par un changement de comportement du point de vue physique et parfois, ils éprouvent de l'anhédonie et un retrait social conséquent. Ce qui fait que l'enfant choisit et s'attache plus à une personne qui lui procurera une sécurité et protection. Toutefois, on notifie une attention particulière de l'adulte vis-à-vis de l'humeur et d'un changement de comportement chez l'enfant.

L'enfant victime d'un abus sexuel avec ou sans attouchements n'est plus le même qu'avant, pendant et après l'acte subi. Cela se constate dans la manifestation sur l'aspect émotifs avec les affectes qui changent son comportement et ses réactions dans son entourage et son milieu social. Le mineur victimes d'abus sexuel, dans son développement aurait certainement fait l'expérience d'une situation angoissante, qui l'a incité à se débattre pour se protéger afin de retrouver un moment pendant lequel il ne sera plus confronté à cette situation tant menaçante que troublante, qui entrave son bien-être. Même quand cette situation résulte des soins qu'il reçoit, l'enfant en grandissant apprend à faire face et à se comporte avec plus ou moins d'intensité d'émotion lors qu'il est confronté à une situation angoissante et/ou anxiogène. C'est pourquoi, les indicateurs comportementaux et émotionnels chez l'enfant doivent alerter les parents, adultes de son entourage et susciter des questionnements.

3.6.3 Indicateurs émotionnels et comportementaux

La mémoire corporelle de l'enfant est marquée par un changement dès les premiers soins donnés par ses parents. Tout bascule lorsque l'enfant « *affiche, ou mime des comportements sexuels avec d'autres enfants, des jouets, des animaux, et se montre parfois d'une agressivité incontrôlable vis-à-vis des proches. Il s'introduit des objets dans le vagin ou le rectum, ou protège son sexe (...)* » (Simon p.52). Sur le plan comportemental, l'enfant devient régressif, passe à la succion des poussettes, devient énurétique, s'exprime comme s'il est encore un bébé. L'enfant s'attache trop à son agresseur, devient obéissant ou dépendant avec excès. Il a peur d'être seul dans un coin sombre, des troubles de sommeil, un trouble alimentaire, crainte d'un endroit particulier, d'une personne de l'entourage le plus proche, des voisins, amis sont autant des signaux que l'enfant envoie pour se protéger contre l'agresseur. Ces enfants protègent leur corps des regards ; ils éprouvent de la honte.

Certaines filles développent une activité sexuelle précoce en manifestant une séduction vis-à-vis des garçons ou des hommes, on parle d'une « *carencée affective* » car, intimidé par l'agresseur elles développent cette carence dans le but d'être à la recherche permanente d'affection dont elles n'ont pas pu recevoir de leurs parents surtout lorsque l'abuseur est un membre proche de la famille. Dans ce cas, « *la fillette développe une incompetence dans sa relation avec les autres, ne sait pas dresser la barrière de protection avec les hommes en particulier* ». Cette carence se développe sous l'égide des menaces verbales tenues par son agresseur « *pour mériter d'être aimée, il faut être gentille, docile et accepter de faire tout ce qu'il lui demande* » (Simon 2004, p-p. 54-56). La répétition de cette séduction expose plus les victimes au nouvel abus sexuel. Au vu de tous ses comportements les conséquences ou répercussions des abus sexuels sur un l'enfant scolarisé, s'observent dans la chute intellectuelle entraînant une baisse de rendement scolaire, des notes et voire le retrait social.

3.7 Conséquence du traumatisme

3.7.1 Conséquences associées à l'agression sexuelle chez les enfants

Dans la littérature, seule une partie des enfants dévoilent l'agression sexuelle en raison de leur sentiment de honte ou de leur peur de ne pas être crus, d'être punis ou de subir des conséquences négatives et des perturbations familiales à la suite du dévoilement. Avec le National Survey of Adolescents, Hanson et al. (2003) ont démontré qu'un tiers des adolescents qui ont été agressés n'avaient jamais divulgué l'agression sexuelle avant l'enquête ; les garçons étaient moins susceptibles que les filles d'en parler à quelqu'un. De plus, un tiers des cas seulement avaient été signalés aux autorités officielles. Ainsi, plusieurs cas d'agression sexuelle

ne sont jamais décelés, et les études évaluant leurs conséquences à court terme chez les enfants se servent d'échantillons qui ne peuvent prétendre représenter l'ensemble des cas.

Les données des recherches menées aux cours des 30 dernières années indiquent que les enfants victimes d'agression sexuelle souffrent de troubles intériorisés (symptômes d'anxiété et de dépression, troubles somatiques, comportements d'isolement social) et de troubles extériorisés (sentiments de colère, agressivité, troubles de conduite) lorsqu'on les compare à des enfants qui n'ont pas subi d'agression sexuelle. Les jeunes ayant subi une agression sexuelle sont aussi susceptibles d'éprouver des problèmes d'adaptation en milieu scolaire (Daignault, & Hébert, 2004 ; 2009 ; Citer dans Hébert, 2011)

Pour plusieurs enfants, les conséquences liées à l'agression sexuelle se manifesteront dans des sphères de vulnérabilité antérieure. Par exemple, les enfants qui éprouvaient de l'anxiété avant l'agression sexuelle pourraient risquer davantage de développer des symptômes de stress post-traumatique que les enfants qui n'en éprouvaient pas (Hébert, 2011). Par ailleurs, les enfants vivant dans des conditions familiales qui les rendent vulnérables (psychopathologie sévère d'un parent, conditions préexistantes défavorables, agressions antérieures) sont en général susceptibles d'éprouver des difficultés plus importantes que les autres enfants victimes d'agression sexuelle. Il est utile de distinguer trois catégories de conséquences à la suite du dévoilement d'une agression sexuelle : les symptômes propres à l'agression sexuelle ; les symptômes liés à l'agression sexuelle, mais qui n'y sont pas propres et les changements pathologiques relatifs aux processus psychologiques.

Les « *symptômes propres à l'agression sexuelle* » font référence aux symptômes plus spécifiquement liés à l'agression sexuelle. Ils caractérisent une proportion importante des victimes et les distinguent des enfants non victimes et des enfants issus de populations cliniques faisant face à d'autres types de problématiques. Dans cette catégorie, on regroupe les symptômes de stress post-traumatique, de dissociation et de dépression ainsi que les comportements sexuels problématiques. L'une des premières recensions des études empiriques actualisées rendent bien compte que, les comportements sexuels problématiques et les symptômes de stress posttraumatique constituaient les deux seules manifestations typiques des enfants victimes d'agression sexuelle par rapport à d'autres populations Hébert et al., (2011).

Les données de recherche indiquent que près de 50 % des enfants ayant subi une agression sexuelle éprouvent des symptômes de stress post-traumatique et qu'au moins le tiers d'entre eux répond à tous les critères de l'état de stress posttraumatique d'après Hébert.

Une étude menée auprès d'un groupe d'enfants âgés de 7 à 12 ans, rend compte d'une analyse selon laquelle, le risque d'obtenir des cotes atteignant le seuil clinique en ce qui

concerne les symptômes de stress posttraumatique était quatre fois plus élevé chez les enfants ayant dévoilé une agression sexuelle que chez les enfants n'ayant pas été agressés (Vézina, et Hébert, 2005).

La dissociation peut constituer un mécanisme de défense qui permet à l'enfant de fuir mentalement une situation d'agression (Terr, 1991 ; Wolfe 2007 citer dans Hébert, 2005). Dans le cas d'agressions qui perdurent, ce mécanisme, utilisé de façon répétitive, peut mener à d'importantes perturbations sur le plan de la mémoire, des pensées, des émotions et de l'identité (Wolfe, 2007 ; citer dans Hébert, 2005). Bien que la prévalence des symptômes de dissociation pathologique soit moins importante que celle des symptômes de stress post-traumatique propres à l'agression sexuelle, le risque que les symptômes des enfants agressés atteignent le seuil clinique est huit fois plus élevé que celui de leurs pairs non agressés (Collin-Vézina, et Hébert, 2005).

Par ailleurs, les enfants éprouvant des symptômes de dissociation peu après le dévoilement sont vulnérables au développement ultérieur de symptômes de stress post-traumatique (Kaplow, Dodge, Amaya-Jackson, et Saxe, 2005). Plusieurs études ont documenté les symptômes de dépression chez les victimes d'agression sexuelle (Paolucci & al., 2001). Ainsi, même après le contrôle de la quantité initiale de symptômes et des relations parent enfant, le risque que les victimes d'agression sexuelle souffrent de dépression serait quatre fois plus élevé que celui des jeunes non victimes (Boney-McCoy, et Finkelhor, 1996).

À ce titre, Wolfe (2007) rapporte par exemple que les troubles de comportements extériorisés (la colère, l'agressivité et les troubles de conduite) sont souvent plus présents chez les victimes d'agression sexuelle que chez la population en général. Par contre, ces symptômes peuvent être davantage relatifs à certains stressseurs typiques auxquels les enfants qui souffrent de troubles extériorisés font face (environnement familial comportant de l'adversité de divers ordres et enfant vivant plusieurs événements difficiles) plutôt que propres à l'agression sexuelle subie. L'abus de drogues et d'alcool, les troubles alimentaires et les comportements d'automutilation font aussi partie des symptômes associés à l'agression sexuelle, mais qui n'y sont pas propres.

Pour, Hébert, et al., (2011), il importe de considérer les « changements pathologiques relatifs aux processus psychologiques », qui font référence aux changements découlant de l'exposition à une agression sexuelle et susceptibles d'exercer un impact sur l'adaptation de l'enfant, tels que les déficits sur le plan de la régulation des émotions, les conséquences sur le style cognitif ou les stratégies d'adaptation. Ainsi l'agression sexuelle influe sur le système de croyances relatives à soi, aux autres et au monde en général (Berliner, 2011 citer dans Hébert

et al., 2011), l'enfant victime d'agression sexuelle peut acquérir et entretenir certaines croyances (qu'il ne peut faire confiance à personne, qu'il est responsable des événements négatifs ou que le monde est dangereux) qui vont interférer avec son processus normal de développement. Les agressions sexuelles seront donc liées à des distorsions cognitives, dont les sentiments de honte, de culpabilité, de blâme, d'impuissance et de stigmatisation ainsi que, vraisemblablement, une hypervigilance constante; ces éléments peuvent sérieusement compromettre le développement de l'estime de soi et de compétences personnelles efficaces pour faire face aux différents événements stressants ainsi que l'établissement de relations interpersonnelles harmonieuses (Hébert et al., 2011)

Le trauma et le système familial dysfonctionnel associés à l'agression sexuelle, en particulier dans le cas d'agression intrafamiliale, peuvent pousser l'enfant à élaborer des stratégies de régulation émotionnelle atypiques. L'enfant peut en venir à s'appuyer sur des stratégies « *efficaces* » pour réguler ses émotions dans un environnement violent (hypervigilance relative aux menaces, engourdissement de l'expression émotionnelle, etc.), mais qui interfèrent avec une adaptation sociale optimale avec ses pairs (Cole, & Putnam, 1992 ; Wolfe, 2006 citer dans Hébert et al., 2011).

3.8 Chronologie de l'état de stress post traumatique dans l'agression sexuelle

3.8.1 Période post-immédiate chez l'enfant

Vilamot indique dans Crocq (2011), que la période post-immédiate chez l'enfant (du 2e au 30e jour), est la même que chez l'adulte. Elle est caractérisée soit par la sédation assez rapide des symptômes de stress, le retour de la sérénité et la reprise des activités, soit par la persistance des symptômes de stress (surtout des symptômes de déréalisation et de dissociation), et l'apparition de reviviscences et d'autres symptômes témoignant de l'installation d'un syndrome psychotraumatique caractérisé. Parmi les symptômes à détecter dans cette phase post-immédiate, on notera plusieurs éléments qui se présentent comme suit :

- les manifestations d'angoisse de séparation, avec comportement d'agrippement à l'adulte, peur de rester seul, peur du noir, refus anxieux de dormir seul, crainte d'être abandonné ;
- un état psychique diurne et nocturne de peur, voire de terreur, avec surveillance vigilante de l'environnement, sursaut au bruit, résistance à l'endormissement et réveils nocturnes angoissés (plus souvent après un rêve terrifiant sans contenu précis qu'après un cauchemar de reviviscence à proprement parler) ;
- des phobies précoces se rapportant à ce qui évoque l'événement traumatique ;

– des épisodes de déréalisation ou de dépersonnalisation, l'enfant ne reconnaissant plus les lieux familiers, ni les adultes familiers, et répondant « à côté » ;

– des plaintes somatiques diverses (vertiges, mal à la tête, mal au dos, mal au ventre).

– Syndrome de répétition (plus exactement de reviviscence involontaire et itérative) : remise en acte de l'événement à l'identique ou selon des scénarios où l'enfant se donne un rôle actif, jeux et dessins répétitifs voire compulsifs sans dimension de plaisir, reprenant la thématique du traumatisme. Les hallucinations, les illusions et les flash-back (dont des accès de déréalisation ou de dépersonnalisation plus ou moins brefs) sont une variante sémiologique du même registre faisant revivre à l'enfant l'expérience traumatique. Les cauchemars sont moins fréquents que chez l'adulte, leurs thèmes sont souvent non spécifiques et, chez le jeune enfant, leurs contenus sont habituellement non reconnaissables.

– Syndrome d'évitement des indices internes (pensées, sentiments) ou externes (activités, situations) en rapport avec l'événement. Les phobies, dont l'objet a un rapport direct ou indirect avec l'événement, sont fréquentes et tenaces : phobie de rester seul, phobie du noir, etc. L'amnésie psychogène, forme particulière d'évitement ou de déni, est rare chez l'enfant. On observe plutôt une distorsion mnésique des faits et des perceptions relatives au traumatisme.

– Réactivité générale émoussée, avec comportement de retrait, propension au silence, réduction des intérêts (perte de l'envie de jouer), perte de la confiance dans les adultes, qui ont failli dans leur rôle de protection. À noter que l'évitement de ce qui rappelle le trauma et l'émoussement de la réactivité générale traduisent la perturbation « traumatique » de la personnalité de l'enfant, perturbation d'autant plus grave qu'elle frappe une personnalité en devenir.

- Hyperactivité neurovégétative : il s'agit essentiellement des points suivants : les troubles des fonctions instinctuelles touchant le sommeil, l'alimentation et le contrôle sphinctérien. Concernant le sommeil, les difficultés d'endormissement sont fréquentes, ainsi que les réveils multiples, les terreurs nocturnes et les cauchemars. L'appétence alimentaire est modifiée par l'installation d'une polyphagie, d'un grignotage anxieux ou au contraire d'une anorexie parfois rebelle. La réapparition d'une énurésie, voire d'une encoprésie, nocturnes ou diurnes, est parfois observée, traduisant une régression affective et instinctuelle profonde, irritabilité, colères, agressivité, hypervigilance, attitude d'alerte, réactions exagérées de sursaut au moindre bruit.

- Symptômes non spécifiques (dénommés aussi « symptômes associés ») : difficultés de l'attention, de l'acquisition mnésique et de la concentration, distraction en milieu familial comme en milieu scolaire, avec répercussions sur la scolarité ;

- Troubles anxieux en particulier le trouble anxiété de séparation qui occupe souvent le devant de la scène clinique. L'enfant ne supporte pas de ne plus avoir ses parents dans son champ visuel, et il exige le soir de coucher dans leur chambre voire dans leur lit. D'autres troubles anxieux peuvent survenir : phobies simples, attaques et troubles panique, trouble d'anxiété généralisée ;

- Troubles de l'humeur avec état dépressif ou trouble dysthymique traînant (épisode dépressif évoluant de manière chronique dépassant une année) au cours desquels l'enfant ou l'adolescent exprime un vécu de culpabilité du survivant. Un deuil pathologique peut être observé, notamment dans les situations de perte d'un ou de plusieurs membres de la famille ;

- Troubles du comportement. Ils sont fréquents. Chez le jeune enfant jeune ou d'âge scolaire, on observe des manifestations régressives à type de succion du pouce, de parler « bébé », de troubles sphinctériens secondaires (par exemple réapparition d'une énurésie nocturne), et des attitudes d'opposition systématique et de refus d'obéissance, voire des accès de colère violente, pathologique. Chez l'adolescent, ce sera l'agressivité dans les propos et les attitudes, le comportement provocateur, la fugue, la propension à la rixe et même le comportement autoagressif (tentative de suicide, actes d'automutilation), plaintes pour douleurs (céphalées, dorsalgies, douleurs abdominales, etc.) essentiellement psychogènes et conversions somatiques (aphonie, bégaiement, paresthésies, paralysies, troubles de l'équilibre) ;

- Manifestations psychosomatiques, surtout dermatologiques (eczéma, psoriasis, urticaire, pelade), mais également digestives (coliques, ulcère de stress), observées en particulier chez les plus jeunes. Par ailleurs, il est fréquent que l'on assiste dans les suites de l'événement à la décompensation de pathologie psychosomatique préexistante (diabète, asthme, etc.). L'ensemble des éléments symptomatiques présentés ci-dessus peut n'être pas statiques en terme d'âges. Toutefois, les symptômes peuvent se répéter en fonctions de la gravité de l'agression sexuelle subit par la victime. Les conséquences du viol sexuel entraînent de lourdes difficultés médicales, psychologiques, affectives et sociales, et constituent, en ce début du XXI^e siècle, un réel problème de santé publique.

3.9 La famille face aux violences extrafamiliales

La famille étant un système qui constitue le noyau du développement de l'enfant et de son éducation. Autant responsable de la protection de l'enfant ainsi que de son développement ; elle peut être la plupart du temps, défailant dans son fonctionnement en tant que système suite à un événement de forte intensité émotionnelle. Comme le suggère Manon (2023, p.57), face au traumatisme, le système familial a du mal à s'adapter aux quotidien social. L'impact du

traumatisme et de ses troubles connexes sont à doubles sens c'est-à-dire sur l'environnement de la victime précisément sur son environnement familial.

A cet effet, partant des travaux de Eliott et Carnes (2001), Paillat et al., (2020) mentionnent qu'apprendre que son enfant a été victime d'une agression sexuelle est généralement un événement inattendu et troublant pour les parents. Ainsi, le viol sur mineure génère un mal-être qui affecte la famille de la victime ; le traumatisme ne touche pas uniquement les victimes mais aussi l'entourage. Le cas du viol en dit long sur le traumatisme collectif car, la révélation ou la découverte d'un abus impacte sur la famille entière et peut, potentiellement « traumatiser » tout le système familial (Paillat et al., 2020). Les victimes de leur côté (les enfants et adolescent) victime de viol sont vulnérables aux troubles relationnels d'où d'après Josse (2019, p.134) « les enfants et adolescents présentant ce type de troubles caractériels semblent incapables de modifier leur comportement pour protéger les relations qu'ils entretiennent avec leurs parents et d'autres adultes signifiants (enseignants, éducateurs sportifs, voisins, etc.). En réponse aux différents troubles que peuvent présenter les victimes, l'aide et me soutien que l'entourage va procure à la victime influenceront le comportement et la souffrance de la victime.

Pour Hebert et al., (2011) le fait pour certains parents, de comprendre et accepter que leur enfant a été agressé sexuellement peut occasionner une blessure affective profonde. Plusieurs parents peuvent éprouver des sentiments de doute et de déni, tout comme un parent qui apprendrait le décès tragique de son enfant. Les effets du dévoilement de l'agression sexuelle chez les parents provoquent un stress psychologique important que vivent plusieurs d'entre. Ces réactions parentales sont comparables à un traumatisme secondaire, puisqu'elles s'apparentent fréquemment à celles de populations cliniques (Paillat,et al., 2020). Concernant les symptômes, ils ne se valent pas tous, compte tenu de différents troubles que peuvent vivre ces parents. Ainsi les études portant sur les symptômes d'intrusions font état du syndrome d'état de stress post traumatique des parents des enfants victimes.

Toutefois, malgré une forte présence des symptômes d'ESPT chez les pères, les mères ont un score élevé par rapport aux hommes (Paillat,et al., 2020). Par contre, ce n'est plus le cas, lors que la dépression prend place dans le fonctionnement mental des parents d'enfants victimes ; les pères présentaient plus de symptômes de dépression que les mères. Bien que le niveau moyen de détresse générale des mères diminue de manière significative avec le temps. Toutefois, d'après Paillat,et al., 55 % des mères et 52 % des parents souffrent de symptômes psychologiques cliniques intenses qui perdurent pendant 12 à 24 mois après le dévoilement de l'agression sexuelle de leur enfant. A cet effet, après quatre ans, le tiers des parents avait

toujours un niveau élevé de symptômes intrusifs et un peu plus du quart, un niveau élevé de symptômes d'évitement de l'ESPT.

Le regard historique porté sur le concept de traumatisme avise que ce trouble inclus aussi les tiers et l'entourage. Dans cette situation, les parents, en apprenant cette révélation sont aux aguets du mal-être et de souffrances psychologiques. Ce qui, affecte la perception de enfants en fonction des réponses que ceux-ci apportent suite à la révélation de l'abus, ce qui a un impact sur l'adaptation et la résilience des enfants Paillat et al. Dans cette situation, le rôle et les réactions parentaux sont cruciaux En fonction de leur capacité à soutenir et à protéger, l'enfant, ce dernier peut reprendre une vie « normale » ou bien présenter des troubles réactionnels. La victime devient ici le patient designé dans le système familial. L'attention, les soins et les précautions sont préconisés dans ces genres de circonstances. Dans ces circonstances tendues, les compétences de l'enfant sont affectées par le climat émotionnel de la famille, qui se fonde sur la qualité de la relation d'attachement, sur les styles de parentalités et des compétences parentales et est l'expression de la dynamique familiale dans son ensemble. (Morris al., Robinson, 2007, cité dans Paillat & al., (2020).

Les parents dont leurs enfants ont fait l'objet d'un traumatisme ressentent, une grande détresse émotionnelle pouvant se manifester par la colère, la culpabilité, (vers leur enfant et autour de leur rôle parental) et un déni de l'évènement. Cependant, la culpabilité n'est pas seulement ressentie par les parents. Les enfants sont aussi concernés par ce sentiment. La culpabilité fait également partie du vécu de l'enfant. Avant l'âge de 7 ans, elle est nommée « tristesse » et « peur » entre 7 et 9 ans Thommen, (2010 ; cité dans Paillat & al. 2020). Ainsi, celui-ci peut se sentir coupable dû au fait qu'il n'a pas réagi à l'agression. Ce qui le conduit à une remise en question de ses mécanismes de défenses. Par contre la culpabilité du parent réside dans la remise en question de son rôle parental et de son vécu dans l'évènement, (Cicone & Ferrant, 2009, p. 34 ; cité dans Paillat & al. 2019). La culpabilité des parents se manifeste surtout lorsqu'ils ont, le sentiment de n'avoir pas pu et su protéger leur enfant de n'avoir pas été responsable de son bien-être.

