

Université Abderrahmane mira-Bejaïa

Faculté de la science humaine et sociale

Département des sciences sociales

# Mémoire fin de cycle

En vue de l'obtention de diplôme en master

Option : psychologie clinique

## Thème

### L'effet de la maltraitance parentale sur la timidité chez les adolescents scolarisés

Etude descriptive des adolescents scolarisés à Feraoun

Préparé par :

M<sup>elle</sup> GHOULES YASMINA

Encadré par :

Mr BENCHALLAL ABD ELOUAHAB

Année Universitaire

2012/2013

# Remerciement

J'aimerais remercier ici tout spécialement Dieu qui m'a donné le courage et la volonté pour faire ce mémoire sans oublier mes propres parents et je tenue ici tout particulièrement à remercier Mr BENCHALLAL qui m'a procuré un coup de main durant toute ma recherche ainsi que le directeur d'établissement de Feraoun Mr Haroun M/A, les enseignants et aussi les élèves de 4ème année d'école moyenne mixte de Feraoun.

# Dédicace

Je dédie ce travail a mes très chers parents pour leurs sacrifices, leurs présence et leurs soutient tout au long de mes études, que le dieu les protège et les garde.

A mes frères, Farouk, Yamani, Nacim, et Sifax qui n'ont jamais refusé quoique se soit.

A Matoub Lounes que le dieu accueil son âme.

A mon oncle Hamadi et mon cousin Samir.

A mes meilleures amie Zahra et Rafika.

En fin à tous les membres de la famille que je n'ai pas pu les citer.

# Sommaire

Sommaire

Liste des tableaux

Liste des figures

Introduction

## La partie théorique

Le premier chapitre : **cadre général de la problématique**

Préambule

1- La problématique.....	3
2- Les hypothèses.....	5
3- Les raisons de choix du thème.....	6
4- Les objectifs de la recherche.....	6
5- Les concepts opérationnels.....	6
6- Les études antérieures.....	7

Conclusion

Le deuxième chapitre : **la maltraitance parentale**

Préambule

1- Définition de la maltraitance parentale.....	11
2- Les différentes formes de la maltraitance.....	11
3- Les théories de la maltraitance.....	12
4- Les actes de la maltraitance.....	16
5- Les situations de la maltraitance.....	18
6- Les facteurs prédisposition et facteurs de risque de lamaltraitance	22
7- La complexité de la maltraitance.....	27

8- Les difficultés d'un enfant maltraité.....	28
9- Les conséquences de la maltraitance.....	30
10- La prise en charge d'un enfant maltraité.....	29

## Conclusion

## Le troisième chapitre : **la timidité et l'adolescent scolarisé**

### Préambule

1- Définition de la timidité.....	31
2- Les catégories de la timidité.....	31
3- Les théories de la timidité.....	32
4- Les origines de la timidité.....	35
5- Les causes de la timidité.....	36
6- Les facteurs de maintien de la timidité pathologique.....	37
7- Les formes cliniques de la timidité.....	39
8- Les symptômes de la timidité.....	40
9- Les mécanismes de la timidité.....	42
10- Les caractéristiques des enfants et des adolescent timides.....	43
11- Le développement des comportements sociaux du timide.....	43
12- Les conséquences de la timidité.....	44
13- La prévention de la timidité chez l'enfant.....	44
14- Définition de l'adolescence.....	46
15- Les caractéristiques de l'adolescent.....	47
16- Le développement à l'adolescence.....	48
17- Le développement moral.....	49
18- La révolte contre les parents et le milieu.....	51

19- L'affirmation extérieure du moi.....	52
20- Les facteurs psychologiques de la délinquance juvénile.....	53

Conclusion

## **La partie pratique**

Le quatrième chapitre : **méthodologie de terrain**

Préambule

1- La méthode utilisée.....	54
2- Les outils de recherche utilisés.....	54
3- La présentation du terrain.....	58
4- Le choix d'échantillon et ses caractéristiques.....	58
5- La pré-enquête.....	58
6- Les outils statistiques.....	59
7- Les difficultés rencontrées.....	59

Conclusion

Le cinquième chapitre : **analyse et interprétation des résultats**

Préambule

1- La présentation et analyse des résultats.....	60
2- Les discussions et les interprétations des résultats.....	65