De ce fait pour (Paillat & al., 2019) l'impact émotionnel sera en lien avec l'annonce de l'abus, mais aussi avec la vie quotidienne, le contexte familial, les pensées intrusives des parents, et le changement dans la dynamique familiale. D'où la nécessité de comprendre l'enfant souffrant puisse qu'il court le risque de vivre une « compulsion à soigner » Romano (1999, p.78 ; cité dans Paillat et al., 2020). De ce point de vue, il est nécessaire de reconforter et prendre en compte le soin des personnes de son entourage et de cette « inversion de rôle » entre parent et enfants. Sans cela, il y a un risque d'accentuer l'impact traumatique chez la

victime car « notre résistance puis notre adaptation après un traumatisme se font grâce à des personnes sur qui nous pouvons vraiment compter, et notre premier réflexe, après un trauma, est de rechercher le contact avec des proches par qui nous nous sentons vraiment accueillis compris et réconfortés ». (Contamin, 2021 citer dans Manon 2023).

3.9.1 La parole de la victime en souffrance

Longtemps démenti par les adultes, la parole des enfants a traversé l'antiquité avec des raisons qui mirent en doute leurs capacités d'expressions faisant de leur propos, des présupposés remplis d'incongruences. Limitant ainsi une écoute de ces derniers au détriment des adultes comme détenteur de vérité. Tout propos dénonciateurs émis par l'enfant s'avère inefficace. Ce qui faisait des enfants des coupables d'avoir développé le parler grâce à l'interaction de celui-ci d'avec son entourage. Accorder l'écoute à l'enfant victime de viol est très important car selon Hayez et de Becker (2010, p.60) « ne pas l'écouter, cela augmente encore son sentiment de solitude et de culpabilité. ».

Les agressions sexuelles subies par ces enfants restent enfuies dans leur souvenir. Tout porte à croire que les travaux et des efforts ont permis de prendre au premier degré les tout propos venant émanant de l'enfant comme vrai, censurant les auteurs responsable d'acte perpétré à l'égard des enfants qui n'est plus un adulte en miniature dans ce monde moderne. Malgré tout, être enfant conduit à être une victime potentielle. L'enfance est devenue une espèce en danger. Sa parole a dès lors un prix. (Hayez et de Becker 2010, p.12). La parole de l'enfant est ridiculisée. Pourtant l'enfant victimes de viol porte en lui une souffrance majeure ; physique et psychologique. La souffrance physiologique entraine celle émotionnelle créant ainsi une effraction dans son fonctionnement psychique. Au détriment d'une absence de parole ou d'un démenti à propos des atrocités subi par une victime de violences sexuel en occurrence l'enfant, cela laisse ce dernier aux abois des troubles mentaux.

3.9.2 La parole qui dénonce les sévices sexuels

La question de souffrance subite par un enfant, est de plus en plus en vogue et la prise de parole dénonciatrice est devenue une altercation entre, famille, entourage et l'abuseur. Toutes révélations de maltraitance étaient irrecevables. Les preuves, seules ne permettent pas aux adultes de croire et de se pencher sur les faits. Se pencher sur la souffrance des enfants est d'actualité car, les souffrances physiques et les blessures psychiques ne se limite pas à l'âge ni à la capacité de la comprendre ou encore de l'assimiler.

Hui, bien que les paroles dénonciatrices de violences d'un enfant soient pris au premier degré, il y a de suspenses qui inquiètent lors que la victime énonce le passage à l'acte. Toutes fois, les propos d'un enfant violenté affecte l'adulte qui, porte en lui un poids de souffrance et de culpabilité, voire de détresse liée à l'énonciation de cette parole : Hayez et de Becker (2010) « On me maltraite... on abuse de moi ». Ces Parole qui génèrent une angoisse, souvent confusément, longtemps après le début de la confrontation traumatique à celui qui maltraite, beaucoup plus rarement clamée avec indignation dans l'immédiat après-coup : l'enfant y cherche autant à s'apaiser d'un grand malaise intérieur qu'à se libérer d'un joug externe, celui de la violence et de l'emprise subie.

Les déclarations de violences faites par un enfant victime ont un double sens ; que sa souffrance physique et psychologique subis suite aux violences sexuelles prenne fins, et qu'il soit auprès de ceux qui sont capable de mieux le protéger, éventuellement sa famille ou son entourage social le plus proche. Au-dessus de tout, il lui faut une personne ayant les ressources nécessaires pour l'écouter. L'enfant devient dès lors le patient désigné ; il est porteur de souffrance de toute la famille. Car pour Hayez et de Becker « quand on l'écoute, il dit le poids des secrets de famille, sa douleur, sa tristesse et sa rage, son incompréhension face à des relations si blessantes, surtout si elles se répètent et devient chronifient. »

S'exprimer sur les faits passés permet un procéder à l'enfant de donner accès aux deux temps du traumatisme ; Hayez et de Becker « *celui de l'acte traumatique et celui de son après-coup, c'est-à-dire ce que le sujet en retiendra et en élaborera avec le temps. Il n'y a pas de rapport de causalité linéaire entre le premier et le second.* » (p.60) Aujourd'hui, la parole de l'enfant est davantage prise en compte, sans pourtant que ce soit déjà « suffisamment bien » ; son poids est effectif pour un certain nombre d'adultes qui se préoccupent de sa protection, de son intégrité physique et de sa bonne santé mentale.

Hayez et de Becker (2010, p.63)) distinguent d'après leur schéma plusieurs temps ou niveaux de culpabilité possibles chez l'enfant abusé :

- Il vit et parle d'abord de celle qui est directement liée aux faits ; l'effraction de son enveloppe corporelle génère un malaise, une honte ; l'enfant est gêné d'avoir participé à « ça » : « Je n'aurais pas dû être là..., je m'en veux ! »

Cette culpabilité immédiate, le secret, imposé par l'agresseur et longtemps garanti par le lien d'emprise, la confirme et la conforte. Dans l'après-coup, lors des divers auditions et entretiens, les interrogations susciteront le trouble et renforceront insidieusement la culpabilité sexuelle, quand bien même les professionnels s'efforcent de centrer la responsabilité sur l'agresseur. Soulignons combien tant d'adultes perçoivent le mineur d'âge comme un « pervers polymorphe

», sujet provocateur et séducteur en puissance par cette « fontaine de jouvence » qu'il représente.

- Quelquefois, l'enfant participe activement au lien abusif et peut ressentir l'ambivalence par le fait d'avoir pu ressentir quelque plaisir, ou/et par celui d'éprouver de l'affection pour l'adulte incriminé. Sa culpabilité s'en trouve encore renforcée.

- La culpabilité peut également s'élaborer plus tardivement, lorsque le traumatisme devenu insupportable fait basculer l'intime dans le champ social ; en d'autres termes, au moment où il y a dévoilement du secret. Cette culpabilité réactionnelle surgit quand l'enfant a investi affectivement l'adulte auteur et que cette dernière estime que la révélation constitue une trahison.

- Dans le même ordre d'idées, plus tardivement dans le temps, dans les suites de la crise et de la rupture du secret, l'enfant peut se sentir responsable et coupable des conséquences anticipées par l'agresseur « qui le lui avait bien dit » : séparation familiale, incarcération, pertes matérielles... les prédictions alimentant, les menaces de l'adulte se confirment, se concrétisent au point où l'enfant est stigmatisé par lui-même ou par son entourage : « C'est de ma faute, j'aurais dû me taire... maman pleure tout le temps, mes frères et sœurs m'en veulent... ».

3.10 Quelques théories explicatives

Plusieurs auteurs ont pu rapporter des éléments convainquant qui retracent le vécu des victimes afin d'apporter une compréhension plus éclairée sur ce phénomène d'agression sexuelle sur des enfants. Nous, allons étayer la compréhension des comportements qui régissent les modèles explicatifs non pas en ressortant tous les modèles disponibles dans la littérature mais quelques un en rapport avec notre étude, notamment ceux en lien avec les agressions sexuelles des mineur(e)s. En effet, plusieurs auteurs ont suggéré des modèles conceptuels afin d'améliorer la compréhension du développement des séquelles de l'agression sexuelle (Barker-Collo, & Read, 2003 ; Freeman, & Morris, 2001 ; Hulme, 2004). Trois des modèles proposés nous semblent particulièrement pertinents pour expliquer la diversité des conséquences subies par les enfants victimes d'agression sexuelle : le modèle des dynamiques traumagéniques, le modèle transactionnel de Spaccarelli et le modèle qui fait référence aux symptômes de stress post-traumatique. (Hébert & al., p. 172, 2011).

3.10.1 Théorie préconditionnelle de Finkelhor (1984)

Aborder la question de l'agression sexuelle sur enfant nécessite une considération globale des variables avec des valences telles que, les facteurs à l'origine et des envies de

l'auteur sur ce dernier. Finkelhor, est le premier auteur à faire la lumière sur la théorie sexuelle sur enfant en proposant un modèle dit multifactoriel (Finkelhor Cortoni et al., 2017). Cette théorie se base sur les comportements dits déviants des agresseurs sexuels d'enfants, à travers quatre conséquences majeures exprimant le passage à l'acte : *avoir une motivation pour l'agression sexuelle ; surmonter les inhibitions internes ; surmonter les inhibitions externes ; et de l'enfant.* (Cortoni et al., 2017p.35)

D'après cette théorie, l'agression sexuelle des enfants est conditionnée par les comportements des enfants qui attirent l'agresseur. Ainsi, ce dernier développe une motivation qui se caractérise par certaines variables. Premièrement, il y a la congruence émotionnelle qui lie l'agresseur à l'enfant. Celle-ci se fait grâce aux besoins affectifs primaires développés par l'agresseur et selon les caractéristiques de l'enfant. Celle-ci donne l'agresseur l'air d'avoir le total contrôle sur l'enfant et l'évite de se sentir inférieurs par rapport à une victime adulte. Ensuite, l'excitation sexuelle de type pédophile. Cette variable est la seule du modèle multifactoriel de Finkelhor (1984) à rendre compte des réponses génitales préférentielles à l'égard d'un enfant lors d'une évaluation phallométrique (Cortoni et al., 2017)

La troisième variable, les difficultés qu'à l'agresseur à exprimer ses émotions face à un rapport consentant avec un partenaire sexuelle majeur. Ce qui le contraint à se focaliser sur les enfants afin d'avoir une domination et de faire valoir ses besoins sans la contrainte infantile. Cette difficulté est appréhendée sous le vocable du « blocages » dans le modèle. Elle peut être temporaires (par exemple problèmes maritiaux), psychologiques (par exemple peur d'intimité avec les adultes) ou être en lien avec une déficience des habiletés sociales nécessaires pour établir des relations adultes saines Finkelhor (1984) souligne que ces variables peuvent interagir entre elles pour augmenter la motivation pour l'agression sexuelle. (Cortoni et al., 2017)

Toutefois, pour qu'il ait agression sexuelle ces deux éléments (la motivation et la peur) à eux seuls ne permettent pas le passage à l'acte. D'après l'auteur, l'agresseur doit passer d'abord par deux autres étapes qui le conduiront à l'agression ; l'agresseur potentiel doit surmonter les inhibitions internes qui peuvent agir contre sa motivation à abuser sexuellement et il doit également surmonter les obstacles externes et les inhibitions antérieures à l'abus sexuel. (Cortoni et al., 2017, p.35) Ainsi, c'est grâce au processus de désinhibition interne antérieurs que le comportement pédophilique se met en place de manière temporaire et ceci étant lié au consommation d'alcool. Par contre, les inhibiteurs externes quant à eux sont constitués des relations liées à l'entourage notamment la famille, les sanctions sociales ainsi que le niveau de supervision et de surveillance d'une potentielle victime. Pour ce faire l'agresseur passe par

l'entourage proche de la victime avec une leurre relation pour attirer moins de soupçons et être proche de sa victime.

La dernière variable du modèle rend compte de la capacité à surmonter un potentiel résistance de l'enfant d'être abusé sexuellement opposé à l'agresseur lors de l'agression. Malgré tout effort déployé par l'enfant contre son agresseur, cette capacité que nous décrit Finkelhor dans cette théorie fonctionne sous la discrétion sans protestation manifeste de la part de l'enfant. Cela s'explique par le choix qu'opère les agresseurs. Leurs choix se basent uniquement sur les victimes vulnérables qui ne peuvent pas opposer une farouche résistance, qui pourrait alerter l'entourage.

3.10.2 Théorie multifactorielle de Marshall et Barbaree (1990)

Développer en (1990) par Marshall et Barbaree, cette théorie stipule que l'abus sexuel en général est la conséquence de l'interaction d'un certain nombre de facteurs. D'après ces auteurs, ces facteurs s'expliquent par les expériences développementales adverses telles qu'une faible présence parentale, une discipline sévère ou inconsistante ou des abus physiques ou sexuels sont susceptibles d'influencer le développement de modèles internes erronés, en particulier des modèles en lien avec la sexualité et l'agression.

Il ressort de ces modèles internes erronés, un faible taux de compétences sociales ainsi que des problèmes précoces de régulations des compétences d'ordres sociales. Parlant de ces problèmes, les auteurs explicitent que tout part de l'adolescence, car cette période est caractérisée par l'accroissement d'un important taux d'hormones sexuelles chez les individus augmentant l'intensité et la saillance des désirs sexuels. Par ailleurs, l'agression et la sexualité ayant le même substrat neuronal comme notamment l'hypothalamus et l'amygdale, ces hormones sont supposées provoquer des expériences à peu près de même nature.

En plus de ces hormones, l'influence de l'environnement de départ d'un individu prédispose ce dernier aux actes sexuels à l'instar de l'abus sexuel. Ainsi, pour un individu issu d'un milieu défavorable ce milieu lui prédispose au comportement antisocial ce qui le rend au vu de cette théorie, susceptible car la libération des hormones pouvant renforcer ses tendances sexuelles abusives déjà préexistantes. Ce qui fait de l'environnement défavorable un déclencheur.

Toutefois, le facteur environnemental n'est pas la seule variable, d'autant plus que chez le jeune adulte, un déficit de compétences sociales et de capacités de régulation peut compliquer des relations ou des tentatives de relations avec les femmes. (Cortoni et al., 2017) Cette interaction engendre une diminution progressive de l'estime de soi chez l'agresseur envers le

genre opposé au sien. Tel est la caractéristique observée chez les agresseurs sexuels. Ce qui finit par alimenter de plus en plus la puissance de désirs sexuels et le développement de fantasmes sexuelles déviantes. La masturbation, devient une issue lors de fantasmes sexuelles. Elle va s'intensifier et amener l'individu à ressentir de la confiance en lui, une sorte de refuge sûr. Cette pratique aberrante devient une issue aux agresseurs d'assouvir leurs besoins sexuels calment ainsi les tensions sexuelles et augmentant le sentiment d'efficacité personnelle, l'estime de soi et la masculinité.

Selon cette théorie intégrative, les facteurs de vulnérabilité ainsi cités interagissent avec des éléments conjoncturels plus transitoires tels que le stress, l'intoxication à une substance, des affects négatifs, la présence d'une victime potentielle. Ces facteurs peuvent porter atteinte à la capacité d'un individu à contrôler ses comportements. Ce qui peut l'amener à passage à l'acte. Les effets de renforcement de l'activité sexuelle déviante et le développement des distorsions cognitives aident à maintenir la délinquance. Cette théorie intègre une interaction entre les facteurs biologiques, psychologiques, sociaux, culturels et situationnels, présente une avancée quant à l'explication du passage à l'acte sexuel déviant. Néanmoins, cette théorie de demeure explicative et généraliste.

3.10.3 Théorie des dynamiques traumagéniques de Finkelhor et Browne (1985)

L'un des premiers modèles conceptuels proposés pour expliquer les symptômes associés à l'agression sexuelle est le modèle des dynamiques traumagéniques de Finkelhor et Browne (1985). Ce modèle, repose sur quatre dynamiques, qui sont impliquées et permettent de mieux comprendre l'émergence des conséquences et de tenir compte de la diversité des symptômes des victimes : « *la sexualisation traumatique, la trahison, l'impuissance et la stigmatisation.* » Selon ces auteurs, chaque dynamique peut être présente dans le cas d'autres événements traumatiques, mais la présence simultanée des quatre dynamiques serait propre à l'agression sexuelle. Par ailleurs, chaque dynamique serait liée à une série de manifestations ou de conséquences précises.

La « *sexualisation traumatique* » se réfère au fait que la sexualité de l'enfant se développe de façon dysfonctionnelle et inappropriée compte tenu de son stade de développement. L'enfant peut être « *récompensé* » par l'intermédiaire d'échanges d'affection, d'attention ou de privilèges pour des comportements sexuels inappropriés au regard de son âge. L'enfant victime d'agression sexuelle peut donc ultimement utiliser un répertoire de comportements sexualisés pour interagir avec les autres ou pour obtenir la satisfaction de ses besoins, ou encore acquérir de fausses croyances en lien avec la sexualité. Pour les adolescents,

cette dynamique peut être associée soit à l'évitement des activités sexuelles, soit, au contraire, à des comportements sexuels à risque (âge précoce du début des relations sexuelles, nombre élevé de partenaires sexuels, participation à des activités sexuelles en échange d'argent ou de biens) ;

Le sentiment de « *trahison* » est la deuxième dynamique active en cas d'agression sexuelle. Il compromet la capacité de la victime à développer des sentiments de confiance dans le contexte des relations intimes ? Ce sentiment naît quand l'enfant réalise qu'un adulte de confiance lui a causé du tort ou n'a pas réussi à le protéger de l'agression (à l'instar du parent non agresseur). Chez les jeunes, les manifestations comportementales liées à cette dynamique peuvent constituer un risque de nouvelles agressions, un sentiment d'isolement et de malaise par rapport à l'intimité ou des difficultés à établir et à maintenir des relations intimes.

L'enfant éprouve des sentiments d'« *impuissance* » quand sa volonté, son sentiment de contrôle et sa perception d'auto efficacité sont minés de façon répétitive et que son corps est envahi contre sa volonté. Les sentiments d'impuissance peuvent être renforcés si les tentatives que fait l'enfant pour mettre fin aux agressions échouent ou si l'agresseur utilise des menaces. Les manifestations comportementales associées à cette dernière dynamique pourraient être liées à une vaste gamme de symptômes, incluant les plaintes somatiques, les phobies, les symptômes d'anxiété et de dépression, les problèmes scolaires, les fugues, la délinquance et les comportements agressifs.

Enfin, la « *stigmatisation* » fait référence aux sentiments de culpabilité et de blâme que l'enfant développe à la suite des messages négatifs que l'agresseur lui a directement ou indirectement communiqués ou qu'il a assimilés à travers les attitudes et des réactions des adultes. La stigmatisation serait liée à diverses conséquences, dont des comportements autodestructeurs (automutilation, idées et tentatives suicidaires, abus d'alcool et de drogues, activités criminelles).

Selon le modèle de Finkelhor et Brown (1985), certaines conséquences pourraient se manifester davantage selon les caractéristiques de l'agression sexuelle subie. Par exemple, la dynamique de trahison pourrait être plus présente dans les cas d'agression sexuelle impliquant un agresseur connu de la victime, plus particulièrement s'il s'agit d'une figure parentale, par rapport à une situation impliquant un agresseur inconnu. Le modèle proposé par Finkelhor et Brown (1985) offre ainsi un cadre permettant de témoigner des diverses réactions consécutives à une agression sexuelle. (Herbert et al., 2011).

3.10.4 Théorie freudienne (psychanalytique) du trauma

La psychanalyse est la troisième théorie qui permettrait d'appréhender le lien entre les abus sexuels subis et agressions sexuelles commises. Selon cette approche, commettre un abus sexuel serait une façon pour l'abuseur d'exprimer la colère qu'il a ressentie au cours de l'abus qu'il a lui-même subis. Ainsi, l'agression sexuelle devient une tentative de la part de l'abuseur, ancienne victime, de reprendre le rôle dominant dans une relation avec un enfant, afin de restaurer sa masculinité.

En 1983, Freud dans sa « *Communication préliminaire* », relève une certaine insuffisance dans les travaux de Janet en 1889 en rapport avec le choc émotionnel, l'effraction dans le psychisme, le corps étranger et le phénomène de dissociation du conscient. Tout en indiquant son apport dans l'apparition brute de l'événement par le jargon philosophique platonicien de « *réminiscence* », terme propre au traumatisme.

Pour remédier à l'aspect thérapeutique du trouble, Freud propose la « méthode cathartique » comme socle de la guérison du traumatisme. Cette méthode consiste à faire revivre au patient (sous hypnose) l'événement assorti de toute sa charge d'affect (pour débarrasser le psychisme des affects traumatiques restés coincés, non abrégés), et à lui demander d'établir des associations d'idées à son sujet (« le réinscrire dans le grand complexe des associations »), afin de lui attribuer du sens et de pouvoir le réinsérer dans le continuum de l'existence, entre un avant et un après. Crocq (2007)

Freud a ainsi pointé du doigt les deux aspects du trauma : la dynamique d'effraction au travers des défenses du psychisme, et son aspect absence de signifiant. En 1921, dans son essai « *Au-delà du principe du plaisir* », Freud va expliciter les aspects dynamiques de sa théorie du trauma. Dans une métaphore, Freud (1973) écrit que le traumatisme peut être comparé à un corps étranger « qui aurait pénétré par effraction dans cette espèce de vésicule vivante constituée par l'organisme, inégalement protégée selon les cas et les circonstances par une couche superficielle de défenses pare-excitations ». Le syndrome de répétition illustrerait les efforts infructueux de l'organisme pour assimiler ou expulser ce « corps étranger »

Tout comme chaque individu possède son propre fonctionnement, la pare excitation des uns sont plus forts que celles des autres, c'est-à-dire faible. En outre, si une personne est exposée à un danger externe, sa pare excitation érige une barrière énergétique en provenance de son psychisme, s'il dispose éventuellement de l'énergie. Ce qui n'est pas toujours le cas. Ce qui s'explique par le fait que, l'individu aurait déjà déployer des efforts de lutte contre cet événement externe.

Par contre, certains névrosés dont toute l'énergie interne est sans cesse accaparée par la sauvegarde de leurs refoulements n'auront jamais d'énergie disponible pour renforcer leur pare-excitation. Ce qui fait qu'un même événement potentiellement traumatisant fera effraction (et donc trauma) pour certains individus et pas pour d'autres, et pour certains individus aujourd'hui mais pas demain. Le concept de traumatisme, dit Freud, est donc tout relatif, et dépend du rapport de forces entre les excitations venant du dehors et l'état constitutionnel et conjoncturel de la barrière de défenses qui les reçoit Crocq (2016.).

3.11 Prise en charge du viol au Cameroun

La prise en charge d'une victime est de se fait très urgente aussi tôt que le dévoilement est fait ; médecin comme professionnel de la santé mentale ainsi que la justice sont à l'écoute de la victime. D'après Aboundé (2022, p.133), la prise en charge médicale est assurée par un médecin généraliste ou pédiatre gynécologue dans le meilleur des cas. Ainsi, suite au viol, les parents des mineures conduisent leurs enfants à l'hôpital pour faire des tests médicaux pour se rassure d'une infection génitale. Le test effectué par les parents est celui du SIDA (Syndrome Immuno Défficient Acqui).L'objectif des consultations est de diagnostiquer le degré de lésions traumatiques ou des infections génitales en vue d'une prise en charge et d'élaborer un certificat médical. Ainsi, « 4,69% des certificats médicaux rédigés au Cameroun le sont pour des violences sexuelles » (Mbassa Menick, 2001 ; p.109 ; citer dans Aboundé 2022, p.133).

La prise en charge psychologique est effectuée par un psychologue, un psychothérapeute ou un psychiatre. C'est l'acte par lequel « l'esprit vient au secours de l'esprit dans une rencontre salutaire de compréhension et de restauration. » (Gori et Ey, 1989, citer dans Aboundé (2022). Cette prise en charge se fait à travers« *l'utilisation des procédés et des techniques psychologiques pour traiter une maladie mentale, une inadaptation ou un trouble psychosomatique.* » (Silamy, 1989 cités dans Aboundé, 2022). Toutefois, il est important de noter que le tabou qui plane sur le viol en contexte africain fait que, certaines victimes ne bénéficient ni d'une consultation approprier pour pallier à leur souffrance. Parfois, la prise en charge se fait à métier.

PARTIE 2 : CADRE MÉTHODOLOGIQUE ET PRATIQUE

CHAPITRE 4 : MÉTHODOLOGIE

Dans cette partie, l'accent est mis sur la méthodologie qui sert de guide dans ce travail.

4.1 Bref rappel de la problématique

Il est question dans cette section de rappeler les éléments de la problématique. Il s'agit du problème de l'étude, de la question de recherche, de l'hypothèse générale, spécifiques, de l'objectif principal et spécifiques.

4.1.1 Rappel du Problème

A la suite de Finkelhor et Brown (1985) repris dans Hébert et al. (2011), la théorie de dynamiques traumagéniques repose sur quatre dynamiques : « *la sexualisation traumatique, la trahison, l'impuissance et la stigmatisation.* », qui permettent de mieux comprendre l'émergence des conséquences et de tenir compte de la diversité des symptômes des victimes de viol. Selon le postulat de cette théorie, la présence simultanée des quatre dynamiques serait propre à l'agression sexuelle. Cette théorie soutient la diversité des réactions des victimes de viol en fonction de certaine caractéristique liée à l'agression sexuelle tel que l'âge de la victime. Ainsi, face à cette diversité, les réactions manifestes du traumatisme sexuel propres à la dynamique de la sexualisation traumatique sont identiques chez les victimes de viol. A cet effet, selon Finkelhor et Brown (1985) repris par Bigras (2014), la dynamique de la sexualisation traumatique, en bas âge peut ne pas générer le même niveau de sexualisation traumatique qu'une agression sexuelle chez un enfant assez mature pour comprendre les implications sexuelles d'un tel geste. Or nous avons constaté au travers des entretiens que la réaction à la dynamique de la sexualisation traumatique est la même chez les victimes de viols à travers une manifestation de comportements sexuels inappropriés via des attouchements d'ordre sexuelle de la part des victimes dans leur environnement. D'où le problème de l'incidence du traumatisme chez la jeune fille victime abusée sexuellement.

4.1.2 Rappel de la question de recherche

Notre recherche s'intéresse à l'incidence du traumatisme sur le vécu des victimes du viol particulièrement chez les mineures au Cameroun. De là ressort la préoccupation de prendre en compte l'impact du vécu traumatique sur le viol subi par les mineures. Cette expérience traumatique sexuelle entrave le développement des victimes, leur vécu et impact sur leur santé

mentale. Partant de ses éléments sus, nous posons la question de savoir : « *Comment le psychotraumatisme a une incidence sur le vécu de la jeune fille sexuellement abusée ?* »

4.2 Description des hypothèses de l'étude

4.2.1 Description de l'hypothèse générale

Hypothèse générale : « le traumatisme a une incidence sur le vécu de la jeune fille sexuellement abusée »

Variables

Variable indépendante : le psycho-traumatisme

- **Modalité 1 : Atteinte de la sphère intellectuelle**

Indicateur : atteintes narcissiques et opérations défensives,

Blessures psychiques

Inhibition des fonctions cognitives.

- **Modalité 2 : Altération du développement, corporel**

Indicateur : Modification de l'état de santé mentale et biologique du sujet

Atteinte à la maturation et entrave l'épanouissement social, physique et psychologique des enfants.

Détresse émotionnelle

Souvenir répétitif des scènes avec une hypervigilance

Variable dépendante : le vécu

- **Modalité 1 : Vécu psychosocial du viol**

Indicateur : Interaction entre le sujet et son entourage

Sentiment d'impuissance ou d'horreur accès au vue des comportements désorganisés ou agités

Dysfonctionnement de la sexualité.

Comportements sexuel inappropriés

Comportement autodestructeur et automutilation

Le vécu des agressions affecte le sujet et son entourage.

Les parents vivent l'événement de l'agression avec une culpabilité, comme un deuil où la colère.

Le vécu des enfants traumatisés est caractérisé par des souffrances liées aux troubles de comportements.

- **Modalité 2 : Le mal-être généré par le psychotraumatisme**

Indicateur : sentiment que la personne ne se sent pas à l'aise

Sentiments d'infériorité

Complexe d'infériorité

Stigmatisation suite aux messages négatifs

Qualité de la relation parent-enfant et le fonctionnement familiale

Adaptation en milieu scolaire avec isolement social

- **Modalité 3 : Impacts affectifs et sociaux**

Indicateur : représentations et sentiments en rapport avec le social

Isolement social

Participation aux activités familiales et communautaires

Reconstruction de l'évènement dans les jeux, les dessins

Peur et méfiance des individus

Complaintes somatiques

Perception de l'image du corps

Tableau 1 : Tableau synoptique des variables de l'études

Variables	Modalités	Indicateurs	Indices
Variable indépendante : Le psychotraumatisme	Atteinte de la sphère intellectuelle	-atteintes narcissiques et opérations défensives	-blessures psychiques -Inhibition des fonctions cognitives.
	Altération du développement	Modification de l'état de santé mentale et biologique du sujet	-atteinte à la maturation et entrave l'épanouissement social, physique et psychologique des enfants. -détresse émotionnelle -souvenir répétitif des scènes avec une hypervigilance

Variables dépendante : Le vécu	Vécu psychosocial du sujet	Interaction entre le sujet et son entourage	<ul style="list-style-type: none"> -sentiment d'impuissance ou d'horreur accès au vue des comportements désorganisés ou agités -dysfonctionnement de la sexualité. -comportements sexuel inappropriés -comportement autodestructeur et automutilation -le vécu des agressions affecte le sujet et son entourage. -les parents vivent l'événement de l'agression avec une culpabilité, comme un deuil où la colère. -le vécu des enfants traumatisés est caractérisé par des souffrances liées aux troubles de comportements.
	Le mal-être généré par le psychotraumatisme	Sentiment que la personne ne se sent pas à l'aise	<ul style="list-style-type: none"> -sentiments d'infériorité -complexe d'infériorité -stigmatisation suite aux messages négatifs -qualité de la relation parent-enfant et le fonctionnement familiale -adaptation en milieu scolaire avec isolement social
	Impacts affectifs et sociaux	Représentations et sentiments en rapport avec le social	<ul style="list-style-type: none"> -isolement social -participation aux activités familiales et communautaires -reconstruction de l'évènement dans les jeux, les dessins -peur et méfiance des individus -complaintes somatiques -perception de l'image du corps

--	--	--	--

4.2.2 Structure logique de l'hypothèse générale

Tableau 2: Structure logique de l'hypothèse générale

VI : Psychotraumatisme		VD : Vécu
Mo : Altération du développement		Mo : Vécu psychosocial du sujet
Mo : Atteinte de la sphère intellectuelle		Mo : Le mal-être généré par le psychotraumatisme
		Mo : Impacts affectifs et sociaux

4.7 Type de recherche

Dans le cadre de notre étude, notre recherche s'inscrit dans une approche qualitative. Ce type d'approche s'attache à comprendre des faits humains et sociaux en les considérant comme étant porteurs de signification véhiculées par des acteurs (sujets, groupes, institution, etc.), parties prenantes des relations interhumaines (Mucchielli, 1996) cités dans Bioy et al., (p. 23, 2021). En outre, elle se justifie par le fait que la recherche qualitative a pour objet d'étudier les phénomènes humains en vue de plus de compréhension et d'explication (Quivy, 2000).

4.3 L'enquête préliminaire

Dans le cadre de cette étude, une enquête préliminaire a été menée auprès de notre population d'étude afin d'assurer la clarté dans notre recherche. Nous avons donc, eu à mener cette observation sous forme d'enquête préliminaire au sein de l'association Sourire Des Femmes (ASDF) en tant que bénévole. Ceci nous a permis la reformulation de notre sujet

d'étude, notre acceptation au sein de la structure et d'assurer la disponibilité de notre population cible.

4.3.1 Site de l'étude

Notre étude a pour site l'Association Sourire des Femmes (ASDF). L'association sourire des femmes est une association qui œuvre dans la prise en charge des victimes de violences sexuelles. Situé au quartier Manguier, cette association prend en charge toutes les victimes de sévices sexuels ; enfants adolescents et adulte. En dehors des prises en charges psychologiques, l'ASDF accompagne aussi les victimes désirant lancer des poursuites contre leurs agresseurs en justice. Il est impératif de noter que, dans le cadre de notre recherche, nous nous sommes appuyés uniquement sur l'aspect relevant de notre domaine de recherche. La posture du chercheur nous a permis de circonscrire notre recherche sur le vécu des victimes de viols.

4.4 Techniques de sélection des participantes

La technique de sélection des participantes dans ce travail est non-probabiliste, avec la procédure accidentelle et non exhaustive. La procédure se fera à plusieurs niveaux. Puisque l'étude concerne le vécu traumatique des filles violées dans une perspective clinique comparée dans le temps, les participantes ont été sélectionnées sur la base d'un vécu actuel. La procédure a consisté à choisir les participants au fur et à mesure qu'ils se présentaient, sans tri (Dufour et Larivière, 2016 repris dans Keubo, 2017). À cet effet, les participantes victimes de viol, ont été sélectionnées sur la base d'un vécu du viol. La taille de la population de l'étude est de (03) mineures de sexes féminins répondants aux critères d'inclusions. Compte tenu de l'âge, l'accord des parents nous a été nécessaire pour la participation de certaines participantes. Pour le choix des participantes, nous avons établi les critères d'inclusions et d'exclusion.

➤ Critères d'inclusion

- Être victime d'une agression sexuelle soldée par un viol ;
- Être mineure située dans la tranche d'âge de (7 à 12 ans);
- Être disponible et disposé puis, être accompagné par un adulte ou un parent responsable de la victime donnant son accord afin de prendre part à l'étude.
- Avoir été diagnostiqué d'un ESPT avec un traumatisme sévère (Children Post Traumatic Stress Reaction Index > 40) ;
- Fréquenter le centre Sourire des Femmes (ASDF) ;

➤ Critères d'exclusion :

- Être une victime majeure, c'est-à-dire dépassant de 21 ans ;

- Être l'agresseur ou violeur ;
- Être une victime de sexe masculin ;
- Être victime mineure mais ne fréquentant pas le centre ASDF ;
- Être victime mineure sans être accompagné à l'ASDF par un adulte responsable de l'enfant ;

➤ **Critères de non inclusion :**

- Être une victime remplissant les critères d'inclusion de l'étude mais et indisponible à prendre part à la recherche ;
- Être une victime mineure de sexe masculin ;
- Être victime et majeure ;
- Être une victime non disponible ou disposé à prendre part à l'étude.

4.5 Description d'outils de collecte des données

Pour notre étude, nous adopterons deux techniques de collecte de données. Un instrument de diagnostic standardisé : l'échelle de traumatisme « Children Post Traumatic Stress Reaction Index » et un guide. Celui-ci a été élaboré selon l'opérationnalisation des variables de notre étude ces indicateur. Les entretiens cliniques avaient pour but de déterminer le vécu traumatique du viol. Ainsi, le choix de ces outils nous permettrons de faire une exploration du vécu traumatique de l'agression sexuelle chez les mineures en étudiant de façon approfondie des cas individuels. L'étude de divers participants au moyen d'un outil qui peut explorer le ressenti subjectif de chaque enfant, permet une analyse de l'impact du traumatisme de l'enfant suite au viol tant au niveau conscient qu'inconscient. L'outil clinique retenu, l'entretien semi-directif, permet de répondre aux différents aspects des hypothèses de cette étude.

➤ **Children Post Traumatic Stress Reaction Index**

Dans le cadre de notre étude portant sur le psychotraumatisme suite au viol sur les jeunes filles, nous avons opté pour le diagnostic l'Indexe de Réaction au Stress Post Traumatique de l'Enfant (CPTS-RI) qui a été mis sur pieds par Frederick et al en 1992. Cette échelle est destinée à évaluer les symptômes post-traumatiques dans le cadre d'un diagnostic d'état de stress post traumatique (ESPT). Ce questionnaire se décline également en entretien semi-structuré (hétéro-évaluation). On commence par demander si l'enfant a déjà vécu un événement traumatisant, si oui, les 20 items du questionnaire vont évaluer ses réactions face à cet événement et ses conséquences. Cette échelle permet également de mesurer le sentiment de culpabilité de la personne.

Chaque item est une échelle de Lickert en 5 points, de 0 : "Jamais" à 4 : "Le plus souvent". Le score est obtenu par l'addition des items, le total est compris entre 0 et 80. La gravité est évaluée en général selon les critères suivants :

- 0 - 11 : peu grave,
- 11 - 24 : légère,
- 25 - 39 : modérée,
- 40 - 59 : grave,
- 60 - 80 : très grave.

4.6 L'entretien clinique

Tsala-Tsala (2006) définit l'entretien comme « *une méthode d'observation consistant à un échange verbal entre l'enquêteur et l'enquêté autour d'un thème choisit par le chercheur* ». Etant une activité tout à fait centrale pour le psychologue clinicien, Jacobi (2007, p.7), entend par entretien un terme qui vient du verbe entretenir envoyant à : « *Tenir entre, fixer, assujettir les diverses parties d'un tout* », Le Petit Robert le définit ainsi comme une : « *Action d'échanger des paroles avec une ou plusieurs personnes* » ; cet « échange de parole », est pour Chiland (2015, p.24) un échange complexe d'où certaines paroles visent à communiquer et d'autres à occulter. Toutefois, selon Benedetto (2007, p.23), l'entretien favorise l'expression du sujet et l'extériorisation de la manière dont il se perçoit lui-même ou le monde environnant en présence d'une personne inconnue ou peu connue de lui...d'où Jacobi (2009), réitère que, c'est avant tout, toute instauration d'un lien, institution d'un espace d'échanges par la parole et le langage.

Dans cette optique, Mialaret (2004, p.52) indique que « *l'entretien permet d'étudier les faits dont la parole est le vecteur principal (étude d'actions passées, de savoir sociaux, des systèmes de valeurs et normes...ou encore d'étudier le fait de parole lui-même (analyse des structures discursives, des phénomènes de persuasion, argumentation, implication...)* » Pour Mialaret (2004.) trop de facteurs incontrôlables entrent en jeu pour que l'on puisse considérer l'entretien comme une technique scientifique. Toutefois pour l'auteur, l'entretien peut jouer un rôle très important dans le déroulement d'une recherche, soit au début, soit à la fin de la recherche (p.55).

A cet effet, l'entretien clinique de recherche est fréquemment employé comme méthode de production des données dans un grand nombre de disciplines des sciences sociales et humaine. Il présente un outils indispensable et irremplaçable pour avoir accès aux informations subjectives des individus : biographie, évènements vécus, représentations ; croyances, émotions, histoires personnelles, souvenirs, rêves. Ainsi, pour Bioy et al. (2021 p.181), la

transmission et le partage de l'expérience vécue sont véhiculés par le langage et la parole et il n'est donc pas étonnant que les domaines qui se préoccupent des fonctionnements psychique et social et collectif des sujets aient recours à ces discours.

Dans sa pratique, le psychologue ou le chercheur doit respecter les règles du secret professionnel et de l'anonymat.

L'entretien clinique repose sur deux éléments : le dit et le non-dit. Le domaine du verbal est donc plus développé que celui du non verbal. Ainsi naît donc la question de ce que faire pour aider le patient de la part du praticien.

- ***Le faire***

Ici, il s'agit de l'écoute qui est la qualité essentielle du clinicien. *ibid* (2012 p 35) le considère comme disposition de l'esprit. Pour Bellet. M (1989), « *l'écoute n'est pas une absence de réaction : elle est une réaction qui laisse s'exprimer ce qui dans l'autre est susceptible de nous atteindre* ».

Ecouter ne consiste pas seulement à hocher la tête ou à ponctuer d'un « hum », il consiste aussi à donner aux symptômes un autre statut possible.

- ***Le dire***

Les deux modes les plus utilisées dans la pratique des entretiens cliniques d'après Blanchet est la reformulation et la complémentation. Il est aussi important de citer l'interrogation et l'interprétation. La reformulation : elle consiste à reprendre une partie de ce qui a été dit par le sujet, sans induire de rupture dans le thème abordé. Elle peut porter sur les sentiments ou sur le contenu. Elle prend la forme d'une simple réplétion. Ou redire la pensée du patient d'une autre manière tout en gardant ses mots. La complémentation : elle consiste pour le praticien à proposer un complément au discours du patient. Ce complément permet au sujet de préciser ou de rectifier sa pensée

4.6.1 Les mécanismes mis en jeu dans la pratique des entretiens cliniques

Les mécanismes mis en jeu dans l'entretien clinique reposent sur deux points de vue : le premier consiste à voir l'entretien sur un modèle de la conversation. Ce point de vue repose sur une vision interactive. Dans ce contexte, les mots ont un sens. Leur sens ne dérive pas seulement de la relation signifiant- signifié mais aussi de la relation créée par l'interlocuteur et la place occupée par chacun (Poussin 2012, p 42). Le second a un caractère subjectif. Dans ce cas, les mécanismes déployés par le sujet ne pourront qu'être découverts par inférence.

Lors de sa pratique, l'attitude du clinicien peut être comprise sous deux aspects : l'attitude visible, comportementale et relationnelle qui permet de créer une relation de confiance au sein de laquelle le sujet se sente suffisamment bien pour pouvoir livrer et découvrir son intimité psychique et une attitude plutôt intérieure, une attitude mentale, intellectuelle, qui fait du psychologue un professionnel qui pense la situation clinique construit des hypothèses cohérentes dans son référentiel théorico-clinique sur son fonctionnement (cognitif, émotionnel, comportemental). Ainsi, nous notons quelques attitudes en mien avec notre recherche.

- ***Mettre à l'aise***

Il s'agit de mettre la population de l'étude à l'aise. Ce qui implique pour le clinicien chercheur d'être agréable, c'est-à-dire ouvert, chaleureux, souriant et accueillant. En recevant le patient, le saluer («bonjour»), se présenter (nom et fonction, la première fois), l'appeler par son nom (surtout la première fois pour ne pas se tromper de personne!), le regarder dans les yeux, montrer du plaisir à le recevoir, lui serrer la main (s'il n'est pas contre), lui indiquer le chemin vers le bureau et adopter une attitude polie et respectueuse. Cette attitude agréable doit cependant être mesurée et rester assez authentique.

- ***L'empathie***

Ce terme, très prisé dans la mouvance rogérienne pourrait se concevoir comme un moyen entre la *sympathie* et l'*antipathie*. D'après Poussin (2012, p.43-44) Freud l'emploie dans le sens de : « Ce qui prend la plus grande part de notre compréhension de ce qu'il y a d'étrange à notre moi chez d'autres personnes ». Ainsi l'empathie permet au chercheur de concevoir une subjectivité vis-à-vis de ses propres sentiments.

- ***L'identification***

C'est un mécanisme psychologique inconscient par lequel un individu tend à ressembler à une autre personne. S'identifier ne signifie pas devenir identique à l'autre, mais s'introjecter suffisamment les parties de l'autre pour travailler sur le même matériel. Dans l'entretien clinique le psychologue doit gérer ses mouvements identificatoires de façon à ce qu'il puisse faire ce travail sans entrer dans une illusion d'identité. (Poussin 2012, p 56)

- ***Le transfert/ contre transfert***

Le mot signifie d'abord chez Freud le déplacement de l'affect d'une idée à une autre. Selon Sillamy (2013) en pratique psychanalytique, le transfert désigne le fait qu'une relation affective particulière, que le patient établit avec l'analyste inadaptée à la situation thérapeutique

réelle, et déterminer par d'anciennes structures anachroniques. Le transfert devient donc un processus de désirs inconscients. En ce qui concerne le contre-transfert, est « l'ensemble des réactions inconscientes de l'analyste à la personne de l'analysé, plus particulièrement au transfert de celui-ci ». La prise en compte de du transfert et du contre-transfert permet au chercheur que nous sommes de pouvoir prendre conscience de nos sentiments afin de garantir le progrès de notre recherche.

4.6.2 L'entretien clinique auprès des enfants

S'entretenir avec un enfant, c'est adapter son langage au sien, comprendre son développement et sa maturation psychique le tout, dans un but d'appréhender la souffrance auquel il fait face. La clinique infantile porte en son sein des défis auxquels sont confrontés les praticiens et les chercheurs. Plusieurs auteurs s'accordent sur le fait qu'interviewer un enfant pose des défis et outre les considérations sur les faux positifs et les faux négatifs, plusieurs éléments peuvent expliquer cette difficulté. D'abord, il est difficile pour un enfant de se dévoiler à un adulte qu'il ne connaît pas, considérant qu'il est déjà difficile pour un enfant de décrire des événements traumatisants (Ceci et Bruck, 1998 ; citer dans Bergheul et Fernet, 2018, p.286) ce qui rappelle la nécessité de prendre un certain temps avec l'enfant pour créer un lien de confiance.

Puis, plusieurs études ont montré que les capacités langagières et mnésiques des enfants ne sont pas les mêmes que celles des adultes Cyr, (2014). Les jeunes enfants ont un vocabulaire plus restreint que les adultes et utilisent régulièrement des mots et expressions idiosyncrasiques lorsqu'ils communiquent, ce qui peut complexifier la compréhension de leur récit. Les jeunes enfants n'ont souvent pas encore les compétences cognitives pour comprendre les concepts abstraits et interprètent ce qui leur est dit de manière plus concrète qu'un adulte (Lamb et al., 2011 citer dans Cyr 2014).