Conclusion

**Conclusion générale**

**Listes bibliographiques**

**Annexes.**

## La liste des tableaux

<b>N° du tableau</b>	<b>Titres du tableau</b>	<b>N° de la page</b>
01	La distribution de l'échantillon selon les genres.	59
02	Les résultats du test de <b>Kolmogorov-Smirnov</b> pour la variable de la traitance de la mère.	61
03	Les résultats du test de <b>Kolmogorov-Smirnov</b> pour la variable de la traitance du père.	62
04	Le différent style de la traitance de la mère.	63
05	La différence dans les degrés de la timidité chez les adolescents scolarisés selon le style de la traitance maternelle.	64
06	Les styles de la traitance parentale de point de vue des adolescents scolarisés.	65
07	Indication de deux genres masculin et féminin chez les adolescents scolarisés.	66



**La liste des figures :**

<b>Numéro</b>	<b>Titres des figures</b>	<b>Pages</b>
1	La pyramide de la traitance de la mère	62
2	La pyramide de la traitance du père	63

# **Introduction**

### **Introduction :**

Tous les enfants et adolescents ont droit à la santé et à une vie sans violence. Cependant, il y a beaucoup d'enfants et d'adolescents dans le monde entier qui sont victimes de la violence physique, sexuelle et psychologique, alors que la maltraitance des enfants a de graves impacts sur la santé mentale et physique de ces derniers notamment sur leur développement tout au long de leur vie.

Le concept de la maltraitance parentale est lié au concept de la timidité, en effet la maltraitance parentale est l'un des multiples facteurs entrant en interaction avec la timidité ; puisque si un adolescent vécut une enfance maltraitée on trouve chez lui une tendance à une timidité, tandis que lorsque un adolescent qui est vécu une enfance bien traitée on ne trouve pas un risque de timidité chez lui.

A cet effet pour bien comprendre l'effet de la maltraitance parentale sur la timidité chez les adolescents scolarisés on a partagé notre travail comme cela :

Une partie théorique se divise en quatre chapitres :

**Le premier chapitre :** c'est le cadre général de la problématique.

**Le deuxième chapitre :** réalisé sur la maltraitance parentale.

**Le troisième chapitre :** sur la timidité et l'adolescent scolarisé.

Une partie pratique se compose par deux chapitres suivant :

**Le quatrième chapitre :** présente la méthodologie de recherche.

**Le cinquième chapitre :** présentation d'analyse et d'interprétation des résultats.

Et en fin on a conclu notre travail avec une conclusion générale.

# **La partie théorique**

# **Chapitre 1**

## **Cadre général de la problématique**

### **Préambule**

**1-La problématique**

**2-Les hypothèse**

**3-Les raisons de choix du thème**

**4-Les objectifs de la recherche**

**5-Les concepts de la recherche**

**6-Les études antérieures**

**7- Le commentaire personnel sur les études antérieures**

### **Conclusion**

**Préambule :**

Dans ce chapitre on va présenter la problématique de notre recherche et les questions posées puis les hypothèses qui représentent les réponses provisoires à nos questions, les objectifs de la recherche, les raisons de choix du thème, les définitions opérationnelles des variables et les études antérieures.

**1-La problématique :**

Certains travaux sur le comportement timide existent depuis plusieurs années (**Salter, 1949**), mais ce n'est que vers les années soixante-dix qu'on relève une importante quantité de publication sur la timidité, ou manque de confiance en soi. (Gisèle George et Luis Vera, 1999, p.5).

L'analyse de l'anxiété à travers les théories du conditionnement, notamment les travaux de **Wolpe (1958)** sur les névroses expérimentales, a contribué à la compréhension et l'explication, chez le sujet névrotique, des difficultés relationnelles et, de certains cas, de l'incapacité à communiquer de manière satisfaisante. Dans cette optique, l'anxiété, ou peur de l'autre, est considérée comme une réponse émotionnelle acquise selon le paradigme du conditionnement classique : cet état d'anxiété acquise constitue pour le sujet timide un état aversif ou douloureux et tout comportement permettant d'arrêter la situation aversive est renforcée. Ce sont essentiellement des comportements d'évitement ; par exemple, l'individu manquant d'affirmation de soi et qui n'exprime pas son point de vue dans un groupe par peur de la critique évitera l'anxiété en adoptant un comportement passif : il restera silencieux et approuvera toute décision. Sa passivité supprime son anxiété. (Ibid, pp.5, 6).