La notion de « *temps* » est un concept qui est notamment plus difficile à maîtriser pour les enfants puisqu'elle se développe progressivement jusqu'à la fin de l'adolescence. De plus, les enfants d'âge préscolaire ne sont souvent même pas en mesure de reconnaître le fait qu'ils ne comprennent pas une question ou une phrase complexe (Lamb et al., 2011). Cela rend la tâche d'autant plus difficile pour l'intervieweur puisque ce dernier pourrait avoir à tort l'impression que l'enfant a bien compris sa question advenant le cas où il donne une réponse à sa question. Il est donc important pour l'intervieweur d'utiliser, d'une part, un vocabulaire et une structure de phrase simples et adaptés au niveau de développement de l'enfant. D'autre

part, considérant les capacités développementales de l'enfant, il se doit d'avoir des attentes réalistes par rapport aux capacités de l'enfant à fournir des informations détaillées sur les lieux, le suspect et le moment de l'agression. Les difficultés que relèvent les auteurs indiquent à quel point, la clinique infantile est subtile et nécessite une intelligible lecture du langage et de son niveau de compréhension dans l'optique de le comprendre dans sa subjectivité.

4.6.3 Pratique des entretiens cliniques

La pratique de l'entretien clinique prend différente forme selon les approches, cadres et techniques se présentent selon la visée de l'approche. Ainsi, selon Bouvet (2022, p.18), trois courants se démarquent les uns des autres ; parmi ces derniers, dont les principaux, nous avons le courant psychanalytique, le courant cognitivo-comportemental (TCC) et les approches familiales systémiques. Dans chaque courant, le déroulement de l'entretien se diffère avec son cadre. En ce qui concerne notre étude, l'objectif et la visée de notre entretien porte sur la recherche. Ainsi, nous nous en tenons à la pratique de l'entretien clinique selon le courant psychanalytique pour comprendre la vie psychique de notre population d'étude.

4.6.4 Le cadre de l'entretien clinique

L'entretien clinique obéit à un certain nombre de particularité dont la première renvoie à son cadre. Selon Robeyron (2018, p.107), il désigne l'ensemble des conditions de rencontre avec le patient et concerne aussi bien le lieu où est mené l'entretien (hôpital, cabinet de consultation, domicile, etc.), les conditions de passation de l'entretien (durée, fréquence, etc.) que le cadre interne du clinicien (positionnement clinique, règles éthiques et déontologiques, etc.). En outre, le cadre précise donc un certain nombre de conditions et de limites de l'entretien clinique, formant ainsi un premier contenant pour les processus qui se dérouleront en son sein. A cet effet, le cadre à proprement parler désigne l'espace au sein duquel se déroule l'entretien. (Racamier 2001 ;citer dans Robeyron 2018.) indique que « *ce qui le fonde, c'est un espace, un rituel, des repères temporels, des règles et des limites. Et c'est encore le fait, simple et évident, qu'on y entre, et que l'on peut en sortir* ».

Cet « *environnement immédiat qui permet au praticien d'installer une situation susceptible de lui permettre d'exercer son travail...* » (Gori, Miollan & Jacobi, 1977 ; citer dans Jacobi, 2007, p.35), est constituer d'un espace matériel, temporel et psychique préparé par un praticien et mis à la disposition de son interlocuteur constitue une des conditions de la pratique de l'entretien. Notons que, la notion du cadre est régie par le code de déontologie du psychologue ; le respect de la personne le secret professionnel, les relations autorisées ou non

dans le cadre des entretiens et la posture du clinicien ou du chercheur. Dans ce travail de recherche, le cadre que nous avons utilisé est celui de l'ASDF dont nous avons disposé pour accueillir et mener notre entretien de recherche.

Attitude clinique

Selon Bénony et Charhaoui (1999, p.17), les aspects techniques de l'entretien clinique (non-directivité et semi-directivité) sont indissociables de l'attitude clinique du clinicien. Selon ces auteurs, la conduite de l'entretien clinique, qu'elle soit en recherche ou au cabinet se construit autour des techniques et des attitudes du chercheur ou du clinicien. Par contre Jacobi (2007, p.224) suggère que, la conduite de l'entretien clinique ne relève pas de l'acquisition de techniques ; conduire un entretien en se basant sur les techniques acquises est une « *façon de faire l'impasse sur l'expériences de l'entretien.* » alors, d'après Jacobi (2007), « *l'apprentissage de techniques ne pourra jamais suppléer à un mode d'être, à une forme de présence dans l'entretien. Seule l'expérience de la pratique d'entretien peut permettre d'accéder progressivement à cette capacité d'être présent dans l'entretien clinique.* » (p.225) La connaissance de techniques, l'apprentissage de recettes peut même entraîner une forme d'évitement de la rencontre. L'auteur privilégie l'approche singulière pour appréhender l'individu dans toutes ses dimensions au détriment des techniques qui se peaufinent au fil de l'expérience issues de la pratique des cliniciens. En recherche, ses mêmes attitudes sont prises en compte par le chercheur. Ainsi, nous nous inscrivons dans ce même ordre dans notre travail de recherche.

4.7 La grille d'entretien clinique

L'entretien clinique de recherche est toujours associé à un guide d'entretien plus ou moins structuré : il s'agit d'un « *ensemble organisé de fonctions, d'opérateurs et d'indicateurs qui structure l'activité d'écouter et d'intervention de l'interviewer* » (Blanchet, 1992 citer dans Bénony et Charhaoui 1999, p.68). Egalement appelé grille ou canevas, est « l'inventaire des thématiques à aborder au cours de l'entretien et des données de fait qui, à un moment ou un autre de l'échange, feront l'objet d'une intervention de l'enquêteur si l'enquêté ne les aborde pas spontanément » (Freyssinet-Dominjon, 1997, p.158) citer dans (Gavard-Perret et al., 2008). Notre guide d'entretien se compose des différentes thématiques que, nous aborderons lors de l'entretien ; tous ceci étant structuré en fonction de nos hypothèses de travail. Le guide d'entretien a servi d'explorer le vécu des enquêtés afin d'identifier les potentiels indicateurs de traumatisme suite au viol. Dans cette étude, la grille d'entretien clinique est issue de l'opérationnalisation des variables ; les sous items on permet de poser les différentes questions.

4.8 L'étude de cas

Comprendre les réalités qui entourent l'être humain passe par l'observation de « cas », qu'il soit des personnes, des choses ou des événements. Cette tendance naturelle explique un peu pourquoi l'étude de cas est l'une des approches de recherche les plus anciennes. L'étude de cas fait le plus souvent appel à des méthodes qualitatives, dont l'entrevue semi-dirigée. Elle se définit provisoirement d'après Bénéît (2009) comme étant « *une approche méthodologique qui consiste à étudier une personne, une communauté, une organisation ou une société individuelle. Comme le suggère son nom, l'étude de cas se penche sur une unité particulière quelconque.* » ou encore comme « *est une approche de recherche empirique qui consiste à enquêter sur un phénomène, un événement, un groupe ou un ensemble d'individus, sélectionné de façon non aléatoire, afin d'en tirer une description précise et une interprétation qui dépasse ses bornes* ».

Dans cette étude, nous utiliserons l'étude de cas suggestifs. Ces études sont similaires à l'étude monographique mais ressortent par le caractère atypique ou suggestif du cas étudié. Ce type est sans doute le plus répandu dans la littérature actuelle. Selon cette approche, des cas exemplaires ou même exagérés sont sélectionnés pour étudier ou illustrer un phénomène qui ailleurs demeure diffus ou à l'état embryonnaire. Par exemple, ce peut être une nouvelle approche de gestion peu répandue, dite d'avant-garde, qui deviendra peut-être une pratique généralisée. L'étude de cas suggestifs peut aussi alimenter des théories générales en s'appuyant sur des exemples particulièrement révélateurs qui expriment une réalité plus diffuse ou difficilement mesurable ailleurs. L'étude de sujets individuels.

Ce genre de recherche s'appuie sur l'étude d'un seul sujet, qui fait l'objet d'un cas. Certains courants en psychologie s'appuient sur l'étude de sujets particuliers en documentant l'analyse et le traitement d'un seul individu. Les histoires de vie appartiennent à ce type d'étude de cas. L'étude de cas peut aussi se différencier par son mode de contribution aux connaissances de la discipline. Elle peut être descriptive, exploratoire, explicative ou évaluative. De façon générale, cependant, on la reconnaît surtout pour sa capacité à décrire des phénomènes ou à les explorer lorsque le sujet est unique ou jusque-là négligé par la science

4.9 Techniques d'analyse des données

Nous avons choisi de traiter nos données recueillies lors des entretiens cliniques à partir de la méthode de l'analyse thématique, qui consiste « à procéder systématiquement au repérage, au regroupement et, subsidiairement, à l'examen discursif des thèmes abordés dans un corpus » (Paillé & Mucchielli, 2008:162); l'analyste va en effet faire appel, pour résumer et traiter son

corpus, à des dénominations que l'on appelle les « thèmes » (ou, expression synonyme, les « thématisations » ; on parle aussi parfois de « sous thèmes » pour se référer à la décomposition de certains thèmes) Paillé & Mucchielli, 2016, p.226). Une première étape a consisté à faire une analyse des contenus thématiques. Une deuxième étape a mis à contribution une lecture herméneutique, à partir d'une grille de lecture psychanalytique. Pour les données obtenues de la passation du test psychométrique, l'analyse se fera selon les grilles d'interprétations de l'échelle.

4.10 Considérations éthiques

L'éthique est définie selon Blanc et al (2015) *comme « l'ensemble de principes généraux et de règles conventionnelles et institutionnelles dans un domaine précis d'activité. »*. Dans le domaine de la recherche scientifique, l'éthique guide l'action concrète du chercheur à toutes les étapes de son investigation, à la fois dans ses rapports avec les sujets humains, de la collecte des données à leur traitement, et lors de la diffusion des résultats à la communauté. A cet effet, dans lors de notre recherche, pour assurer la préservation de la dignité humaine lors de cette étude, les règles éthiques seront respectées. Par ailleurs, afin de protéger les intérêts des personnes interviewées, nous avons pris en compte tous les éléments de la considération éthique: le consentement éclairé, l'anonymat et la confidentialité. L'anonymat a été respecté parce que les enquêtées n'ont pas été identifiées par leurs noms. La confidentialité a été respectée. Aucune information ne sera divulguée en dehors du cadre de ce travail. Le chapitre suivant rend compte des résultats et les conclusions de ce mémoire.

Notons à la fin que, l'ensemble des sections constituant ce chapitre est le socle de ce travail. La méthodologie adoptée dans ce mémoire nous a permis de choisir nos outils de collectes de données de recherche afin d'avoir accès au vécu de nos participantes. Le choix de la méthode s'est basée sur l'orientation de notre recherche ; la clinique. L'entretien clinique via sa grille nous a permis de récolter les données avec complément le children post traumatic stress reaction index comme questionnaire. Ces outils nous ont permis de récoltés nos données, qui sont analysées dans le précédent chapitre de notre travail. Les difficultés rencontrées lors de nos récoltes des données sont multiples. L'accès à la population via l'accord de faire partie de notre recherche était difficile dû au faite que le sujet de notre recherche est encore voilé par le tabou. Toutefois, nous avons pu avoir l'accord de nos participantes au détriment de celle qui était catégorique.

CHAPITRE 5 : PRÉSENTATION, ANALYSE ET DISCUSSION DES RÉSULTATS.

Dans ce quatrième chapitre, il est question de présenter, analyser les résultats, puis les discuter.

5.1 Présentation des participantes de l'étude

5.1.1 Gaby :

C'est un enfant de sexe féminin âgé de 7ans au cours moyen 3 avec un retard scolaire, originaire de la région du centre d'ethnie Eton. Elle est le quatrième enfant d'une fratrie de 5 enfants dont le premier est âgé de 19 ans et le dernier à 4ans. On ne retrouve pas d'antécédent de viol dans sa famille. Elle est la première à être agressée sexuellement. Son agresseur est connu de la famille ; c'est le cousin « éloigné » de sa mère. Gaby a des problèmes de santé. D'après sa mère, elle souffre de de problème pulmonaire et d'une infections urinaire avant son agression. En ce qui concerne les antécédents de troubles mentaux, aucun test n'a été fait auparavant. Elle est accompagnée à L'ASDF le 13 Novembre par sa mère nommée Jacquelin âgée de 36 ans mariée dans un foyer polygamique. Elle est hôtelière, catholique et d'ethnie Eton. Gabriella a subi une agression sexuelle soldé par un viol part un cousin de sa maman venu séjournée chez ses parents. D'après les dires de Gaby, elle aurait subi plusieurs fois ces agressions avant de la part de ce cousin. Son agresseur a commencé par des attouchements sur les zones génitales de Gaby à l'insu des parents avant de passer à l'acte ; le plus souvent c'est lorsque la nuit tombe que son agresseur passe à l'acte.

5.1.2 Christy

Fille âgée de 15 ans en classe de seconde dans un lycée de la capitale vivant avec sa mère. Originaire du nord, d'ethnie Toupouri et chrétienne protestante. Dans sa fratrie, il n'y a pas de victime de viol et pas d'antécédent de trouble mental. Christy est l'unique enfant de sa mère, ses parents sont séparés. Son père a refait sa vie avec une autre femme. Christy est accompagné par sa mère pour s'exprimer sur son agression en vue d'une prise en charge. Elle est victime de viol victime par l'homme en « couple » avec de sa maman lorsque cette dernière était absente. Ce viol s'est déroulé à la maison à l'absence de sa maman. Il n'y a pas d'antécédent de viol dans sa famille. Christy est en colère contre sa mère et l'accuse d'être celle qui a fait venir son agresseur à la maison.

5.1.3 Sandy

Fille âgée de 12 ans inscrite en cours moyen 2 vivant avec ses deux parents. Elle est l'aînée d'une fratrie de deux enfants, toute des filles, sa petite sœur est âgée de 5ans. Son père a trouvé qu'elle n'a pas suffisamment acquise de connaissance en CM1 donc, il l'a fait redoubler le CM1. Originaire de L'extrême nord, catholique de confession religieuse. Elle est accompagnée par sa mère au centre ASDF pour le suivi suite, au viol qu'elle a subi. Eve indique avoir été violée deux fois sous la menace d'être tué avec le couteau en main par un des frères des demi-frères de son papa ; sa grand-mère paternel étant remariée à un autre homme a eu des enfants qui, sont les demi-frères de son père. Son agresseur est en classe de seconde. Son agression a eu lieu chez sa grand-mère paternelle. C'est lorsqu'elle est partie jouer chez cette dernière, qui n'habite pas loin de chez ses parents. Elle révèle cet abus sexuel suite au viol d'une autre fille de 2 ans par un étudiant en 2^e année d'Université sur le sable un soir lors d'un séjour chez ses grands-parents maternel. Dans sa fratrie, sa mère révèle qu'il n'y a pas eu ce genre d'incident dans sa famille. Sandy présente une bonne « santé » mentale et biologique avant son agression. Elle s'emble être calme et réservé.

5.2 PRESENTATION DES CARACTERISTIQUES DES PARTICIPANTES

5.2.1 Caractéristiques des participantes

Tableau 3: Caractéristiques des participantes

Sujet	Sujet 1	Sujet 2	Sujet 3
Modalités			
Pseudonyme	Gaby	Christy	Sandy
Age	7 ans	15 ans	12 ans
Niveau d'étude	Cp3	2 nd	CM2
Groupe ethnique/ culturel	Eton	Toupouri	Massa
Genre	Féminin	Féminin	Féminin
Rang dans la fratrie	3 ^e /4	1 ^{er}	1 ^{er} /2
Antécédents de viol dans fratrie	Non	Non	Non
Agresseur (violeur)	Connu de la famille	Connu de la famille	Connu de la famille
Antécédent personnels de maladies	Problème pulmonaire et Infection urinaire	Rien à signaler	Rien à signaler

Antécédents de Troubles mentaux	Rien à signaler	Rien à signaler	Rien à signaler
---------------------------------	-----------------	-----------------	-----------------

5.3 Présentation et analyse des résultats des tests diagnostiques

5.3.1- Présentation et analyse des résultats au Children Post Traumatic Stress Reaction Index

L'analyse va porter sur le diagnostic des états psychiques/ psychopathologiques tels qu'ils ressortent des différents outils. Le tableau ci-dessous présente la variation des scores de l'échelle. Cette dernière permet de mettre en évidence la sévérité du traumatisme subi lors du passage à l'acte par l'agresseur sur les sujets. Ce qui permet de voir à quel point le sujet est traumatisé.

Tableau 4: Distribution des participantes en fonction de la variation du niveau de traumatisme

Nom du sujet	Score	Diagnostic
Sandy	61 ESPT (Traumatisme très grave)	Traumatisme Très grave
Christy	47 ESPT (Traumatisme modéré)	Traumatisme Grave
Gaby	49 ESTP (Traumatisme Modéré)	Traumatisme Grave

L'algorithme de traitement des scores du questionnaire du Children Post Traumatic Stress Reaction Index stipule que la gravité est évaluée en général selon les critères suivants :

- 0 - 11 : peu grave,
- 11 - 24 : légère,
- 25 - 39 : modérée,
- 40 - 59 : grave,
- 60 - 80 : très grave

Sandy :

Lors de la passation de l'échelle, elle a enregistré un score au Children Post Traumatic Stress Reaction Index de 61. Ce qui témoigne d'un niveau élevé de traumatisme suite au viol.

Christy :

Lors de la passation de l'échelle, Christelle a enregistré un score au Children Post Traumatic Stress Reaction Index de 47. Ce qui témoigne d'un niveau modéré de traumatisme suite au viol

Gaby :

Lors de la passation de l'échelle, elle a enregistré un score au Children Post Traumatic Stress Reaction Index est de 49. Ce qui témoigne d'un niveau modéré de traumatisme suite au viol.

Tableau 5: Catégories diagnostics du Traumatisme par rapport au Children Post Traumatic Stress Reaction Index.

Nom du sujet	Catégories diagnostics	N	Score
Sandy	ESPT (très grave)	01	61
Christy	ESPT (grave)	02	47
Gaby	ESPT (grave)	03	49
Total		03	100%

Il ressort de ce tableau que ci-dessus que 100 %, soit tous les trois sujets présentaient un traumatisme psychologique suite au viol subit. Cependant, Seul un sujet (1) présente un niveau élevé d'ESPT que les deux autres sujets.

5.4 Analyse des résultats des entretiens

L'analyse des entretiens se fait suivant les thématiques que présentent dans la grille d'entretien. Nous partons les thèmes les plus récurrents au moins récurrents et ceux qui n'ont pas été abordés par les sujets de l'études.

Thème : Le psychotraumatisme :

Nous avons abordé la question sur le traumatisme Celles-ci comprends deux items qui sont : « *Atteinte de la sphère intellectuelle, psychique* » et « *l'altération du développement, corporelle* ». Les sujets avec lesquels nous nous sommes entretenus, ont répondu en rapport avec les sous items de la grille d'entretien.

En rapport avec l'« *Atteinte psychique ; de la sphère intellectuelle* », les faits sont les suivants :

Le sous item le plus fréquents est : « *inhibition des fonctions cognitives* »

Ce sous-item met l'emphase sur l'incidence qu'à sur la sphère intellectuelle des victimes de viol. Il pourrait être causé par des pensées liées aux scènes du viol. Les sujets pensent que la cause de leur perte de capacité de remémoration des cours serait causée par les souvenirs des scènes du passage à l'acte. Ainsi, suite au viol, les sujets n'arrivent pas à assimiler les cours dispenser par leur enseignants, l'acquisition de connaissance se trouve entraver par le rappel de l'évènement et le contact avec l'abuseur.

Christy dit que : « *Je peux dire oui, oui parce que je n'arrive plus à me concentrer quand je suis à l'école et mes notes baissent et même quand j'essaie de lire, je pense à ça et ça me perturbe beaucoup même.* », elle continue en disant : « *Oui à la maison je n'arrive pas à lire quand je vois le vois mais je vais faire des efforts pour oublier ça.* »

On fait le même constat avec Sandy : « *ça me dérange mais pas beaucoup aussi, je comprends aussi ce que mon maître écrit.* ». Avec Gaby, on remarque dans son verbatim les mêmes discours : « *Oui, j'ai on a on chanté et et j'ai j'ai écrit aussi* », « *J'ai j'ai écrit et et* », « *Oui j'ai oublié* ». Les éléments qui inhibent les fonctions intellectuelles des sujets sont entre autres les souvenirs du viol et l'environnement traumatique.

En rapport avec le sous item : « *atteintes narcissiques et opérations défensives* ». Les verbatim des sujets se présentent comme suit :

Ce sous item met l'accent sur la manière dont le viol à affecter les sujets Christelle affirme que : « *Bon je ne sais pas mais, j'ai mal surtout quand je pense à ça je pleure parfois* ». Elle enchaîne en ces termes : « *Humm Je ne sais pas trop comment je me sens mais je suis devenu différente* » et pour finir : « *Bon différente comme je peux dire trop calme, réserver et je m'énerve, je suis devenu bizarre quoi* ». Par contre avec Sandy, le sentiment de haine s'ajoute à la colère qu'elles éprouvent. Ainsi, elle dit : « *J'ai peur et et je m'énerve quand je le vois passé. wallay, je vais pas le pardonné pour ça.* » ; on retrouve encore chez elle le sentiment de peur : « *j'ai peur, je je ne veux pas aussi* » ; « *A beaucoup de chose qui m'énerve* ». On remarque que, ces sévices sexuels ont baisé considérablement l'estime des sujets victimes et ses derniers développent des sentiments négatifs tels que la haine vis-à-vis des violeurs.

Les sous-items les moins abordés sont :

En rapport avec l'« *altération du développement, corporelle* », les verbatim se présentent comme suit :

Ce sous item aborde la crainte que des sujets éprouvent par rapport à la réaction de leur corps après le viol qui peut perturber le cours normal de leur vie.

Pour Christelle : « *Avant oui mais après les premiers examens, je suis un peu rassuré, on attend trois mois pour faire le dernier test de VIH* » ; « *Humm mon corps est comme ce qui est détruit comme ça parfois j'ai souvent des douleurs au bas ventre et je pleure quand ça commence avec moi* ». La crainte des sujets à propos d'une possible Infection du VIH reste une question préoccupante.

N'ont pas été abordé par les sujets les sous-items suivants : blessures psychiques

Thème : Le vécu : Nous avons abordé la question sur le vécu de l'agression sexuelle. Celles-ci comprennent trois items qui sont : « *Vécu psychosocial du sujet* », « *Le mal-être généré par le psychotraumatisme* », « *Impacts affectifs et sociaux* ». Les sujets avec lesquels nous nous sommes entretenus, ont répondu en rapport avec les sous items de la grille d'observation.

Les sous items les plus fréquents sont :

2.1- En Rapport avec l'item : « *Vécu psychosocial du sujet* » les faits sont les suivants :

Les sous items les plus fréquents sont : « *interaction entre le sujet et son entourage* ». Ce sous item met l'accent sur l'interaction des sujets dans leur environnement et la manière dont ils s'y prennent. Les sujets adoptent une stratégie différente de leur vécu avant leur abus sexuel qui, maintenant se caractérise par le retrait social et pensent rester seul leur permet de se sentir en sécurité.