D'autre part, les travaux de recherche de **Bandura (1976)** sur l'apprentissage sociale, notamment sur le modelage, l'imitation et le renforcement social ont permis de situer la timidité dans le contexte des théories de l'apprentissage social : les compétences sociales et psychologiques faisant partie de la confiance en soi peuvent être perfectionnées et même apprises à travers l'observation.

Selon **Bandura (1976)** nos capacités symboliques nous permettent l'acquisition d'un grand nombre de comportements sans qu'ils aient une traduction immédiate sur le plan moteur. En effet, l'analyse comportementale de certains sujets montre qu'ils possèdent les comportements assertifs mais que

leur expressions est inhibée à cause de l'anxiété ou de l'existence de pensées, croyances ou idées négatives. (Ibid, pp.6, 8).

Ainsi que le modèle d'inhibition comportementale suppose que le sujet possède des habiletés nécessaires et la capacité personnelle, mais que l'adoption des comportements assertifs est inhibée. L'inhibition peut être due à des réponses conditionnées d'anxiété ou à des idées négatives.

Ce modèle explicatif de l'inhibition postule que celle-ci est due à des réponses anxieuses liées à certaines situations sociales. Cette anxiété conditionnée, considérée comme une réponse émotionnelle, empêche le sujet de se comporter d'une façon naturelle et détendue : il anticipe avec appréhension certaines situations (par exemple, prendre la parole en public), il peut même essayer de les éviter (comportement d'évitement), ou, devant le public, il sera paralysé, communiquera mal et l'arrêt de la situation réduira l'anxiété. L'évitement de la situation anxiogène devient un comportement qui a une valeur fonctionnelle, voir adaptative, dans l'équilibre du sujet. De plus à cause de la peur, sa performance sera probablement de mauvaise qualité. La perception de son efficacité personnelle et la satisfaction intellectuelle pouvant jouer le rôle des renforcements positifs dans l'émission future du comportement affirmé sont également inhibées à cause de l'anxiété provoquée par la situation. En effet, l'effort pour communiquer aura difficilement des conséquences positives et le sujet aura de plus en plus de mal à adopter des réponses de lutte contre l'anxiété autre que l'évitement. (Gisèle George et Luis Vera, 1999, pp.8,9).

Dans plusieurs recherches, on constate que la notion de « timidité » est liée à la notion de « traitance parentale » au sein de la famille.

La famille, institution sociale fondée sur les tendances maternelles et paternelles, elle a pour fonction essentielle d'assurer la sécurité de ses membres surtout, elle est nécessaire au développement de l'enfant mais la qualité de celui-ci dépend de la valeur de celle- là. (Norbert Sillamy, 1999, p.108).

Selon son ouvrage, désormais classique, intitulé « L'enfant et la vie familiale sous l'ancien régime », **Philippe Ariès (1973)** décrit la manière dont a évolué la conception de l'enfant et des rapports parents-enfants depuis la société

médiévale. A suivre cette évolution, on tout d'abord frappé par la relativité de nos perceptions contemporaines et par l'invention relativement tardive de cette

vision, qui fait de l'enfant un être fragile, inachevé, qu'il faut protéger, ou plus récemment encore, dont on estime qu'il faut révéler toutes les potentialités, en l'ouvrant au monde. (Claude Martin, 2003, p.12).

Ainsi que, de point de vue des « praticiens de la petite enfance », au Québec tout au moins, la genèse du concept de compétence parentale ou bientraitance est étroitement liée aux situations où l'on doit protéger l'enfant. De manière simplifiée, il s'agit alors d'évaluer les capacités des parents à répondre aux besoins de l'enfant, tout en lui assurant un environnement sain et sécuritaire, dans lequel il pourra se développer harmonieusement. De nombreux questionnaires psychométriques, des grilles d'observations et d'analyse ont été construits à cet effet. On cherche alors ce qui pourrait indiquer la présence possible de comportement néfastes à l'enfant, comme l'abus sexuel ou la violence physique, ou encore l'absence de réponse adéquate aux besoins de l'enfant, ce qui constitue la négligence. Dans un cas comme dans l'autre, on tâche de localiser une forme ou une autre de maltraitance qui implique l'incompétence d'un ou des parents. (Jean-Marie Maron, 2004, p.58).

D'après tout ce que précède, on peut dire que la traitance parentale joue un rôle primordial dans la vie de l'enfant et qu'elle peut provoquer des souffrances au niveau de son psychisme notamment dans la période d'adolescence comme l'anxiété sociale ou la timidité, si elle joue un rôle perturbateur tel que la maltraitance des parents à l'égard de leur enfant.

Afin de mieux cerner notre recherche nous amenons à poser les questions suivantes :

Est-ce que la maltraitance parental influence sur la timidité chez les adolescents scolarisés ?

Est-ce qu'il existe une différence dans les degrés de la timidité chez les adolescents scolarisés selon leurs maltraitance parentale ?

## **2- Les hypothèses :**

**2-1-** Il existe une différence dans les degrés de la timidité chez les adolescents scolarisés selon la maltraitance de leurs mère.

**2-2-** Il existe une différence dans les degrés de la timidité chez les adolescents scolarisés selon la maltraitance de leurs père.



**2-3-** Il existe une différence dans les degrés de la timidité chez les adolescents scolarisés selon les deux genres.

### **3-Les raisons de choix du thème :**

Le choix de thème revient à mesurer à quel degré la maltraitance parentale influence sur la timidité chez les adolescents scolarisés pendant la période de l'adolescence qui est caractérisée par des changements physiques et psychologiques.

### **4-Les objectifs de la recherche :**

- Découvrir le rapport entre la timidité et la maltraitance parentale.
- Discerner la réalité de la timidité et le comportement des parents vis-à-vis de leurs enfants.
- Etudier le rôle de la maltraitance parentale dans le développement et la croissance de la timidité.

### **5-Définition des concepts :**

#### **5-1-La maltraitance parentale :**

On peut dire, de manière générale, que la maltraitance parentale est ce qui contrevient au développement harmonieux de l'enfant. (Jean-Marie Miron, 2004, p.60).

#### **5-2-La timidité :**

C'est une disposition affective ou émotive, qui se présente dans les rapports entre le timide et les autres ; c'est une maladie fonctionnelle, qui se manifeste par une inadaptation pouvant être temporaire ou permanente. (Pierre Daco, p.63).

#### **5-3-L'adolescence :**

Est une période riche et intense pour la construction de la personnalité. Elle fait partie de ces périodes sensibles de la vie où des changements physiques et psychiques se rejoignent pour créer une expérience à la fois de vulnérabilité de l'être et de construction évolutive de soi. (Charlotte Mareau et Adeline Vanek Dreyfus, pp.87,88).

**6-Définition des concepts opérationnels :****6-1-La maltraitance parentale :**

C'est le degré total de la réponse des adolescents scolarisés à l'échelle de la traitance parentale qui a été construit par A/Rahman Ben Mohamed El-Blihi, elle contient deux versions (le père, la mère) et le degré total qui possède par les adolescents détermine le style de la traitance parentale (bienveillance, maltraitance).

**6-2-La timidité :**

C'est le degré total de la réponse des adolescents scolarisés à l'échelle de la timidité qui a été construit par Bader Mohamed El-Ansari, et le degré total qui possède par les adolescents détermine le degré de la timidité.

**6-3-Les adolescents scolarisés :**

Se sont des adolescents scolarisés au Cem mixte de Feraoun qui sont répartis dans les classes de quatrième année moyenne à l'âge moyen de 14 à 20 ans, sachant qu'ils traversent une période difficile à vivre à la fois sur le plan individuel et familial.

**7-Les études antérieures :**

Dans les études suivantes, on a essayé de recueillir tout ce qui pourrait avoir une relation avec le thème de notre recherche et que nous considéré primordiales pour mener à bien notre travail.

**7-1-Les études sur la timidité :****7-1-1-L'étude du modèle d'inhibition comportementale (Wolpe 1958) :**

Ce modèle suppose que le sujet possède des habiletés nécessaires et la capacité personnelle, mais l'adoption des comportements assertifs est inhibée.