C'est dans cet élan que Christy dit : « *Non je deviens trop calme j'aime pas être avec les gens, je préfère rester moi seule les gens posent trop de question que je n'aime pas du tout.* », par la suite elle indique que : « *bon, parfois, je ne reste pas seule, je sors rester avec ma copine du quartier et je fais tout pour ne pas voir la tête du monsieur mais, c'est pas facile, il vient souvent à la maison.* ». Tandis que, pour Sandy : « *Je dors ou je regarde la télé avec ma sœur mais quand je pense seulement au garçon je deviens triste* ». Le retrait social et l'isolement des sujets sont une réponse échappatoire aux souvenir accrus du viol.

En rapport avec l'« *atteinte à la maturation et entrave l'épanouissement social, physique et psychologique des enfants.* », les faits sont les suivants :

Ce sous item aborde les éléments qui aurait pu aider les sujets à s'épanouir. IL se trouve que, les sujets n'arrivent plus à s'épanouir dans des activités lucratives.

D'après Christy : « *bon j'aime pratiquer la gymnastique avant mais maintenant avec les douleurs que je ressens parfois j'ai peur de faire certains exercices pourtant avant je fais beaucoup mais maintenant un peu un peu seulement et parfois je ne fais pas du tout.* »

Les victimes ont perdu l'envie de pratiquer les activités habituelles suite au viol et à la douleur que pourrait provoquée certaines activités intenses.

En rapport avec « *détresse émotionnelle* », il se présente comme suit :

Ce sous item met en exergue la réponse réaction que ressentent les sujets par rapport à l'évènement vécu. Les entretiens avec les sujets montrent une détresse émotionnelle qui se manifeste par la peur de différentes façons.

Ainsi, pour Christy : « *Bon je ne sais pas mais, j'ai mal surtout quand je pense à ça je pleure parfois* » on constate la même détresse chez Sandy : « *j'ai mal et j'ai peur* », il en va ainsi pour Gaby, qui dit : « *j'ai mal seulement et et je je* », « *Oui ! j'ai peur donc je suis resté aussi tranquille* », plus loin, elle ajoute : « *J'ai peur que, il va me tuer avec le couteau* », « *J'ai pleuré* » ; « *En sanglot...pleure* ».

L'expression de la détresse émotionnelle se caractérise par les pleures chez les sujets, les larmes soulagent.

En rapport avec les : « *Souvenir répétitif des scènes avec une hypervigilance* » ; il se présente comme suit :

Ce sous item, a pour particularité l'accent mis sur l'ensemble des éléments qui replonge les sujets dans l'évènement qu'ils ont vécu comme traumatique. Selon les sujets, les déclencheurs nuisent à leur bien-être mental et plongent dans parfois, des moments d'absence.

Ainsi, pour Christy : « *ne pas voir le monsieur chez nous, il m'énerve* », elle ajoute : « *Oui ce comme si je revois les images dans ma tête j'ai tellement mal quand je pense à ça donc de fois j'évite aussi de penser à ça* ». En plus de cela Sandy indique les scènes qui lui ont rappelé son trauma : « *Parce que ce ce qui est arrivé à la fille sur le sable chez grand-père* », par la suite elle indique les souvenirs réplétifs de son viol : « *Oui je pense aussi à ça* » et pour en finir : « *Oui mais ça me dérange quand je pense à ça* ». Pour Gaby: « *quand je je vois tonton j'ai j'ai peur j'ai mal ici et derrière* ». Vivre dans le même environnement que son agresseur submerge les sujets dans un épisode de mal être ; Elles se sentent de plus en plus la menace d'être encore agressées. L'environnement devient traumatogène.

Les sous items les moins fréquents sont :

En rapport avec « *Comportements sexuel inappropriés* » : il se présente comme suit :

Ce sous item fait office de l'impact qu'à le viol sur le développement sexuel des sujets sexuel en terme de reproduction des actes sexuels.

Gaby manifeste ainsi : « *Ici et derrière* », notre sujet semble aimé cet acte : « *Oui avec un hochement de tête* » dans une ambivalence de réponse, Gaby répond : « *non hochement de tête négatif et oui au même moment* » elle continue « *Oui la maitresse dit ce pas bien de toucher le derrière de mes amis* » ; « *je ne touche pas maintenant* ». On constate que la réaction presque immédiate du traumatisme se manifeste chez la participante par une reproduction sexuelle dans son environnement. L'âge de l'enfant ne permet pas selon son développement normal de manifester une tel sexualité.

Avec Christy, on constate aussi le type de comportement : « *Bon je ne sais pas trop mais parfois ça m'arrive et ça me dérange* ». Ici, on voit que la participante se gêner par cette sexualité malgré son âge d'adolescence.

En rapport avec le « *vécu des agressions affecte le sujet et son entourage.* » : il se présente comme suit :

« *humm oui mais pas tout le monde, simplement maman qui est au courante* »

En rapport avec les « *comportement autodestructeur et automutilation* » :

Ce sous item met l'accent sur les comportements que peuvent manifester les sujets vis-à-vis de leur propre corps. Les sujets pensent que se faire du mal à soi-même n'est pas un bon signe.

Pour Christy : « *Non pas du tout, je ne fais pas ça* » Sandy ajoute « *non* »

En rapport avec « *Les parents vivent l'évènement de l'agression avec une culpabilité, comme un deuil où la colère* » : il se présente comme suit :

Ce sous item montre à quel point les évènement qu'une personne vit peut avoir aussi de l'impact sur ses géniteurs. Les parents des sujets semblent manifester de la tristesse. Ainsi par le verbatim de Sandy qui le mentionne : « *maman a pleuré aussi avec moi* » ; par la suite : « *Mon papa n'a rien dit* »

Les parents sont affectés et réagissent de différentes manières du viol de leurs progénitures.

En rapport avec la « *qualité de la relation parent-enfant et le fonctionnement familiale* », nous avons :

Ce sous item soulève la problématique des tiers. Les sujets pensent que leurs entourages peuvent être la source qui aurait causé l'évènement dont, ils sont victime et d'autre part un besoin de soutien.

Nous le constatons ainsi avec Christy :

« Non pas maintenant, je ne veux même pas l'adresser la parole » ; en suite « Je ne sais pas trop mais pas bien certainement et ce s'est arrivé, c'est à cause d'elle, c'est elle qui à amener le monsieur à la maison et il m'a fait ça, je ne veux même pas la parler d'ailleurs » ; elle ajoute : « Humm rien rien du tout ,mes tantes on dit que si si on amène le problème devant, ça n'ira pas loin humm et quand chez nous on te parle et tu n'écoutes pas, on te laisse seule humm ça m'énerve ça me fait vraiment mal mais ça va »

Les liens familiaux se trouvent affecter par l'évènement, il y a manque de communication pour parvenir à un soulagement des conséquences de l'évènement que traverse le sujet.

En rapport avec « *adaptation en milieu scolaire avec isolement social* »

Ce sous item nous renseigne sur la capacité relationnelle que manifeste les sujets malgré l'impact de l'évènement traumatique. Les sujets nous rapportent une difficulté d'adaptions dans un environnement d'apprentissage.

Pour Sandy, : « *ça me dérange un peu mais pas beaucoup aussi, je comprends aussi ce que mon maître écrit* ». La participante n'arrive pas à assimiler les cours face au souvenirs récurrents donc, lorsqu'elle apprend ses leçons. Les conséquences du viol entravent l'apprentissage chez elle.

Par contre Christy rapporte ainsi : « *Non je deviens trop calme j'aime pas être avec les gens, je préfère rester moi seule les gens posent trop de question que je n'aime pas du tout.* »

L'isolement en milieu scolaire avec un sentiment d'être différents depuis le viol.

En rapport avec la « *perception de l'image du corps* », il se présent comme suit :

Ce sous item montre le jugement propre des sujets. L'image du corps se trouve selon eux souiller.

D'après Christy : « *Humm mon corps est comme ce qui est détruit comme ça parfois j'ai souvent des douleurs au bas ventre et je pleure quand ça commence avec moi* »

Honte avec une dépréciation de l'image du corps.

Les Items qui n'ont pas été abordés sont :

Impacts affectifs et sociaux

Les *sentiments que la personne ne se sent pas à l'aise*

L'évènement dans les jeux, les dessins

Participation aux activités familiales et communautaires

5.5 SYNTHESSES DES ANALYSES DES ENTRETIENS

Dans notre analyse thématique nous avons relevé dans le discours des participants plusieurs éléments potentiellement traumatiques qui affectent le vécu suite au viol subit, relaté dans les verbatim. Nous allons ensuite confronter ses verbatim à notre objectif de départ et voir dans quelle mesure ils permettent d'affirmer ou d'infirmer nos hypothèses de recherche. Les facteurs circonstanciels et environnementaux nous ont permis de rendre compte du vécu du viol chez nos patients. Ses verbatim ont été collectés auprès des filles mineures dans la ville de Yaoundé au sein de l'ASF. Il s'agit d'une fille de 7 ans nommée Gaby, Christy âgé de 15 ans et Sandy âgé de 11 ans. Ce sont des pseudonymes que portent ses participantes dans cette étude. Ses patientes sont victimes de viol. Chaque discours est regroupé sous les thèmes les plus récurrents, au moins fréquents et ceux qui non pas du tout été aborder par les participants.

5.6 Discussion

Il est question dans cette section contrairement aux modèles théoriques, du fait de l'orientation clinique de l'étude, la discussion des entretiens sera préalable, puisqu'elle permet de donner sens aux résultats quantitatifs.

5.6.1-Discussion des résultats des entretiens

On peut d'emblée affirmer que notre hypothèse générale est confirmée. L'objectif du présent mémoire était de comprendre l'incidence du psychotraumatisme sur le vécu de la jeune fille sexuellement abusée.

L'apport considérable des données empiriques a facilité une meilleure compréhension des conséquences susceptibles d'expliquer les effets d'un psychotraumatisme causé par l'agression sexuelle avec passage à l'acte sur les mineures. Ce qui, explique l'impact immédiat qui pourraient évidemment se prolonger à long terme chez les victimes est leur vécu ; ce qui nous a été nécessaire afin de bien saisir la problématique. De manière générale, nos résultats indiquent que les sujets vivent un traumatisme. Les résultats de l'échelle et l'analyse thématique des entretiens contribuent à expliquer que les participant manifestent certains symptômes de manière différente.

Les traumatismes sexuels sont organisés autour ; des attouchements sexuels avec reproduction des actes subies lors du viol, des souvenirs qui rappellent le participant l'évènement traumatique et qui perturbent le sujet dans son apprentissage, le retrait social, la

honte, la culpabilité empiète sur le vécu du sujet. Ainsi, nous confirmons notre hypothèse générale selon laquelle : *le traumatisme à une incidence sur le vécu de la jeune fille sexuellement abusée*. Ainsi, le retrait social, la colère, la honte, la culpabilité, la peur chez les sujets avec des symptômes d'évitements, qui se manifestent par des états d'hypervigilance et d'alerte permanentes., les reviviscences des souvenirs liés au viol, reproduction des actes sexuels subit sur son entourage, inhibition des capacités intellectuelles sont des éléments ayant un impact sur vécu de la jeune fille sexuellement abusée.

Concernant nos hypothèses spécifiques : HR1 : *L'atteinte,psychique suite au viol a une incidence sur le vécu psychosocial de la jeune fille*. Celle-ci se trouve validée dans le via le vécu de Christy qui raconte : « *Non je deviens trop calme j'aime pas être avec les gens, je préfère rester moi seule les gens posent trop de question que je n'aime pas du tout.* », par la suite elle indique que : « *bon, parfois, je ne reste pas seule, je sors rester avec ma copine du quartier et je fais tout pour ne pas voir la tête du monsieur mais, c'est pas facile, il vient souvent à la maison.* ». Tandis que, pour Sandy : « *Je dors ou je regarde la télé avec ma sœur mais quand je pense seulement au garçon je deviens triste* ». Sur le plan Psychosocial, le traumatisme entraîne un retrait social conséquent affectant la sphère sociale de la victime.

Notre HR2 : *Il y a altération du développement dans le vécu de la jeune fille violée*. Se trouve aussi confirmé par Gaby qui manifeste une sexualisation traumatique à travers des comportements sexuels inappropriés compte tenu de son jeune âge : « *Ici et derrière* », « *Oui la maitresse dit ce pas bien de toucher le derrière de mes amis* », « *je touche pas maintenant* ». Notre participant d'après Damant (1992) participe à des activités sexuelles qui ne sont pas conformes à son stade de développement et qui s'inscrivent dans une relation où la sexualité ne devrait pas s'actualiser. (Gorcey et al., 1986; Becker et al., 1984; Briere et Runtz,1987 ; citer dans Damant 1992).

A priori, plusieurs facteurs circonstanciels contribuent à un vécu traumatique; les viols se déroulaient chez deux de nos sujets à leur domicile et la troisième chez ses grands-parents ; ce qui explique que les agresseurs étaient connus de leur victime d'où selon (Koki 1992) les agresseurs sont souvent les voisins, les connaissances ou des amis de la famille. En effet, le cadre familial serait pourvoyeur d'une promiscuité entre la victime et son agresseur car un parent en est souvent l'auteur ; citer dans Essiben (2020). Par rapport aux facteurs environnementaux dans notre étude ceux-ci peuvent influencer l'issue traumatique ; car nos participantes vivent toujours dans le même environnement traumatique ; ce qui pourraient leur raviver constamment les souvenirs du passage à l'acte.

Nous avons pu observer l'effet de ces facteurs sur la qualité de la santé mentale de nos participants. Notre participante Gaby et Christy, manifestent des comportements d'ordre sexuel lors qu'elle se retrouve avec ses camarades de classe en faisant des attouchements sexuels avec reproduction des actes subit lors du viol compte tenu de son jeune âge.

Chez Christy :

La manifestation de comportements sexuels est aussi présente dans le discours de Christy : « *Bon je ne sais pas trop mais parfois ça m'arrive et ça me dérange* » L'on a souligné dans l'analyse du sujet le fait que la relation avec la mère est faite de conflits latents culpabilisés et la colère vis-à-vis de la mère. En fait, sous le couvert du dédouanement dans le discours manifeste, le sujet accuse sa mère d'être à l'origine de ce qui l'a arrivé. Ainsi d'après notre participante c'est sa mère qui a permis à son « homme » de venir à la maison et a fait d'elle sa victime. « *Je ne sais pas trop mais pas bien certainement et ce s'est arrivé, c'est à cause d'elle, c'est elle qui à amener le monsieur à la maison et il m'a fait ça, je ne veux même pas la parler d'ailleurs* ».

A côté de cela, l'analyse thématique révèle l'exacerbation du poids du tabou sexuel qui concourt à mettre en faillite le secours de l'adulte. C'est le cas avec Christy qui raconte : « *Humm rien rien du tout, mes tantes on dit que si si on amène le problème devant, ça n'ira pas loin humm et quand chez nous on te parle et tu n'écoutes pas, on te laisse seule humm ça m'énerve ça me fait vraiment mal mais ça va* ». Le tabou écrase toute possibilité de donner un cadre de pensée, ce sentiment d'abandon, dont redoutable étrangeté de lâchage, contribue à la crainte de l'effondrement et contribue à un vécu traumatique chez la jeune fille.

Les conséquences psychologiques du viol dépendent de plusieurs facteurs, en l'occurrence de la réaction de son environnement proche. Il en ressort que les réactions de l'entourage causent souvent parfois plus de troubles que l'évènement lui-même. En effet, comme développé par Marchandiaux. « *Les enfants victimes de violences sexuelles présentent souvent un choc psychologique se traduisant par l'anxiété, l'insomnie, un état dépressif, des cauchemars qui nécessitent une psychothérapie. Mais la durée de ces troubles et leur intensité dépendent essentiellement du comportement de l'entourage* » (Marchandiaux, 2001 citer dans Aboundé, 2022).

Sur le plan psychique, nous constatons avec Christy, Sandy et Gaby que, le trauma entrave d'une part leur apprentissage via une atteinte de la sphère intellectuelle. Ainsi, après le viol, les symptômes que présentent les sujets affectés leur capacité d'apprentissage. On le constate avec notre patiente Christy : « *Je peux dire oui, oui parce que je n'arrive plus à me concentrer quand je suis à l'école et mes notes baissent et même quand j'essaie de lire, je pense*

à ça et ça me perturbe beaucoup même. », plus loin on retrouve : « Oui à la maison je n'arrive pas à lire quand je vois le vois mais je vais faire des efforts pour oublier ça. ». Avec Sandy on note : « ça me dérange mais pas beaucoup aussi, je comprends aussi ce que mon maître écrit. ». Il en va de même avec Gaby: « Oui, j'ai on a on chanté et et j'ai j'ai écrit aussi », « J'ai j'ai écrit et et », « Oui j'ai oublié ». A cet effet, les travaux de (Briere 1996 citer dans Bigra 2014), rendent compte de cet incident ; l'agression sexuelle à l'enfance, risquent d'interrompre le développement usuel de certaines capacités et de notamment leurs scolarités (Salmona (2015).

5.7 Limites de l'étude

Cette étude se limite sur le plan thématique sur une seule effraction sexuelle (le viol) de sur quoi sur une population de sexe féminin limité au niveau d'âge (mineure). Comme spécifier si dessus, ce type d'effraction peut aussi atteindre le sexe masculin, tel est le cas d'un garçon abusé que nous avons rencontré lors de la récolte de données.

5.8 Perspectives

Notre recherche a étudié l'impact traumatique sur le vécu de la jeune fille sexuellement abusée et il s'avère que les parents de la victime se trouvent affectés par l'effraction de la jeune fille. A cet effet, pour continuer à interroger le vécu du viol chez les jeunes filles, une étude est envisageable. Celle-ci pourraient s'intéressée au vécu des parents ayant des enfants victime de viol. Car nous avons constaté que certains parents sont affectés par ce que vivent leur progéniture et que les mères sont celles qui sont toujours au petit soin de leur fille. Dans une autre perspective, il est envisageable de faire aussi une étude sur le risque de victimisation secondaire afin d'évaluer l'impact au niveau affectif, relationnel de ses jeunes dans une approche clinique et projective.

Pour clore ce chapitre, son contenu présente de fond en comble l'ensemble des données qui ont permis de comprendre le vécu du viol chez la population d'étude. De l'analyse thématique en aboutissant au discussion des résultats via la présentation des résultats du questionnaire et celle des participantes. Nous avons eu à rencontrer quelques difficultés lors de l'entretien clinique avec les participantes notamment la prise de parole. L'expérience viol que vit la population de cette étude est corolaire du traumatisme psychique. Le fonctionnement psychique est ébranlé par l'expérience traumatique du viol.

Conclusion générale

À l'issue de ce mémoire, le regard que nous avons porté sur le vécu de l'agression sexuelle chez la jeune fille mineure se solde par un traumatisme caractérisé par le vécu expérientiel. Ainsi, « *Traumatisme et Agression sexuelle : une étude de cas de mineures victimes de viol* », s'inscrit dans la spécialité de la psychopathologie et clinique. L'objectif de ce travail, principal surtout, est de s'interroger sur le vécu du viol chez une mineure afin de comprendre l'impact des caractéristiques de l'évènement traumatogène au travers le poids culturel. Le climat culturel dans lequel vivent les victimes contribue à un maintien d'état de mal-être conjugué aux traumatismes sexuels subis par la victime. À l'issue des éléments théoriques répertoriés dans la littérature, nos deux variables en rapport avec le vécu du viol chez la mineure ; le traumatisme psychique et l'agression sexuelle inscrivent, cette recherche dans une approche méthodologique qualitative. L'entretien clinique à travers le guide d'entretien en complément le questionnaire du Children Post Traumatic Stress Reaction Index ont servi d'outils de récolte de données auprès de, trois mineures camerounaises victimes de viol. L'âge des participantes oscille entre 7 et 15 ans. Elles répondaient toutes aux critères d'inclusion de la présente recherche. Elles sont sélectionnées dans la perspective d'une étude de cas. A cet effet, l'issue des rencontres au cours desquelles des données cliniques et scores du questionnaire sont recueillies, après consentement parental pour ne pas dire maternel, car ces mineures sont toutes accompagnées par leurs mères au sein de l'ASF. L'analyse des données s'est faite via les thèmes. Ce mémoire avait pour but de comprendre le traumatisme psychique et son incidence sur le vécu des jeunes filles victimes de viol. Ce travail est un pas de plus vers une compréhension du psychotraumatisme dans le vécu de mineures en contexte africain. En effet, il semble que le viol chez les mineures affecte directement et indirectement leur vécu via des relations interpersonnelles difficiles avec l'entourage via l'impact du traumatisme. Ainsi, la prise en considération des symptômes immédiats tels que la reproduction des actes sexuels, des attouchements sexuels permet une prise en compte des troubles des conséquences du viol, offrant aussi une conceptualisation plus profonde des difficultés rapportées par les participants. Le viol est l'une des formes d'agression sexuelle qui traumatise le plus. Les entretiens faisant

suite aux tests de diagnostics ont permis d'atteindre l'objectif de notre recherche. Il en ressort que le viol est affecté la population de cette étude avec une incidence particulière dans la sphère intellectuelle.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Allard-Gaudreau, N., (2022). *Entrevues d'enquête auprès d'enfants victimes d'agression sexuelle : une analyse multidimensionnelle du discours des victimes*. Thèse de Doctorat, Université du Québec Trois Rivières].
- Aboundé ; L.S., (2022). *Violences et traumatisme : une approche clinique et projective du fonctionnement psychique des adolescents victimes au cameroun* [Thèse de Doctorat, University of Lausanne, Canada]. Récupéré de .RERO doc. <http://serval.unil.ch>
- Bachelard, G. (1934). *La psychanalyse du feu*. Paris, Gallimard.
- Barbillon, E., & Le Roy, J. (2012). *Petit manuel méthodologique de l'entretien clinique*. Enrick.
- Benedetto, P. (2007). *Méthodologie pour psychologue*. De boeck.
- Benoît, G. (2009). *Recherche sociale : De la problématique à la collecte des données*. PUQ.
- Bénony, H., & Charhaoui, K., (1999). *L'entretien clinique*. Dunod
- Berghel, S., et Fernet, M., (2018). *Les violences à caractère sexuel*. PUQ
- Bigras, N. (2014). *L'agression sexuelle en enfance et l'ajustement psychosexuel : le rôle de la capacité de soi*. [Mémoire de Master inédite]. Université du Québec à Montréal, Canada.
- Blanc, V., Lacelle, M-A., Perrault, G., & Corno Étienne RO, C. (2015). *IPMSH : Une approche multidimensionnelle de la recherche en science humaine*. 2^e édition, Chenelière Education.
- Bokanowski, T. (2002). Traumatisme, Trauma, Traumatique. *Revue Française de psychanalyse*. 3(vol.66), 745-757. <https://doi10.3917/rfp.663.0745>
- Bouvet, C. (2022). *Les 18 grandes notions de la pratique de l'entretien clinique*. Dunod.

- Briche, C. (2004). La souffrance de la jeune fille violée : de la barbarie de l'acte...au poids de l'indifférence et de la suspicion. *De Boeck Supérieur Pensées plurielles*. 2 no 8 | pages 69 à 80. <https://doi.10.3917/pp.008.0069>
- Celya, H. (2016). Du traumatisme, clinique de l'informe : lieu et contours. *Figures de la psychanalyse*. 2 (32), 83-91. ISSN 1623-3883 ISBN. <https://doi.10.3917/fp.032.0083>
- Chaumon, F., & Ménéghini, V. (2004). *La chose Traumatique*. Harmattan.
- Chouvier, B., & Attigui, P. (2016). *L'entretien clinique*. Armand Colin.
- Cortoni, F. & Pham, T.H., Margada. (2017). *Traiter de l'agression sexuelle*. Mardaga.
- Coutanceau, R., & Daminani, C., (sous dir). (2018). *Victimologie : évaluation, traitement et résilience*. Dunod.
- Crocq, L., (1999). *Les traumatismes psychiques de guerre*. Odile Jacob.
- Crocq, L. (2016). *16 leçons sur le trauma*. Odile Jacob
- Crocq, L., (2007). *Traumatisme psychique : Prise en charge psychologique des victimes*. Odile Jacob
- Dayan, J., Guillery-Girand, B., Nys, M., & Eustache, F. (2008). *Des amnésies organiques aux amnésies psychogènes*. Solal.
- Essiben F., Nseme Etouckey G., Ngo Dingom M., Fom Takam E., Mol H., & Mbu R. (2022). Violences Sexuelles chez les Étudiants en Médecine au Cameroun : Aspects Épidémiologiques, Thérapeutiques et Médico-Légaux. *Health Science*, 23 (2), pp 41-45 Available free at www.hsd-fmsb.org
- Fokou, G., & Mvogo, C.E. (2016). Agressions sexuelles en milieu scolaire à Yaoundé (Cameroun) : Prévalence et facteurs associés. *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, 64(2), 89-96.
- Havez, J. Y & de Becker, E. (2010). *La parole de l'enfant en souffrance : Accueillir, évaluer et accompagner*. Dunod
- Hébert, M., Cyr, M., & Tourigny, M. (2011). *Les agressions sexuelles envers les enfants*. Tome I. PUQ.
- Heim, C., Nexpert, D. J., Bonsall, R., Miller, A. H., & Nemeroff, C. B. (2001) Altered pituitary-adrenal axis responses to provocative challenge tests in adulte survivors of childhood abus. *American journal of psychiatry*, 158(4), 575-581.
- Houllé, W.A., Silès, J., Tarquinio, & P., Tarquinio, C., (2017). Trauma et culture : influence des facteurs culturels dans la rencontre traumatique et perspectives psychothérapeutiques. *Revue Européenne du trauma et de la dissociation*, 1(121-129). <http://dx.doi.org/10.1016/j/ejtd>.

- Iannaccone, A., & Cattaruzza, E., (2015). Le vécu subjectif dans la recherche en psychologie. *Recherche et formation*, ENS. <https://doi.org/10.4000/rechercheformation.2506>.
- Jacobi, B., (2007). *Cent mots pour l'entretien clinique*. Erès.
- Jacques P., (2001) Trauma et culture : De la mémoire collective à la reconstruction psychique. *Cahier de psychologie clinique*. <http://doi10.3917/cpc.017.0189>
- Jandarme, F., & Balungu, P., (2020). Vécu psychosocial au sein des familles victimes du confinement dû à la Covid-19 dans la ville de Bukavu, au Sud-Kivu en République Démocratique du Congo. *Education et Développement*. 24 Vol I.
- Keygnaert, I., & Inse Van Melkebeke. (2018) *Prise en charge des victimes de violences sexuelles Guide pour les personnes de soutien*. ICRH-Université de Gand
- Kilpatrick, D.G., Ruggiero, K. J., Acierno, R., Saunders, B. E., Resnick, H. S., & Best, C. L. (2000). Violence and risk of PTSD, major depression, substance abuse/dependence, and comorbidity: Results from the National Survey of Adolescents. *Journal of consulting and clinical psychology*. 68(5), 755–762.
- Kimerling, R., Gima, K., Smith, M. W., Street, A. E., & Frayne, S. (2007). The Veterans Health Administration and military sexual trauma. *American Journal of Public Health*. 97(12), 2160-2166.
- Lobigot, F. (2005). *Traiter les traumatismes psychiques*. Dunod.
- Lopez, G. (2020). *Traiter les psychotraumatismes*. Dunod.
- Mbassa Menick, D., (2001). La problématique des enfants victimes d'abus sexuels en Afrique ou l'imbroglie d'un double paradoxe: l'exemple du Cameroun. *Child Abuse & Neglect*. 25 : 109–121.
- Mbassa Menick, D. (2002) Les abus sexuels en milieu scolaire au Cameroun : résultats d'une recherche-action à Yaoundé. *Médecine Tropicale*, 62: 58-62.
- Mbassa Menick, D. (2015). Violences sexuelles envers l'enfant et lien de parenté en Afrique. Analyse poolée des études réalisées au Cameroun. *Neuropsychiatrie. Enfance Adolescent*. <http://dx.doi.org/10.1016/j.neurenf.2015.11.003>
- Milleliri, J., & Liscia, T. (2009) *La prise en compte du traumatisme psychologique des populations*. Universitaires Européennes.
- National Sexual Violence Resource Center. (2015). Sexual violence affects millions of Americans. https://www.nsvrc.org/sites/default/files/publications_nsvrc_factsheet_med_ia_packet_statistics_about_sexual_violence_0.pdf
- Ndiaye, I., Idrissa Bâ, Lamine Faye, P., Thiam, M. H., & Moro, M.R. (2017). Aspects psychologiques et sociaux chez des mineures victimes d'abus sexuels sept cas du

- service de pédopsychiatrie, hôpital de Thiaroye, Sénégal. *L'information psychiatrique* 3 (93), pages 243 à 249. <http://DOI10.1684/ipe.2017.1616>
- Noubiap, J. J., Nkoumou, M. N., & Mapoure, Y. N. (2015). Prévalence et facteurs associés aux violences sexuelles en milieu universitaire à Yaoundé, Cameroun. *Santé publique*. 27(6), 803-809.
- Nzhie, Engono, J., Nsangou, M., M., Btibonak S., & Mba, R., M. (2020). *Violences dans les sociétés contemporaines : Construction et vécus en Afrique.Subsaharienne*. Monange.
- Organisation mondiale de la santé. (2019). Violence sexuelle. <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/sexual-violence>
- Paillat, C., & al. (2020). La famille face aux violences extrafamiliales : émotion et victimisation dans la narration de parents et enfants en UMJ. *Pratiques psychologiques*. <https://doi.org/10.1016/j.prps.2019.04.001>
- Paille, P., Mucchielli, A., & Chielli, A., (2008). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. Armand Colin.
- Paille, P., Mucchielli, A., & CHIELLI, A., (2016). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. Armand Colin.
- Plan International Camerom, (2011). *Breaking the Silence: A Study on Sexual Violence Against Girls and Young Women in Cameroon*.
- Pobanou, J.T., Soumah M., Traoré, T., Touré, M., Traoré, M., & Lamine Sow, M. (2014). Aspect épidémio-cliniques et judiciaires des agressions sexuelles au Mali. *Santé Publique*. 1(Vol. 26), pages 123 à 129 Éditions S.F.S.P. <http://doi10.3917/spub.137.0123>.
- Resnick, H. S., Acierno, R., & Kilpatrick, D. G. (1993). Health impact of interpersonal violence. 2: Medical and mental health outcomes. *Behavioral medicine* (Washington, D.C.), 19(1), 4–23.
- Resnick, H. S., Kilpatrick, D. G., Dansky, B. S., Saunders, B. E., & Best, C. L. (2000). Prevalence of civilian trauma and posttraumatic stress disorder in a representative national sample of women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(5), 748- 766.
- Roskam, I., Kinoo, P., Nassogne, M.C. (2007) L'enfant avec troubles externalisés du comportement : approche épigénétique et développementale. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 55, p-p204-213. <http://doi:10.1016/j.neurenf.2007.01.005>

- Rabeyron, T. (2018). *Psychologie Clinique et Psychopathologie*. Paris, Arman Colin.
- Salmona, M. (2018). La mémoire traumatique : violences sexuelles et psychotrauma. *Les Cahiers de la Justice*, 1(1), p.p 69-87. <http://DOI10.3917/cdlj.1801.0069>
- Salmona, M. Le livre noir des violences sexuelles. 2018. 2^e Edi. Dunod.
- Simon, V. (2004). *Abus sexuel sur mineur : Combattre l'intolérable et rendre la vie*. Armand Colin.
- Taillandier, M., (2014). Du vécu traumatique au vécu onirique : l'hallucinatoire en séance. *Imaginaire & Inconscient* 2 (34), p.p 83-90. <http://doi10.3917/imin.034.0083>
- Tamekem N. M., (2017). La question de l'appui institutionnel à la jeune fille victimes de viols et d'inceste au Cameroun : quelle gouvernance dans la gestion de ce « problème de genre » de santé publique ? *Africa Development / Afrique et Développement*, 42, (1), pp. 177-197. CODESRIA
- Tchoungui, B. F., & Njamien, T. N. (2017). Les violences sexuelles en milieu scolaire au Cameroun : une étude de cas dans la ville de Douala. *Revue internationale des sciences sociales et humaines*, 51(1), 1-16.
- Tchoungui, B. F., & Njamien, T. N. (2019). Les violences sexuelles en milieu universitaire au Cameroun : une étude de cas dans la ville de Douala. *Revue africaine de sociologie*, 23(1), 29-52.
- Thériault, C., Cyr, M., & Wright. J. (2003). Facteurs contextuels associés aux symptômes d'adolescentes victimes d'agression sexuelle intrafamiliale. *Child Abuse & Neglect*. ; 27 : 1291-309. <http://doi:10.1016/j.chiabu.2003.04.001>
- Tsala-Tsala, J.P. (2006). *La psychologie telle quelle perspective africaine*. PUCAC
- Tyszler, J.J. (2010). Freud et le traumatisme. *Journal français de psychiatrie*. 1(36), 3-4. <http://doi:10.3917/jfp.036.0003>
- Ullman, S. E. (1999). Social reactions to sexual assault victims: Implications for secondary prevention. *Prevention in human services*, 16(2), 41–62.
- Ullman, S. E. (2010). Social support and recovery from sexual assault: A review. *Aggression and Violent Behavior*, 15(1), 1-12.
- Vera Cruz, G. (2020). Les violences sexuelles : Prévalence, théories, causes, conséquences, thérapies, prévention. Université de Picardie Jules Verne.
- Vila, G. (2006). Etats de stress post-Traumatique chez l'enfant. Elsevier <https://doi.org/10.1016/j.jpp.2006.02.003>
- Zamir, O., & Grossman, E. (2018). Heart rate variability in victims of rape : A systematic review. *Journal of Psychosomatic Research*, 105, 1-9

ANNEXES

ANNEXE 1: Cas 1 **Questionnaire: Children Post Traumatic Stress Reaction Index**

Consigne : lis les propositions et réponds en cochant la réponse qui correspond le mieux à ton cas.

Les réponses de l'échelle de : C

Nom : Sandy

Age : 12 ans

Ce qui t'est arrivé aurait-il beaucoup inquiété la plupart des enfants de ton âge ?

0 Jamais **1 Presque** **2 jamais** **3 Parfois** **4 Souvent** **5 Presque tous les jours**

2. As-tu peur, es-tu de mauvaise humeur ou es-tu inquiet(e) quand tu penses à ce qui est arrivé

0 Jamais **1 Presque** **2 jamais** **3 Parfois** **4 Souvent** **5 Presque tous les jours**

3. Revois-tu des images dans ta tête de ce qui t'est arrivé, ou entends-tu des bruits qui te rappellent ce qui t'est arrivé ?

0 Jamais **1 Presque** **2 jamais** **3 Parfois** **4 Souvent** **5 Presque tous les jours**

4. Penses-tu à ce qui t'est arrivé même si tu ne veux pas y penser ?

0 Jamais **1 Presque** **2 jamais** **3 Parfois** **4 Souvent** **5 Presque tous les jours**

5. Fais-tu des bons ou des mauvais rêves (cauchemars) à propos de ce qui t'est arrivé ou fais-tu d'autres sortes de cauchemars ?

0 Jamais **1 Presque** **2 jamais** **3 Parfois** **4 Souvent** **5 Presque tous les jours**

6. Est ce qu'il y a des choses qui te font penser que cela pourrait encore arriver ?

0 Jamais **1 Presque** **2 jamais** **3 Parfois** **4 Souvent** **5 Presque tous les jours**

7. As-tu autant de plaisir à faire les choses que tu aimais faire avant cet évènement, comme jouer avec tes amis, faire du sport ou aller à l'école ?

0 Jamais **1 Presque** **2 jamais** **3 Parfois** **4 Souvent** **5 Presque tous les jours**

8. Te sens tu tout(e) seul(e) au fond de toi parce que tu as l'impression que personne ne comprend ce qui t'est arrivé?

0 Jamais **1 Presque** **2 jamais** **3 Parfois** **4 Souvent** **5 Presque tous les jours**

9. As-tu si peur, es-tu si inquiet(e) ou si triste que tu préfères ne pas savoir comment tu te sens?

0 Jamais **1 Presque** **2 jamais** **3 Parfois** **4 Souvent** **5 Presque tous les jours**

10. As-tu si peur, es-tu si inquiet(e) ou si triste que tu ne peux même pas parler ou pleurer ?

0 Jamais **1 Presque** **2 jamais** **3 Parfois** **4 Souvent** **5 Presque tous les jours**

11. Sursoutes-tu plus facilement ou te sens tu plus agité(e) ou plus nerveux (se) qu'avant l'évènement ?

0 Jamais **1 Presque** **2 jamais** **3 Parfois** **4 Souvent** **5 Presque tous les jours**

12. Dors-tu bien ?

0 Jamais **1 Presque** **2 jamais** **3 Parfois** **4 Souvent** **5 Presque tous les jours**

13. Te sens tu coupable parce que tu n'as pas fait quelque chose que tu aurais voulu faire ? (Par exemple : aider quelqu'un, etc....). Ou te sens tu coupable parce que tu as fait quelque chose que tu n'aurais pas voulu faire ?

0 Jamais **1 Presque** **2 jamais** **3 Parfois** **4 Souvent** **5 Presque tous les jours**

14. As-tu des difficultés à te rappeler des choses que tu as apprises à l'école ou à la maison parce que tu penses à l'évènement ?

0 Jamais **1 Presque** **2 jamais** **3 Parfois** **4 Souvent** **5 Presque tous les jours**

15. Es-tu aussi attentif (ve), te concentres tu aussi facilement qu'avant l'évènement ?

0 Jamais **1 Presque** **2 jamais** **3 Parfois** **4 Souvent** **5 Presque tous les jours**

16. Veux-tu t'éloigner des choses qui te rappellent ce qui t'est arrivé ?

5 Presque tous les jours

0 Jamais 1 Presque 2 jamais 3 Parfois 4 Souvent

17. Deviens-tu nerveux (se) ou inquiet(e) lorsque des choses te rappellent ou te font penser à l'événement ?

0 Jamais 1 Presque 2 jamais 3 Parfois 4 Souvent 5 Presque tous les jours

18. Refais-tu des choses que tu avais arrêtées de faire avant l'évènement ? Par exemple : vouloir avoir quelqu'un toujours près de toi, ne pas vouloir dormir seul(e), sucer ton pouce ou tes doigts, ronger tes ongles ou mouiller ton lit ?

0 Jamais 1 Presque 2 jamais 3 Parfois 4 Souvent 5 Presque tous les jours

19. As-tu plus mal au ventre, à la tête ou ailleurs qu'avant l'évènement ?

0 Jamais 1 Presque 2 jamais 3 Parfois 4 Souvent 5 Presque tous les jours

20. As-tu des difficultés à te retenir de faire des choses que tu n'aurais pas faites avant ? Par exemple te battre, désobéir, faire des choses dangereuses ou imprudentes, dire des gros mots...?

0 Jamais 1 Presque 2 jamais 3 Parfois 4 Souvent 5 Presque tous les jours

Résultat : 61 Traumatisme Très grave

La gravité est évaluée en général selon les critères suivants :

0 - 11 : peu grave,

11 - 24 : légère,

25 - 39 : modérée,

40 - 59 : grave,

60 - 80 : très grave.

Annexe 2 : Case 2

Prénom : Christy

Age : 15

Profession : élève

Niveau : Seconde

Ce qui t'est arrivé aurait-il beaucoup inquiété la plupart des enfants de ton âge ?

0 Jamais **1 Presque** **2 jamais** **3 Parfois** **4 Souvent** **5 Presque tous les jours**

2. As-tu peur, es-tu de mauvaise humeur ou es-tu inquiet(e) quand tu penses à ce qui est arrivé

0 Jamais **1 Presque** **2 jamais** **3 Parfois** **4 Souvent** **5 Presque tous les jours**

3. Revois-tu des images dans ta tête de ce qui t'est arrivé, ou entends-tu des bruits qui te rappellent ce qui t'est arrivé ?

0 Jamais **1 Presque** **2 jamais** **3 Parfois** **4 Souvent** **5 Presque tous les jours**

4. Penses-tu à ce qui t'est arrivé même si tu ne veux pas y penser ?

0 Jamais **1 Presque** **2 jamais** **3 Parfois** **4 Souvent** **5 Presque tous les jours**

5. Fais-tu des bons ou des mauvais rêves (cauchemars) à propos de ce qui t'est arrivé ou fais-tu d'autres sortes de cauchemars ?

0 Jamais **1 Presque** **2 jamais** **3 Parfois** **4 Souvent** **5 Presque tous les jours**

6. Est ce qu'il y a des choses qui te font penser que cela pourrait encore arriver ?

0 Jamais **1 Presque** **2 jamais** **3 Parfois** **4 Souvent** **5 Presque tous les jours**

7. As-tu autant de plaisir à faire les choses que tu aimais faire avant cet évènement, comme jouer avec tes amis, faire du sport ou aller à l'école ?

0 Jamais **1 Presque** **2 jamais** **3 Parfois** **4 Souvent** **5 Presque tous les jours**

8. Te sens tu tout(e) seul(e) au fond de toi parce que tu as l'impression que personne ne comprend ce qui t'est arrivé?

0 Jamais **1 Presque** **2 jamais** **3 Parfois** **4 Souvent** **5 Presque tous les jours**

9. As-tu si peur, es-tu si inquiet(e) ou si triste que tu préfères ne pas savoir comment tu te sens?

0 Jamais **1 Presque** **2 jamais** **3 Parfois** **4 Souvent** **5 Presque tous les jours**

10. As-tu si peur, es-tu si inquiet(e) ou si triste que tu ne peux même pas parler ou pleurer ?

0 Jamais **1 Presque** **2 jamais** **3 Parfois** **4 Souvent** **5 Presque tous les jours**

11. Sursoutes-tu plus facilement ou te sens tu plus agité(e) ou plus nerveux (se) qu'avant l'évènement ?

0 Jamais **1 Presque** **2 jamais** **3 Parfois** **4 Souvent** **5 Presque tous les jours**

12. Dors-tu bien ?

0 Jamais **1 Presque** **2 jamais** **3 Parfois** **4 Souvent** **5 Presque tous les jours**

13. Te sens tu coupable parce que tu n'as pas fait quelque chose que tu aurais voulu faire ? (Par exemple : aider quelqu'un, etc....). Ou te sens tu coupable parce que tu as fait quelque chose que tu n'aurais pas voulu faire ?

0 Jamais **1 Presque** **2 jamais** **3 Parfois** **4 Souvent** **5 Presque tous les jours**

14. As-tu des difficultés à te rappeler des choses que tu as apprises à l'école ou à la maison parce que tu penses à l'évènement ?

0 Jamais **1 Presque** **2 jamais** **3 Parfois** **4 Souvent** **5 Presque tous les jours**

15. Es-tu aussi attentif (ve), te concentres tu aussi facilement qu'avant l'évènement ?

0 Jamais **1 Presque** **2 jamais** **3 Parfois** **4 Souvent** **5 Presque tous les jours**

16. Veux-tu t'éloigner des choses qui te rappellent ce qui t'est arrivé ?

0 Jamais **1 Presque** **2 jamais** **3 Parfois** **4 Souvent** **5 Presque tous les jours**

17. Deviens-tu nerveux (se) ou inquiet(e) lorsque des choses te rappellent ou te font penser à l'événement ?

0 Jamais **1 Presque** **2 jamais** **3 Parfois** **4 Souvent** **5 Presque tous les jours**

18. Refais-tu des choses que tu avais arrêtées de faire avant l'évènement ? Par exemple : vouloir avoir quelqu'un toujours près de toi, ne pas vouloir dormir seul(e), sucer ton pouce ou tes doigts, ronger tes ongles ou mouiller ton lit ?

0 Jamais **1 Presque** **2 jamais** **3 Parfois** **4 Souvent** **5 Presque tous les jours**

19. As-tu plus mal au ventre, à la tête ou ailleurs qu'avant l'évènement ?

0 Jamais **1 Presque** **2 jamais** **3 Parfois** **4 Souvent** **5 Presque tous les jours**

20. As-tu des difficultés à te retenir de faire des choses que tu n'aurais pas faites avant ? Par exemple te battre, désobéir, faire des choses dangereuses ou imprudentes, dire des gros mots...?

0 Jamais **1 Presque** **2 jamais** **3 Parfois** **4 Souvent** **5 Presque tous les jours**

Résultat : 47 Traumatisme Grave

La gravité est évaluée en général selon les critères suivants :

0 - 11 : peu grave,

11 - 24 : légère,

25 - 39 : modérée,

40 - 59 : grave,

60 - 80 : très grave.

Annexe 3 : Cas 3

Nom : **Gaby**

Age : **7 ans**

Ce qui t'est arrivé aurait-il beaucoup inquiété la plupart des enfants de ton âge ?

0 Jamais **1 Presque** **2 jamais** **3 Parfois** **4 Souvent** **5 Presque tous les jours**

2. As-tu peur, es-tu de mauvaise humeur ou es-tu inquiet(e) quand tu penses à ce qui est arrivé

0 Jamais **1 Presque** **2 jamais** **3 Parfois** **4 Souvent** **5 Presque tous les jours**

3. Revois-tu des images dans ta tête de ce qui t'est arrivé, ou entends-tu des bruits qui te rappellent ce qui t'est arrivé ?

0 Jamais **1 Presque** **2 jamais** **3 Parfois** **4 Souvent** **5 Presque tous les jours**

4. Penses-tu à ce qui t'est arrivé même si tu ne veux pas y penser ?

0 Jamais **1 Presque** **2 jamais** **3 Parfois** **4 Souvent** **5 Presque tous les jours**

5. Fais-tu des bons ou des mauvais rêves (cauchemars) à propos de ce qui t'est arrivé ou fais-tu d'autres sortes de cauchemars ?

0 Jamais **1 Presque** **2 jamais** **3 Parfois** **4 Souvent** **5 Presque tous les jours**

6. Est ce qu'il y a des choses qui te font penser que cela pourrait encore arriver ?

0 Jamais **1 Presque** **2 jamais** **3 Parfois** **4 Souvent** **5 Presque tous les jours**

7. As-tu autant de plaisir à faire les choses que tu aimais faire avant cet évènement, comme jouer avec tes amis, faire du sport ou aller à l'école ?