Il postule que l'inhibition due à des réponses anxieuses liées à certaines situations sociales. **Wolpe** (1958) a démontré qu'un grand nombre d'émotion qui ont tendance à entrer en compétition avec l'anxiété provoque des changements dans l'organisme. Ces émotions sont souvent agréables (approbation, affection, admiration, etc.) et lorsqu'elles ont un prolongement sur

le plan moteur-dit **wolpe**, leur intensité se trouve augmentée. Ainsi, l'anxiété provoquée par une situation peut être déconditionnée par l'expression de toute émotion autre que l'anxiété (même la colère), et le comportement moteur s'en trouvera renforcé par les conséquences positives qu'il peut avoir sur le plan social (par exemple contrôle de la situation de parler en public, approbation des autres, etc.). Ces individus apparaissent comme inhibés. A l'occasion d'un événement « normal », en raison de leur appréhension, de la peur liée à la situation, ils ne respectent pas leurs propres besoins, droits et sentiments. Selon **Wolpe**, la suppression de ce qui permet normalement d'extérioriser les sentiments a pour résultat un état d'agitation intérieure qui peut produire des symptômes psychosomatiques. (Gisèle George et Luis Vera, 1999, pp.8, 9).

### **6-1-2-L'étude du modèle de défaut d'apprentissage :**

L'hypothèse centrale de ce modèle postule que les comportements assertifs ne sont pas présents dans le répertoire comportemental du sujet. Plusieurs hypothèses ont été avancées dans l'explication du défaut d'apprentissage. Par exemple, **Linehan** suggère que l'individu peut posséder certaines composantes du comportement assertif (richesse verbale, comportement gestuel approprié) mais qu'il n'a pas appris à les combiner ni à les enchaîner dans la production d'un comportement assertif. **Mager et Pipe (1970)** font appel à la notion de renforcement pour expliquer le manque d'acquisition. Ils commentent deux situations types.

**1-Contingences de renforcement mal structurées ou insuffisantes pour instaurer des comportements assertifs.**

**2-D'autres comportements incompatibles avec l'assertivité (retrait social, agressivité, par exemple) peuvent avoir des renforcements assez puissants car ils évitent les sentiments désagréables provoqués par les comportements peu affirmés dans l'interaction sociale. (Gisèle George et Luis Vera, 1999, p.11).**

### **6-1-3-L'étude du modèle de discrimination défectueuse :**

Selon ce modèle, le sujet ne sait pas choisir le comportement approprié en fonction de la situation. Pour **Rich et Schroeder (1976)**, le comportement non assertif peut être dû à l'impossibilité de la part du sujet à discriminer d'une manière adéquate les situations dans lesquelles il devrait adopter un

comportement déterminer. Le sujet possède les comportements assertifs qui ne sont pas inhibés par l'anxiété ni par médiateurs cognitifs, mais il échoue dans la sélection de ses comportement. Nous n'avons pas observé beaucoup d'individus pouvant être rattachés à ce modèle explicatif. Néanmoins, au cours de l'entraînement à l'affirmation de soi, souvent les sujets ont des difficultés à

nuancer un comportement en fonction de la situation. (Gisèle George et Luis Vera, 1999, pp.11, 12).

## **6-2-Les études sur la maltraitance parentale :**

### **6-2-1-Etude de Claude Martin :**

Durant le XIX<sup>ème</sup> et la première moitié du XX<sup>ème</sup> siècle émerge peu à peu le monde des enfants séparé de celui des adultes. La coproduction de l'enfant à l'intérieur de la famille et à l'extérieur par l'école et les professionnels de l'enfance et de la famille va donner aux parents une fonction principale :

Celle d'entourer l'enfant d'affection. L'importance de l'affectif dans le lien parent-enfant n'est pas nouvelle, mais elle semble envahir toute la scène dans un contexte ou d'autres personnes que les parents ou les proches dispensent une partie des soins aux jeunes enfants. De là à considérer que la fonction parentale se résume à cette dimension affective, beaucoup des autres fonctions de caring qu'ils assumaient précédemment, pouvant être assumées par d'autres acteurs, il n'y a qu'un pas. A moins que les parents n'en viennent à définir leurs rôle en singeant celui de l'expert ou de professionnel : « Le rôle de parent semble

curieusement perdre la fermeté de ses contours, non seulement parce que père et mère sont deux pourvoyeurs et conviés à des activités identiques auprès des enfants, mais aussi parce que l'existence des membres de la famille se déroule pour une part en dehors de l'espace domestique. Devant se situer face aux spécialistes entourant l'enfance, le parental à peine à affirmer sa spécificité, sinon par le déploiement de l'affectif ou le mimétisme de rôle du l'expert ». (Claude Martin, 2003, pp. 227, 233).

### **6-2-2-L'étude de François de Singly :**

Il a consacré une partie de son ouvrage « le soi, le couple et la famille » (1996) à retracer cette nouvelle configuration de rôle parental. En recourant au mythe de pygmalion, il montre comment les parents sont devenus responsables de la

révélation du potentiel de l'enfant en créant des conditions propices à l'actualisation de ce potentiel, d'où l'expression de « famille relationnelle ». Le postulat est donc celui de l'existence d'une personnalité latente qui pour se révéler a besoin de l'aide d'un ou de plusieurs proches.

Le regard positif, l'exploration des aptitudes de l'enfant dans une grande diversité d'expériences et par l'ouverture sur le monde extérieur et les autres, la négociation avec lui, dans le respect de son individualité et de ses aspirations

ou encore, la qualité relationnelle sont les ingrédients de cette conduite parentale moderne. La responsabilité parentale se déplace alors de la défense d'un modèle moral, hiérarchisé, imposé par le haut, de l'adulte à l'enfant, dictant les conduites à suivre et à respecter, à la promotion d'un modèle où le parent est chargé de révéler les talents cachés : « Dans la relation familiale, même si les enfants sont construits comme des individus responsables, les parents estiment être, eux aussi, responsables du destin de leur enfant. (Claude Martin, 2003, pp. 110, 111).

### **6-2-3-Etude de A. Crivillé :**

**Crivillé (1987)** fait remarquer que « tout enfant porte aussi sa violence dans ses réactions fondamentalement narcissiques et sa capacité d'opposition active ou passive ». Pour sa part, le Dr **M. Lamour (1990)** souligne toujours le rôle actif du bébé dans les interactions et leurs perturbations. Il existe chez certains bébés des aptitudes émotionnelles à s'engager dans une relation troublante et troublée. Ceux-ci sont plus en danger que d'autres. «Ce sont des bébés à risque d'être victimes », remarque le Pr. Rufo.

D'une manière générale, c'est la qualité des expériences sensorielles et affectives de la mère (ou de son substitut) qui organise les perceptions, les émotions de tout petit, qui, sans adulte tuteur, resteraient inorganisées, excessive ou défaillantes. Le nourrisson soumis à une présence occasionnellement ou régulièrement violente à son égard, va se trouver entravé dans l'ensemble de son fonctionnement psychique, et ceci, indépendamment du danger vital qui pèse sur sa personne. Le bébé confronté répétitivement à la violence se trouve dans une situation inextricable d'être ressenti comme celui qui anéantit la personne dont il a besoin pour vivre. (Inès Angelino, 2003, pp. 45, 46).

Finalement, on peut dire que le terme de maltraitance représente une gravité importante du développement de l'enfant, selon le psychanalyste **Jacques Dayen (1985)** « les actes de maltraitance peuvent provoquer un traumatisme psychique qui engendre un syndrome de répétition », ainsi que les travaux de **Menahen (1992-1994)** analysé les maltraitances connues durant l'enfance comme des causes principales des prises de risque et des troubles de santé à l'âge adulte. **George Menahen (1994)**. De leurs parts **Gisèle et Vera (1999)** ont analysé l'anxiété sociale (timidité) et l'anxiété de performance (peur excessive de mal faire) comme des troubles de santé chez les enfants et les

adolescents maltraités durant la période de l'enfance (Gisèle George et Luis Vera, 1999, p.2), donc la traitance parentale et la timidité ont un fort rapport

entre elles, pour **Hartenberg (1900)** « après l'hérédité, la traitance parentale est le grand facteur étiologique de la timidité ». (Paul Hartenberg, 1921, p. 218).

Dans les antérieures, on constate que l'inhibition du comportement assertif provoque l'anxiété sociale (timidité) mais la source principale de cette dernière trouvait ses racines dans la maltraitance des parents à l'égard de l'enfant notamment il existe une négligence de la dimension affective au sein de la famille.