0 Jamais **1 Presque** **2 jamais** **3 Parfois** **4 Souvent** **5 Presque tous les jours**

8. Te sens tu tout(e) seul(e) au fond de toi parce que tu as l'impression que personne ne comprend ce qui t'est arrivé?

0 Jamais **1 Presque** **2 jamais** **3 Parfois** **4 Souvent** **5 Presque tous les jours**

9. As-tu si peur, es-tu si inquiet(e) ou si triste que tu préfères ne pas savoir comment tu te sens?

0 Jamais **1 Presque** **2 jamais** **3 Parfois** **4 Souvent** **5 Presque tous les jours**

10. As-tu si peur, es-tu si inquiet(e) ou si triste que tu ne peux même pas parler ou pleurer ?

0 Jamais **1 Presque** **2 jamais** **3 Parfois** **5 Presque tous les jours**

11. Sursoutes-tu plus facilement ou te sens tu plus agité(e) ou plus nerveux (se) qu'avant l'évènement ?

0 Jamais **1 Presque** **2 jamais** **3 Parfois** **4 Souvent** **5 Presque tous les jours**

12. Dors-tu bien ?

0 Jamais **1 Presque** **2 jamais** **3 Parfois** **4 Souvent** **5 Presque tous les jours**

13. Te sens tu coupable parce que tu n'as pas fait quelque chose que tu aurais voulu faire ? (Par exemple : aider quelqu'un, etc...). Ou te sens tu coupable parce que tu as fait quelque chose que tu n'aurais pas voulu faire ?

0 Jamais **3 Parfois** **2 jamais** **3 Parfois** **4 Souvent** **5 Presque tous les jours**

14. As-tu des difficultés à te rappeler des choses que tu as apprises à l'école ou à la maison parce que tu penses à l'évènement ?

0 Jamais **1 Presque** **2 jamais** **3 Parfois** **4 Souvent** **5 Presque tous les jours**

15. Es-tu aussi attentif (ve), te concentres tu aussi facilement qu'avant l'évènement ?

0 Jamais **1 Presque** **2 jamais** **3 Parfois** **4 Souvent** **5 Presque tous les jours**

16. Veux-tu t'éloigner des choses qui te rappellent ce qui t'est arrivé ?

0 Jamais **1 Presque** **2 jamais** **3 Parfois** **4 Souvent** **5 Presque tous les jours**

17. Deviens-tu nerveux (se) ou inquiet(e) lorsque des choses te rappellent ou te font penser à l'évènement ?

0 Jamais **1 Presque** **2 jamais** **3 Parfois** **4 Souvent** **5 Presque tous les jours**

18. Refais-tu des choses que tu avais arrêtées de faire avant l'évènement ? Par exemple : vouloir avoir quelqu'un toujours près de toi, ne pas vouloir dormir seul(e), sucer ton pouce ou tes doigts, ronger tes ongles ou mouiller ton lit ?

0 Jamais 1 Presque 2 jamais 3 Parfois 4 Souvent 5 Presque tous les jours

19. As-tu plus mal au ventre, à la tête ou ailleurs qu'avant l'évènement ?

0 Jamais 1 Presque 2 jamais 3 Parfois 4 Souvent 5 Presque tous les jours

20. As-tu des difficultés à te retenir de faire des choses que tu n'aurais pas faites avant ? Par exemple te battre, désobéir, faire des choses dangereuses ou imprudentes, dire des gros mots...?

0 Jamais 1 Presque 2 jamais 3 Parfois 5 Presque tous les jours

Total : 49 Traumatisme Grave

La gravité est évaluée en général selon les critères suivants :

0 - 11 : peu grave,

11 - 24 : légère,

25 - 39 : modérée,

40 - 59 : grave,

60 - 80 : très grave

ANNEXE 4 : Les entretiens

Premier entretien avec Gaby

Cet entretien s'est déroulé dans une salle au sein de l'association sourire de femme sis au quartier Manguier à Yaoundé le 13 Novembre 2022. Cette participante était conduite dans les locaux de l'ASDF par sa mère. Cet entretien clinique s'est déroulé dans la salle aménagée pour les consultations et la prise en charge des victimes. Une salle propice pour l'écoute (absence de bruits, d'interférences) au sein de l'Association Sourire des Femmes sis au quartier Manguier à Yaoundé le 15 Février à 15h 48min.

Présentation

Etudiant : Bonjour et Bonsoir !

Mère Gaby : Bonsoir.

Etudiant : Je m'appelle Somi Nderkanzuku Kévin, je suis étudiant en psychologie à l'Université de Yaoundé 1, inscrit, en Faculté des Arts, Lettres et Sciences Humaines depuis 2017, au Département de Psychologie, option Psychopathologie et Clinique. Je mène une étude sur les **Traumatisme et vécu de l'agression sexuelle sur mineurs : une étude de cas auprès des enfants victimes de viol.** A cet effet, Je m'intéresse au enfants violés et leurs vécus. J'aimerais que nous nous entretenions à propos de ces événements que votre enfant a subi afin d'explorer son vécu depuis qu'il est victime. Avec votre permission j'aimerais enregistrer et/ou prendre des notes pendant notre entretien. Je vous garantis que tout ce qui sera dit tout au long de cet entretien restera strictement confidentiel et nulle autre personne que vous et moi ne pourra avoir accès à cet enregistrement. Une fois de plus, je vous remercie d'avoir accepté d'amener votre enfant et de participer à cette étude en signant le consentement libre et éclairé.

Mère de Gaby : Ok d'accord c'est moi plutôt qui vous remercie

Etudiant : Pouvez-vous à nouveau vous présentez avec votre nom complet s'il vous plaît et celui de votre fille, votre enfant ?

Mère de Gaby :: Je m'appelle Mère de Gaby Jacqueline, je vis à Yaoundé, je viens de déménager dans un nouveau quartier.

Etudiant : Vous avez quel âge Madame Jacqueline?

Mère de Gaby :: J'ai 36 ans, j'suis mariée dans un foyer polygamique.

Votre Profession : Je suis hôtelière, je vends de la nourriture un peu

Etudiant : Ok. Quelle est votre religion ?

Mère de Gaby :: Je suis catholique,

Etudiant : Catholique ; ok d'accord. Euh votre ethnie ?

Mère de Gaby :: Je suis d'ethnie Eton

Etudiant : D'accord. Et votre niveau d'étude ?

Mère de Gaby :: J'ai arrêté l'école en classe de 4^e.

Etudiant : Combien d'enfants avez-vous ?

Mère de Gaby :: J'ai 5 enfants, le premier à 19 ans, le dernier à 4 ans. elle c'est la dernière ; elle a 7 ans, le troisième

Etudiant : Et comment s'appelle votre enfant ici présent ?

Mère de Gaby :: Elle s'appelle Gaby

Mère de Gaby :: 7 ans et elle est au cours élémentaire 2 pour des raisons sanitaires elle n'a pas fréquenté une année et parfois, elle ne finissait pas l'année à cause des maladies. A 1 ans, elle a eu des problèmes pulmonaires et à rechute lors qu'elle était scolarisée. Lorsqu'elle avait 6 ans, elle a eu une infection urinaire. Ma fille tombe trop malade.

Etudiant : Comment tu vas Gaby?

Gaby : je vais bien.

Mère de Gaby : A la maison, on l'appelle trop l'ange

Etudiant : Ok. bien avec votre autorisation, je vais parler avec Gaby, pour savoir ce qu'elle dira ou pense de ce qui lui est arrivé et de savoir davantage sur ce qu'il ressent et comment il vit cette agression.

Mère de Gaby : : Ok ! merci !

ENTRETIEN AVEC L'ENFANT : cas 1 Gaby

Etudiant : Bonjour l'Ange Gabriella ! comment tu vas ?

Gaby : Je vais bien

Etudiant : Ok ! Tu sais pourquoi maman t'a amené ici ?

Gaby : Hochement de tête !

Etudiant : Quand tu bouges ta tête comme ça, ça veut dire que tu sais pourquoi tu es venu avec maman ici ?

Gaby : Non non (suivi d'un sourire)

Etudiant : D'accord ! Maman dit qu'on t'appelle l'Ange à la maison

Gaby : Oui je m'appelle l'ange

Etudiant : c'est bien Ange Gaby. Moi je m'appelle Kevin.

Gaby : Hochement de tête

Etudiant : L'ange, nous allons toi et moi parler de ce qui s'est passé avec tonton à la maison. Tu peux me dire ce que tonton a fait avec toi quand maman et papa étaient sorti ?

Gaby : Hochement de tête et tête baissée.

Etudiant Gaby euh l'Ange tu peux dire ce qui s'est passé avec tonton ?

Gaby : Oui ! Tonton m'a touché ici

Etudiant : tonton t'as touché ici ?

Gaby : Oui

Etudiant : Tu peux me montre là où tonton a touché ?

Gaby ici et derrière (en touchant son sexe et ses fesses)

Etudiant : Tonton ta fait mal en touchant ici et derrière ?

Gaby : Mmm (hochement de tête indiquant oui)

Etudiant : Il t'a touché ici et derrière avec quoi ?

Gaby : (elle montre avec la main)

Etudiant : tu veux dire avec la main ?

Gaby : Oui (hochement de tête)

Etudiant : et après tonton t'a encore fait quelque chose ?

Gaby : Hochement de tête oui

Etudiant : il a fait quoi ?

Gaby: il il il a a retiré son pantalon et mon habit

Etudiant : Il a retiré ton habit où ? à la maison ou dehors ?

Gaby : à la maison, chez lui

Etudiant : là où tonton dors ? dans sa chambre ?

Gaby hochement de tête, oui

Etudiant : D'accord et après que tonton a retiré son pantalon et ton habit, il a fait quoi après ?

Gaby: il a touché ici et derrière

Etudiant : Ok mais tu as eu mal quand il a touché ici et derrière ?

Gaby : Oui

Etudiant : il t'a fait mal seulement avec la main ?

Gabriella : Hochement de tête négatif

Etudiant : Non

Gaby : Mmm hochement de tête

Etudiant : Oui ?

Gaby : hochement de tête positif

Etudiant : Et avec quoi tonton t'a fait mal ?

Gaby: Avec son son son

Etudiant : son quoi ?

Gaby son kiki

Etudiant : donc tonton t'a fait mal avec sa main et son kiki aussi ?

Gaby : Mmm (hochement de tête) oui

Etudiant : Ok. tu connais le tonton qui t'as touché ton ici et derrière ?

Gaby : Oui

Etudiant : d'accord et quand tu vois le tonton, tu as peur ?

Gaby: hochement de tête positif oui

Etudiant : comment tonton ta touché comment il a fait quand il te touchait ?

Gaby : il a d'abord touché ici et derrière avec sa main après après

Etudiant : après il a fait quoi

Gaby : il a mis ici (indique son appareil génital avec la main)

Etudiant : Ok. Tu dis que tu as peur quand tu vois le tonton qui t'a touché ici et derrière

Gaby: hochement de tête oui

Etudiant : quand tu le vois, comment tu penses dans ta tête ? Qu'est-ce que tu vois

Gaby : quand je je vois tonton j'ai j'ai peur j'ai mal ici et derrière

Etudiant : quand tonton ta fait mal tu as dit a qui ?

Gaby: rien

Etudiant : tu as dit a quelqu'un que tonton ta fait mal ici et derrière

Gaby : hochement de tête négatif

Etudiant : pourquoi tu n'as pas dit à maman ou papa ou à grand frère ?

Gaby : j'ai peur de tonton

Etudiant : ok

Gaby : et maman sait maintenant ce que tonton a fait ici et derrière

Etudiant : hochement de tête oui

Gaby: qui a dit à maman que tonton a touché ton ici et derrière

Etudiant : moi (cache son visage)

Gaby : Ok

Etudiant : et tu as dit quoi à maman ?

Gaby: J'ai dit que que tonton ma fait mal ici et derrière

Etudiant : D'accord Ange Gabriella. Maman a dit que tu pars à l'école

Gaby: Oui (hochement de tête)

Etudiant : tu as des amis à l'école ?

Gaby : hochement de tête positif (oui)

Etudiant : C'est bien ! A l'école tu joues avec tes ami(e)s ?

Gaby : Hochement de tête positif oui

Etudiant : Et à la maison aussi tu joues ?

Gaby : Hochement de tête positif, oui

Etudiant : d'accord. L'ange ta maitresse a dit à maman que tu joues à l'école et tu touches tes ami(e)s c'est vrai ?

Gaby : Oui hochement de tête positif

Etudiant : Et tu touches tes ami(e)s où quand tu joues ?

Gaby : Ici et derrière

Etudiant : Et tu aimes toucher tes ami(e)s ici et derrière ?

Gaby : Oui avec un hochement de tête

Etudiant : ça te plait de les toucher ?

Gaby non hochement de tête négatif et oui au même moment

Etudiant : Tu aimes aussi quant tes amies te touchent ?

Gaby : Oui la maitresse dit ce pas bien de toucher le derrière de mes amis

Etudiant : D'accord. Et tu as touché encore ou tu as arrêté depuis la maitresse te dis de ne pas le faire ?

Gaby: je touche pas maintenant

Etudiant : D'accord. Est-ce que tu retiens ce que te rappelle ce que tu as étudié hier à l'école ?

Tu peux me dire ce que la maitresse t'as appris ?

Gaby : Oui, j'ai on a on chanté et et j'ai j'ai écrits aussi

Etudiant : Qu'est-ce que tu as écrits ?

Gaby : J'ai j'ai écrit et et ...

Etudiant : tu ne te rappelle pas de ce que tu as appris hier à l'école ?

Gaby : Oui j'ai oublié

Etudiant : d'accord L'Ange Gabriella. Demain soit attentive à l'école et retiens ce que ta maitresse de dira hein.

Gaby : Oui (hochement de tête)

Etudiant : Bien je crois que nous avons fini cet entretien. Gabriella, merci d'avoir parlé avec moi et rentre bien à la maison.

Une fois de plus, merci Madame, merci de m'avoir permis cet entretien avec votre enfant pour mes travaux de recherche. Rassurer vous que cet entretien ne servira que mes travaux de recherche est sera bien confidentielle et respectera les procédures prescrits dans la recherche. Merci une fois de plus.

Durée : 48 mn

Annexe 5 :

CAS 2 :

Prénom : Christy

Age : 15 ans

Profession : élève en seconde

Entretien avec la participante Christy le 28 février 2023

Etudiant : Bonjour ! je présente, je m'appelle Somi Nderkankzuku Kévin, je suis un étudiant à l'Université de Ngoa ékélé inscrit en psychologie. Dans mes travaux de recherche, je travaille sur le vécu traumatique des agressions sexuelles sur les jeunes filles. Merci encore une fois de plus d'honorer ce rendez-vous afin de prendre part à cette étude.

Etudiant : Alors sans toutefois vous retenir ici pour longtemps, nous allons commencer notre entretien.

Christy : Ok

Etudiant : Bien, Christelle, depuis que vous avez été agressée sexuellement parlant, comment vous vous sentez ?

Christy : Humm Je ne sais pas trop comment se me sent mais je suis devenu différente

Etudiant : Vous êtes devenu différente comment ?

Christy : bon différente comme je peux dire trop calme, réserver et je m'énerve, je suis devenu bizarre un genre un genre

Etudiant : d'accord et comment vous vivez votre agression. ?

Christy : Bon je ne sais pas mais, j'ai mal surtout quand je pense à ça je pleure parfois

Etudiant : et votre entourage, sait ce que vous avez subi ?

Christy : humm oui mais pas tout le monde, simplement maman qui est au courante

Etudiant : d'accord et comment elle le prend ?

Christy : Je ne sais pas trop mais pas bien certainement et ce s'est arrivé, c'est à cause d'elle, c'est elle qui à amener le monsieur à la maison et il m'a fait ça, je ne veux même pas la parler d'ailleurs.

Etudiant : je vois... que voulez -vous dire par c'est elle qui la ramener ?

Christy : c'est son amant qui a abusé de moi et il continue encore de la voir, c'est ça qui me fait encore plus mal.

Etudiant : Je vois... euh dites-moi, est-ce que vous vous sentez coupable de ce qui vous ait arrivé ? Je parle bien-sûr de l'agression sexuelle.

Christy : Un peu et je me dis pourquoi c'est sur moi que c'est arrivé mais ça va aller

Etudiant : ok. Etes-vous inquiet pour votre santé ? je veux dire votre santé biologique

Christy : Avant oui mais après les premiers examens, je suis un peu rassuré, on attend trois mois pour faire le dernier test de VIH

Etudiant : D'accord et à quoi vous pensez depuis ce qui s'est passé ?

Christy : A beaucoup de chose qui m'énerve

Etudiant : Par exemple quoi ?

Christy : ne pas voir le monsieur chez nous, il m'énerve

Etudiant : D'accord

Etudiant : Parlant de votre sexualité, est-ce que depuis lors, vous vous soucier de vos rapports sexuels?

Christy : Non ça me dégoûte parfois et quand un garçon me touche je n'aime pas trop

Etudiant : Donc, si je vous comprends bien, vous n'aimez pas qu'on vous touche, c'est ça ?

Christy : Oui pas trop

Etudiant : Est-ce que depuis ce qui s'est passé, je veux dire le viol, vous arrive-t-il de faire des attouchements sexuels ou de poser de comportements sexuels inappropriés? Je veux dire par là s'il vous arrive de toucher les parties sensibles chez une personne ?

Christy : Bon je ne sais pas trop mais parfois ça m'arrive et ça me dérange

Etudiant : D'accord mais est-ce qu'il vous arrive de vous faire du mal à vous-mêmes c'est-à-dire sur votre corps, vous blesser par exemple

Christy : Non pas du tout, je ne fais pas ça

Etudiant : D'accord ! A l'école, comment vous vous sentez depuis cet évènement ?

Christy : Bon à l'école, ça va, j'essaie d'être avec mes amies

Etudiant : Ok et est-ce que l'un de vos amies sait ce qui vous est arrivée ou bien vous en avez parler à une de vous meilleure amie ?

Christy : Non personne ne sait et je ne sais pas j'ai pas parlé à quelqu'un ni à une fille

Etudiant : Ok et quand tu es avec les gens ou avec tes amies, que ça soit au quartier ou à l'école, est-ce que tu t'épanouie ?

Christy : Non je deviens trop calme j'aime pas être avec les gens, je préfère rester moi seule les gens posent trop de question que je n'aime pas du tout.

Etudiant : Ok ! Tout à l'heure tu disais que c'est à cause de ta maman que cet homme à abusé de toi et que celle elle qui l'a amené à la maison, tu penses qu'elle est responsable de ton agression.

Christy : Oui c'est elle, c'est de sa faute si le gars ma fait ça

Etudiant : Ok ! Est-ce que ta maman et toi vous vous entendez quand même bien ?

Christy : Non pas maintenant, je ne veux même pas l'adresser la parole

Etudiant : Ok et est-ce que les autres membres de ta famille savent ce qui s'est passé ?

Christy : Oui et mes tantes aussi

Etudiant : Et quand disent-ils ?

Christy : Humm rien rien du tout que si si on amène le problème devant, ça n'ira pas loin parce que le gars est un homme en tenu humm ça m'énerve ça me fait vraiment mal

Etudiant : Ok ! comment tu vois ton corps maintenant ?

Christy : Humm mon corps est comme ce qui est détruit comme ça parfois j'ai souvent des douleurs au bas ventre et je pleure quand ça commence avec moi

Etudiant : Ok. Euh est-ce que tu participes quand même à certaines activités ? Que ça soit dans la famille à l'école, etc.

Christy : bon j'aime pratiquer la gymnastique avant mais maintenant avec les douleurs que je ressens parfois j'ai peur de faire certains exercices pourtant avant je fais beaucoup mais maintenant un peu un peu seulement et parfois je ne fais pas du tout.

Etudiant : Est-ce que ça t'arrive de penser à la scène de ton abus ?

Christy : Oui ce comme si je revois les images dans ma tête j'ai tellement mal quand je pense à ça donc de fois j'évite aussi de penser à ça

Etudiant : Ok. Euh dites-moi, est-ce que vous êtes satisfait de vos résultats à l'école depuis cet évènement ? Je veux dire par là, est-ce que le passage à l'acte du Monsieur joue sur perturbe vos études ?

Christy : Je peux dire oui, oui parce que je n'arrive plus à me concentrer quand je suis à l'école et mes notes baissent et même quand j'essaie de lire, je pense à ça et ça me perturbe beaucoup même.

Etudiant ; Donc si, je vous comprends bien depuis ce qui s'est passé vous n'êtes plus concentré sur votre école et celle baisse vos performances à l'école.

Christy : Oui à la maison je n'arrive pas à lire quand je vois le vois mais je vais faire des efforts pour oublier ça.

Etudiant ; Cela vous inquiète :

Christy ; Oui beaucoup même.

Etudiant : Je vois... lorsque vous dites vouloir faire des efforts pour oublier ce qui s'est passé, je voudrais savoir si, actuellement que faites-vous pour ne plus y penser ?

Christy : Bon, parfois, je ne reste pas seule, je sors rester avec ma copine du quartier et je fais tout pour ne pas voir la tête du monsieur mais, c'est pas facile, il vient souvent à la maison.

Etudiant : Ok. Je crois que, nous sommes au terme de cet entretien et je tiens encore une de plus à vous remercier beaucoup pour le temps que vous m'avez accordé pour cet entrevu.

Christy : Merci aussi à vous Monsieur.

Durée

Annexe 6 :

Cas 3

Nom: M.

Prénom : Sandy (Pseudonyme)

Age : 11 ans

Niveau : CM1

Résultat de l'examen clinique : test VIH négatif mais sans un suivi à l'hôpital.

L'entretien Sandy le 13 Mars 2023

Etudiant : Bonjour Sandy

Sandy : Bonjour

Etudiant : Comment tu vas ?

Sandy: je vais bien

Etudiant : Ok je m'appelle Kévin. Je suis étudiant et je vais te poser quelques questions sur ce que tu penses, sur ce qui t'ai arrivé, comment tu te sens depuis ce qui t'ai arrivé ; comment tu te vois comment tu grandis dans ta tête, comment tu apprends quelles sont les idées que tu as sur toi et sur ceux qui t'entoure, comment tu vois ton corps et je vais te poser bien d'autre question. Tu es d'accord ?

Sandy : Oui

Etudiant : Comment tu vas Evodie ?

Sandy : ça va bien !

Etudiant : Evodie, c'est bien ton prénom n'est-ce pas ?

Sandy : Oui !

Etudiant : C'est bien Evodie. Tu peux m'appeler Kevin, d'accord

Sandy: Oui !

Etudiant : Tu es d'accord ?

Sandy: Oui

Etudiant : Quelqu'un t'a fait mal ? N'aie pas peur Evodie, tu peux parler ici sans problème d'accord ?

Sandy : Oui

Etudiant : Ok. Alors, quelqu'un t'a fait mal ?

Sandy: Oui !