**Conclusion :**

La disponibilité des études antérieures nous permet d'avoir une idée générale sur notre thème de recherche, au même temps elles nous aident à poursuivre une méthode adéquate pendant notre étude et de déterminer les objectifs de notre recherche pour pouvoir atteindre des bons résultats.

# **Chapitre 2**

# **La maltraitance parentale**

## **Préambule**

**1-Définitions**

**2-Les différentes formes de la maltraitance**

**3-Les théories de la maltraitance**

**4-Les actes de la maltraitance**

**5-Les situations de la maltraitance**

**6- facteurs de prédisposition et facteurs de risque de la maltraitance**

**7-La complexité de la maltraitance**

**8-Les difficultés d'un enfant maltraité**

**9- Les conséquences de la maltraitance**

**10-La prise en charge d'un enfant maltraité**

## **Conclusion**

**Préambule :**

La traitance parentale joue un rôle primordial dans la vie de l'enfant, en effet les parents doivent être toujours attentifs à leurs comportements vis-à-vis de leurs enfants puisqu'ils l'influencent.

On emploie souvent le terme de maltraitance dans le langage courant pour parler des effets négatifs qu'elle provoque dans le développement physique, cognitif, affectif et social de l'enfant et l'adolescent.

**1-Définition de la maltraitance :****Selon le guide sur la prévention de la maltraitance :**

« La maltraitance des enfants renvoie aux mauvais traitements physiques et affectifs, aux sévices sexuels, au manque de soins ou à la négligence envers les enfants, ainsi qu'à leur exploitation commerciale ou autre. Elle a lieu dans des contextes nombreux et divers ». (Alexander Butchart et Alison Phinney Harvey, 2006, p.7).

**Selon l'Odas (L'Observation nationale de l'action sociale) 1994 :**

« L'enfant maltraité est ce lui qui est victime de violences physiques, cruauté mentale, abus sexuels, négligences lourdes ayant des conséquences graves sur son développement physique et psychologique ». (Inès Angelino, 2002, p.86).

A travers ces définitions on peut dire que l'enfant maltraité est une personne atteinte dans son intégrité physique et psychique, mais ces auteurs n'ont pas évoqué le rôle des parents et celui de la famille dans la traitance des enfants.

**2-Les différentes formes de maltraitance aux enfants et aux adolescents (selon le Conseil de l'Europe, 1992) :****2-1-La maltraitance physique :**

L'enfant est victime de brutalités ou d'absence de soins entraînant des lésions physiques ou des troubles de l'état général.

**2-2-La maltraitance psychologique :**

L'enfant est victime de délaissement ou de violences morales (brimades répétées et disproportionnées).



**2-3- Les abus et sévices sexuels :**

L'enfant est victime de viol, d'inceste, d'attentat à la pudeur. (Sheree L.Toth et Dante Cicchetti, 2005, p. 10).

**3-Les théories de maltraitance:****3-1-La théorie d'Inès Angelino:**

Les mauvais traitements témoignent de l'échec momentané de la fonction protectrice du couple à l'égard de leurs enfants. Les sévices physiques et psychologiques se perpétuent sans que le partenaire qui n'est pas activement engagé ne réagisse sur le moment ni même après. Il ne s'agit pas de couples éphémères, bien au contraire, mais le plus souvent « **solide** », puisqu'ils ne se séparent pas.

Ce phénomène est assez peu dépendant de la densité pathologique des partenaires. En effet, certaines personnalités pourtant très pathologiques parviennent à se contenir réciproquement à l'égard de leurs enfants et à rester des parents acceptables, tandis que d'autres parents, souffrant de troubles plus légers, ayant des identités assez affirmées, peuvent devenir maltraitant. Sans entrer dans des catégorisations qui ne feraient que figer d'avantage les êtres, je présenterai quelques cas de figure parmi d'autres, dont la conjugaison peut aboutir, si les appels muets de l'un et de l'autre n'ont pas été perçus à temps, à une situation avérée de maltraitance intrafamiliale.

Souvent, la mère- mais cela peut être également le père- se trouve dans l'impossibilité de contenir la violence que fait surgir chez son partenaire un certain type de confrontation avec l'enfant. Elle (ou il) n'intervient pas, elle(ou il) connaît une sorte de torpeur et son état peut s'apparenter à celui de l'hypnose. Cette impossibilité à agir, à penser, sur le moment même après, renforce la puissance d'agir de l'autre partenaire et accélère l'intensité de ses réactions. La rencontre de deux existences parsemées de traumatismes jamais élaborés peut déboucher dans une composante commune inconsciente qui va

enchaîner certains couples et les rendre aveugles vis-à-vis d'eux même et de leur enfant.