Etudiant : Qui ?

Sandy: Un garçon du quartier

Etudiant : Quand ?

Sandy: L'autre jour

Etudiant : OK ! Comment tu vas maintenant ?

Sandy: J'ai mal

Etudiant : et tu as mal où?

Sandy: Partout et la tête me fait mal aussi

Etudiant : Ok

Etudiant : comment tu as raconté à ce qui s'est passé avec le garçon ?

Sandy: Ma grand-mère et petite maman !

Etudiant : Pourquoi tu as raconté à ta grand-mère et ta petite maman ?

Sandy: Parce que ce ce qui est arrivé à la fille sur le sable chez grand-père

Etudiant : Donc, si je te comprends bien, c'est parce que tu as vu ce qui s'est passé avec la fille sur le sable que tu as pensé à ce que le garçon de ton quartier t'as fait ?

Sandy: Oui

Etudiant : Et qu'est ce qui s'est passé avec cette fille sur le sable ?

Sandy: Un étudiant a couché avec elle sur le sable.

Etudiant : et c'est ce que le garçon de ton quartier à fait avec toi ?

Sandy: Oui

Etudiant : Et la fille sur le sable à quel âge ?

Sandy: On a dit que elle a 2 ans

Etudiant : Et tu as ressenti quoi quand tu as vu ce qui s'est passé sur le sable avec la fille de 2 ans ?

Sandy: j'ai mal et j'ai peur

Etudiant : D'accord. Depuis ce que le garçon as fait avec toi, comment tu vas aujourd'hui ? Tu ressens quoi dans ton cœur et ta tête ?

Sandy: j'ai mal seulement et et je je

Etudiant : Ok ! Est-ce que tu étais d'accord avant qu'il fasse avec toi ?

Sandy: Non, il a pris le couteau et dit si je reste pas tranquille, il va me tuer avec ça et il a dit de ne pas crier aussi

Etudiant : Donc il t'a menacé avec le couteau en disant qu'il va te poignardera si tu ne restes pas tranquille ?

Sandy: Oui ! j'ai peur donc je suis resté aussi tranquille

Etudiant : Et il a abusé de toi un autre jour aussi ou seulement une fois?

Sandy: Oui avec le couteau çà côté

Etudiant : Donc, il a abusé un autre jour aussi en te menaçant encore de te tuer si tu cries ou tu ne restes pas tranquille ?

Sandy: Oui !

Etudiant : Et tu n'as pas crier pourquoi ?

Sandy: J'ai peur que, il va me tuer avec le couteau

Etudiant : Ok ! Et personne ne l'a vu en train d'abusé de toi ?

Sandy: C'est quand il a recommencé que sa grande sœur nous a vu et lui a dit de se lever tranquillement sur moi que, elle ne veut pas de problème

Etudiant : et comment tu te sentais quand sa grande sœur lui a dit se lever sur toi ?

Sandy: J'ai pleuré

Etudiant : ok et maintenant tu as toujours peur lors que tu penses à ça ?

Sandy: Oui

Etudiant : D'accord ! Est-ce que tu vois encore le garçon qui t'a fait ça dans votre quartier ?

Sandy: Oui, il est encore là

Etudiant : Et tu penses à quoi quand tu le revois

Sandy: Beaucoup de choses

Etudiant : Beaucoup comme quoi ?

Sandy: J'ai peur et et je m'énerve quand je le vois passé. Wallay, je vais pas le pardonner pour ça.

Etudiant : pourquoi tu dis que tu ne vas pas le pardonner

Sandy: En sanglot (pleure)

Etudiant : Je vois...

Etudiant : Tu es fâchée Evodie ?

Sandy: Oui

Etudiant : Contre qui es-tu fâché ? Le garçon qui t'as fait mal, maman, papa ou toi-même.

Sandy: le garçon. Pleure...

Etudiant : Euh Evodie, ça va aller ?

Sandy: Mmmm

Etudiant : Dit moi, quand ta maman a appris ce que le garçon a fait avec toi, elle a dit quoi ?

Sandy: maman a pleuré aussi avec moi

Etudiant : ok et ton papa ?

Sandy: Mon papa n'a rien dit

Etudiant : Après est-ce qu'on t'a amené à l'hôpital pour te soigner ?

Sandy: Oui

Etudiant : Ok. tu aimes jouer ce dernier temps ?

Sandy: Oui mais pas beaucoup

Etudiant : Avec qui tu aimes à la maison jouer ?

Sandy: Ma sœur

Etudiant : Et à l'école tu as des amies avec qui tu joues

Sandy: Oui

Etudiant : Ok mais tu joues comme avant ? Depuis ce qui est arrivé avec le garçon dans ton quartier, est-ce que tu joues beaucoup ?

Sandy: Non un peu seulement, pas pas beaucoup

Etudiant : Ok. Si tu ne joues pas trop comme avant, que fais-tu quand tu ne joues pas ?

Sandy: Je dors ou je regarde la télé avec ma sœur mais quand je pense seulement au garçon je deviens triste.

Etudiant : Est-ce que tu ça t'arrive de penser encore à ce qui s'est passé avec le garçon ?

Sandy: Oui mais ça me dérange quand je pense à ça

Etudiant : Dit-moi un peu tu as peur des garçons ? Ou quand un garçon s'approche trop près de toi.

Sandy: Oui.

Etudiant : Et comment tu réagis quand un garçon te touche ? je veux dire par là sans te faire mal comme l'autre garçon qui t'a fait mal chez ta grand-mère ?

Sandy: j'ai peur, je ne veux pas aussi

Etudiant : Ok. Mais ça t'arrive de te faire du mal, c'est-à-dire te blesser toi moi, sur ton bras ou sur tout ton corps ?

Sandy: Non

Etudiant : Dit moi, à l'école, quand tu es à l'école, est-ce que tu penses aussi à ce que le garçon t'as fait ?

Sandy: Oui je pense aussi à ça

Etudiant : Et tu retiens quand ce que ton maître d'enseigne ?

Sandy: Oui je retiens

Etudiant : Je voudrais savoir Evodie, quand tu es à l'école et que tu penses par exemple à ce qui s'est passé avec le garçon, est-ce que cela ne te dérange pas quand tu lis ou tu étudies tes leçons ?

Sandy: ça me dérange mais pas beaucoup aussi, je comprends aussi ce que mon maître écrit.

Etudiant : Que fais-tu pour ne pas penser à ce qui s'est passé ?

Sandy: je pars jouer

Etudiant : Ok. Merci Evodie de m'avoir accordé ton temps et d'avoir répondu à mes questions. Je coris que c'est la fin de notre entretien. Merci une fois de plus à vous deux ; ta maman et toi.

Durée : 41 min

Annexe : 7 Autorisation de recherche

RÉPUBLIQUE DU CAMEROUN
Paix – Travail – Patrie

UNIVERSITÉ DE YAOUNDÉ I

Faculté des Arts, Lettres et Sciences
Humaines

DÉPARTEMENT DE PSYCHOLOGIE
B.P 7011 Yaoundé (Cameroun)



REPUBLIC OF CAMEROON
Peace – Work – Fatherland

UNIVERSITY OF YAOUNDE I

Faculty of Arts, Letters and Social
Sciences

DEPARTMENT OF PSYCHOLOGY
P.O Box 7011 Yaoundé (Cameroon)

ATTESTATION DE RECHERCHE

Je soussigné, Professeur **EBALE MONEZE Chandel**, Chef du Département de Psychologie de l'Université de Yaoundé I, atteste que **SOMI NDERKANZUKU Kevin**, Matricule **17G146**, étudiant en Master II à la Faculté des Arts, Lettres et Sciences Humaines, Département de Psychologie, option Psychopathologie et Clinique depuis l'année académique 2021-2022 a libellé son travail de recherche : « **Traumatisme et vécu de l'agression sexuelle : une étude de cas auprès des filles violées.** ».

Ses travaux qui s'effectuent sous la direction du Professeur **MAYI Marc Bruno**, nécessitent une investigation sur le terrain.

En foi de quoi, la présente attestation lui est délivrée pour servir et valoir ce que de droit.

Fait à Yaoundé, le... 07 DEC 2022

Chef de Département.

Ebalé Moneze Chandel
Professeur Titulaire

Annexe 8 Formulaire de consentement

REPUBLIQUE DU CAMEROUN

Paix- Travail-Patrie

MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT
SUPERIEUR

UNIVERSITE DE YAOUNDE I

FACULTE DES ARTS LETTRES ET
SCIENCES HUMAINES

DEPARTEMENT DE PSYCHOLOGY



REPUBLIC OF CAMEROON

Peace -Work-Fatherland

MINISTRY OF HIGHER
EDUCATION

UNIVERSITY OF YAOUNDE I

FACULTY OF ARTS LETTERS AND
SOCIAL SCIENCES

DEPARTMENT OF PSYCHOLOGY

FORMULAIRE DU CONSENTEMENT LIBRE ET ECLAIRE

Je soussigné (e), Mr/Mme/Mlle.....

Avoir été sollicité (e) à mon enfant de participer aux travaux de mémoire de master de SOMI NDERKANZUKU Kévin ; Master 2, Université de Yaoundé 1, département de psychologie, dont le sujet intitulé « Traumatisme et vécu de l'agression sexuelle : une étude de cas auprès des mineures victime de viol. » a pour objectif principale de comprendre le vécu des filles mineures victime de viol. Ce mémoire est dirigé par le professeur Marc Bruno MAYI de l'Université de Yaoundé 1. Cette étude n'implique aucun risque, mais certaines questions pourraient engendrer un inconfort. La participation à cette étude se fait sur base volontaire et n'est pas rémunérée. Vous avez le droit de ne pas faire participer ou de stopper la participation de votre enfant à n'importe quel moment, sans aucune justification. Les données sont traitées de manière anonyme et confidentielle. Si vous souhaitez davantage d'informations à propos de l'étude, vous pouvez nous contacter par mail : knderka@gmail.com ou par téléphone au numéro : 696089276.

- J'ai bien compris l'objectif de cette étude ;
- J'ai reçu toutes les réponses aux questions que j'ai posées ;
- Les risques et bénéfices m'ont été présentés et expliqués ;
- J'ai bien compris que je suis libre d'accepter ou de refuser d'y participer ;
- Mon consentement ne décharge pas l'investigateur de la recherche de ses responsabilités, je conserve tous mes droits garantis par la loi.

J'accepte librement que mon enfant participe à cette étude dans les conditions précisées.

Participante date et signature du parent

15/02/2023

Date et signature du chercheur

15/02/2023

REPUBLIQUE DU CAMEROUN

Paix- Travail-Patrie

MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT
SUPERIEUR

UNIVERSITE DE YAOUNDE I

FACULTE DES ARTS LETTRES ET
SCIENCES HUMAINES

DEPARTEMENT DE PSYCHOLOGY



REPUBLIC OF CAMEROON

Peace -Work-Fatherland

MINISTRY OF HIGHER
EDUCATION

UNIVERSITY OF YAOUNDE I

FACULTY OF ARTS LETTERS AND
SOCIAL SCIENCES

DEPARTMENT OF PSYCHOLOGY

FORMULAIRE DU CONSENTEMENT LIBRE ET ECLAIRE

Je soussigné (e), Mr/Mme/Mlle.....

Avoir été sollicité (e) à mon enfant de participer aux travaux de mémoire de master de SOMI NDERKANZUKU Kévin ; Master 2, Université de Yaoundé 1, département de psychologie, dont le sujet intitulé « Traumatisme et vécu de l'agression sexuelle : une étude de cas auprès des mineures victime de viol. » a pour objectif principale de comprendre le vécu des filles mineures victime de viol. Ce mémoire est dirigé par le professeur Marc Bruno MAYI de l'Université de Yaoundé 1. Cette étude n'implique aucun risque, mais certaines questions pourraient engendrer un inconfort. La participation à cette étude se fait sur base volontaire et n'est pas rémunérée. Vous avez le droit de ne pas faire participer ou de stopper la participation de votre enfant à n'importe quel moment, sans aucune justification. Les données sont traitées de manière anonyme et confidentielle. Si vous souhaitez davantage d'informations à propos de l'étude, vous pouvez nous contacter par mail : knderka@gmail.com ou par téléphone au numéro : 696089276.

- J'ai bien compris l'objectif de cette étude ;
- J'ai reçu toutes les réponses aux questions que j'ai posées ;
- Les risques et bénéfices m'ont été présentés et expliqués ;
- J'ai bien compris que je suis libre d'accepter ou de refuser d'y participer ;
- Mon consentement ne décharge pas l'investigateur de la recherche de ses responsabilités, je conserve tous mes droits garantis par la loi.

J'accepte librement que mon enfant participe à cette étude dans les conditions précisées.

Participante date et signature du parent

25/02/2023

Date et signature du chercheur

28/02/2023

REPUBLIQUE DU CAMEROUN

Paix- Travail-Patrie

MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT
SUPERIEUR

UNIVERSITE DE YAOUNDE I

FACULTE DES ARTS LETTRES ET
SCIENCES HUMAINES

DEPARTEMENT DE PSYCHOLOGY



REPUBLIC OF CAMEROON

Peace -Work-Fatherland

MINISTRY OF HIGHER
EDUCATION

UNIVERSITY OF YAOUNDE I

FACULTY OF ARTS LETTERS AND
SOCIAL SCIENCES

DEPARTMENT OF PSYCHOLOGY

FORMULAIRE DU CONSENTEMENT LIBRE ET ECLAIRE

Je soussigné (e), Mr/Mme/Mlle.....

Avoir été sollicité (e) à mon enfant de participer aux travaux de mémoire de master de SOMI NDERKANZUKU Kévin ; Master 2, Université de Yaoundé 1, département de psychologie, dont le sujet intitulé « Traumatisme et vécu de l'agression sexuelle : une étude de cas auprès des mineures victime de viol. » a pour objectif principale de comprendre le vécu des filles mineures victime de viol. Ce mémoire est dirigé par le professeur Marc Bruno MAYI de l'Université de Yaoundé 1. Cette étude n'implique aucun risque, mais certaines questions pourraient engendrer un inconfort. La participation à cette étude se fait sur base volontaire et n'est pas rémunérée. Vous avez le droit de ne pas faire participer ou de stopper la participation de votre enfant à n'importe quel moment, sans aucune justification. Les données sont traitées de manière anonyme et confidentielle. Si vous souhaitez davantage d'informations à propos de l'étude, vous pouvez nous contacter par mail : knderka@gmail.com ou par téléphone au numéro : 696089276.

- J'ai bien compris l'objectif de cette étude ;
- J'ai reçu toutes les réponses aux questions que j'ai posées ;
- Les risques et bénéfices m'ont été présentés et expliqués ;
- J'ai bien compris que je suis libre d'accepter ou de refuser d'y participer ;
- Mon consentement ne décharge pas l'investigateur de la recherche de ses responsabilités, je conserve tous mes droits garantis par la loi.

J'accepte librement que mon enfant participe à cette étude dans les conditions précisées.

Participant date et signature du parent

15/02/2023

Date et signature du chercheur

15/02/2023

TABLE DES MATIERES

SOMMAIRE.....	i
DÉDICACE.....	ii
REMERCIEMENTS.....	iii
LISTE DES ABREVIATIONS	iv
LISTE DES TABLEAUX.....	v
LISTE DES ANNEXES	vi
RÉSUMÉ.....	vii
ABSTRACT.....	viii
INTRODUCTION.....	1
PREMIERE PARTIE : CADRE THÉORIQUE.....	2
CHAPITRE 1 : PROBLÉMATIQUE	3
1.1 Contexte et justification.....	3
1.2 FORMULATION ET POSITION DU PROBLÈME	7
1.3 QUESTION PRINCIPALE DE RECHERCHE.....	11
1.3.1 Questions spécifiques de recherche	11
1.3 LES HYPOTHÈSES DE L'ÉTUDE.....	11
1.3.2 Hypothèses spécifiques.....	11
1.4 LES OBJECTIFS DE LA RECHERCHE	12
1.4.1 Objectifs général.....	12
1.4.2 Objectifs spécifiques	12
1.5 INTÉRÊT DE L'ÉTUDE.....	12
1.5.1 Intérêt scientifique.....	12
1.5.2 Intérêt la clinique	13
1.5.3 Intérêt personnel de l'étude.....	13
1.6 Définition des concepts.....	13
1.6.1 Traumatisme	13
1.6.2 Agression sexuelle	15
1.6.3 Viol.....	16

1.6.4 Le vécu.....	19
1.6.5 Mineure	20
1.6.6 Victime.....	20
CHAPITRE 2 : TRAUMATISME.....	22
2.1 Appréhension du traumatisme en psychologie.....	22
2.1.1 Événement traumatique	25
2.1.1.1 <i>Évènement potentiellement traumatique</i>	25
2.1.2 Caractéristiques de l'événement traumatique.....	26
2.1.2.1 L'évènement traumatique chez l'enfant	26
2.1.2.2 Réaction immédiate chez l'enfant	27
2.1.2.3 Vécu traumatique.....	30
2.1.2.4 Vécu émotionnel	31
2.1.2.5 Vécu Social.....	32
2.2 Les type de traumatismes	33
2.2.1 Les traumatismes directs et indirects	34
2.2.2 La transmission du traumatisme	34
2.3 La mémoire traumatique.....	35
2.4 Altération de la personnalité dans le traumatisme	36
2.5 L'état de stress post traumatique	38
2.5.1 Troubles de stress post-traumatique chez les femmes	39
2.5.1.1 <i>Probabilité de suicide</i>	39
2.6 Facteur de vulnérabilité à l'état de stress post-traumatique.....	39
2.6.1 <i>Les facteurs pré-traumatiques</i>	39
2.2.5.2 <i>Les facteurs péri-traumatiques et post-traumatiques immédiats</i>	40
2.2.6 Diagnostics : symptomatologie et caractérologie.....	41
2.2.6.1 <i>Symptomatologies</i>	41
2.2.6.2 Troubles internalisés.....	43
2.2.6.4 Autres formes cliniques de l'état de stress post traumatique.....	44

2.2.6.5 Les symptômes non spécifiques.....	44
2.2.7 Facteurs de risques associés aux agressions sexuelles.....	46
2.2.7.1 Facteurs de risques associés aux agressions sexuelles commises par des adolescents	46
2.3 Résilience.....	47
2.4 Traumatisme dans la culture	49
CHAPITRE 3 : L'AGRESSION SEXUELLE.....	51
3.1 Principaux types d'agression sexuelle	51
3.1.1 Historique d'agression sexuelle.....	51
3.1.2 Les formes d'agressions sexuelles	52
3.2 L'impact physique, psychologique et sociale du viol	53
3.2.1 L'impact physique.....	53
3.2.2 L'impact psychologique.....	54
3.2.3 L'impact social.....	54
3.2.4 Probabilité de suicidaire	55
3.3 Profil des victimes d'agression sexuelle.....	55
3.3.1 Chez les enfants	55
3.3.2 Caractéristiques des agresseurs sexuels	56
3.4 Facteurs de risque parentaux et familiaux	57
3.5 Variables liées à l'agression sexuelle	58
3.5.1 Variables personnelles	58
3.6 Les signes révélateurs d'agressions sexuelles.....	58
3.6.2 Indicateurs physiques	59
3.6.3 Indicateurs émotionnels et comportementaux.....	60
3.7 Conséquence du traumatisme	60
3.7.1 Conséquences associées à l'agression sexuelle chez les enfants.....	60
3.8 Chronologie de l'état de stress post traumatique dans l'agression sexuelle.....	63
3.8.1 Période post-immédiate chez l'enfant.....	63

3.9 La famille face aux violences extrafamiliales	65
3.9.1 La parole de la victime en souffrance	68
3.9.2 La parole qui dénonce les sévices sexuels	68
3.10 Quelques théories explicatives	70
3.10.1 Théorie préconditionnelle de Finkelhor (1984)	70
3.10.2 Théorie multifactorielle de Marshall et Barbaree (1990)	72
3.10.3 Théorie des dynamiques traumagéniques de Finkelhor et Browne (1985)	73
3.10.4 Théorie freudienne (psychanalytique) du trauma	75
3.11 Prise en charge du viol au Cameroun	76
PARTIE 2 : CADRE MÉTHODOLOGIQUE ET PRATIQUE	77
CHAPITRE 4 : MÉTHODOLOGIE	78
4.1 Bref rappel de la problématique	78
4.1.1 Rappel du Problème	78
4.1.2 Rappel de la question de recherche	78
4.2 Description des hypothèses de l'étude	79
4.2.1 Description de l'hypothèse générale	79
Tableau 1 : Tableau synoptique des variables de l'études	80
<i>4.2.2 Structure logique de l'hypothèse générale</i>	82
Tableau 2: Structure logique de l'hypothèse générale	82
4.7 Type de recherche	82
4.3 L'enquête préliminaire	82
4.3.1 Site de l'étude	83
4.4 Techniques de sélection des participantes	83
4.5 Description d'outils de collecte des données	84
4.6 L'entretien clinique	85
4.6.1 Les mécanismes mis en jeu dans la pratique des entretiens cliniques	86
4.6.2 L'entretien clinique auprès des enfants	88
4.6.3 Pratique des entretiens cliniques	89

4.6.4 Le cadre de l'entretien clinique	89
4.7 La grille d'entretien clinique.....	90
4.8 L'étude de cas	91
4.9 Techniques d'analyse des données.....	91
4.10 Considérations éthiques.....	92
CHAPITRE 5 : PRÉSENTATION, ANALYSE ET DISCUSSION DES RÉSULTATS.	93
5.1 Présentation des participantes de l'étude.....	93
5.1.1 Gaby :	93
5.1.2 Christy.....	93
5.1.3 Sandy	93
5.2 PRESENTATION DES CARACTERISTIQUES DES PARTICIPANTES.....	94
5.2.1 Caractéristiques des participantes.....	94
Tableau 3: Caractéristiques des participantes	94
5.3 Présentation et analyse des résultats des tests diagnostiques.....	95
5.3.1- Présentation et analyse des résultats au Children Post Traumatic Stress Reaction Index.....	95
Tableau 4: Distribution des participantes en fonction de la variation du niveau de traumatisme	95
Tableau 5: Catégories diagnostics du Traumatisme par rapport au Children Post Traumatic Stress Reaction Index.....	96
5.4 Analyse des résultats des entretiens.....	96
5.5 SYNTHESSES DES ANALYSES DES ENTRETIENS.....	101
5.6 Discussion.....	102
<i>5.6.1-Discussion des résultats des entretiens.....</i>	<i>102</i>
5.7 Limites de l'étude	105
5.8 Perspectives.....	105
Conclusion générale	106
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	108
ANNEXES	113

ANNEXE 1: Cas 1 Questionnaire: Children Post Traumatic Stress Reaction Index	114
Annexe 2 : Case 2.....	117
Annexe 3 : Cas 3	120
ANNEXE 4 : Les entretiens	123
Annexe 5 :	129
Annexe 6 :	133
Annexe : 7 Autorisation de recherche	137
Annexe 8 Formulaire de consentement.....	139
TABLE DES MATIERES	142