Ces parents ont chacun une manière différente de survivre à une violence sur laquelle ils n'ont pu avoir la moindre prise ; cette violence est restée entière.

On trouve naturellement et plus fréquemment encore des situations où c'est l'inverse : le père exerce une violence active sur les enfants, et la mère, elle, ne réagit pas. (Inès Angelino, 2002, pp.36, 38).

### **3-2- La théorie de Toth et Cicchetti :**

Dans un premier temps, l'influence propre aux antécédents de maltraitance sur l'exercice du comportement parental est bien documentée dans la littérature sur les mauvais traitements envers les enfants. En effet, le vécu de maltraitance durant l'enfance est fortement associé à la perpétration ultérieure d'actes de maltraitance envers ses propres enfants **Kaufman et Zigler (1987); Massé (1994)**. Les données recueillies de façon rétrospective suggèrent qu'entre 60 et 70 % des parents maltraitants ont eux-mêmes été victimes de maltraitance durant leur enfance **Belsky, Youngblade et Pensky (1992); Kaufman et Zigler (1987); Massé (1994)**.

D'une part, les tenants des théories faisant référence à la notion de l'attachement soutiennent que la qualité du processus d'attachement entre l'enfant et le parent soignant est un prédicteur important de la compétence socio-émotionnelle ultérieure de l'individu **Carlson, Cicchetti, Barnett et Braunwald (1989); Sroufe (1988)**. Considérant que le vécu de maltraitance perturbe la création d'un lien d'attachement sécure entre l'enfant et son parent **Carlson, Cicchetti, Barnett et Braunwald (1989); Crittenden et Ainsworth (1990); Osofsky, Hann et Peebles (1993)**, les parents ayant des antécédents de maltraitance seraient davantage à risque de reproduire avec leurs enfants, les patrons d'interactions caractéristiques de ce qu'ils ont vécu durant leur propre enfance.

Par ailleurs, la théorie de l'apprentissage social propose que les conditions sociales dans lesquelles se développe un enfant constituent des déterminants importants des comportements subséquents que ce dernier adopte au cours de sa vie **Bandura (1971)**. **Gelles et Strauss (1979)** explique que cette théorie prétend que les enfants qui sont maltraités apprennent à considérer la maltraitance comme une forme adéquate de comportement régissant les interactions parent-enfant. En retour, ils reproduisent ces comportements maltraitants lorsqu'ils deviennent à leur tour parents.

Bien qu'elles apportent des éléments pertinents à la compréhension de la maltraitance, ni les théories faisant référence à la notion d'attachement ni la

théorie de l'apprentissage social ne peuvent expliquer à elles seules l'occurrence de maltraitance puisqu'il n'existe pas de lien de cause à effet entre le vécu de maltraitance durant son enfance et la maltraitance envers ses enfants à l'âge adulte. Notamment, entre 30 et 40 % des parents maltraitants n'ont jamais été

maltraités durant leur enfance **Oliver (1993)**. Pour ces parents, la maltraitance à l'égard de leurs enfants n'est donc pas subséquente à un apprentissage au sein des contextes humains et sociaux dans lesquels ils se sont développés, mais plutôt, le résultat d'influences exercées par d'autres facteurs de risque, de façon indépendante, ou encore, en interaction avec la présence d'antécédents de maltraitance. (Sheree L.Toth et Dante Cicchetti, 2005, pp. 13, 14).

### **3-3 -La théorie de l'approche systémique :**

Cette approche considère la famille comme une totalité interactive, un système en soi, dont l'action de chaque membre ne peut être isolée et où des pseudo-équilibres tendent à se former aux dépens d'un sujet, ici, l'enfant maltraité, chargé ou se chargeant d'une partie des conflits parentaux actuels et transgénérationnels.

En maltraitant son enfant, un parent peut adresser une sorte de message à ses propres parents : « Ces comportements carençant ont le plus souvent existé à la génération précédente et ils ont objectivement privé les jeunes parents de modèles d'apprentissage des conduites de soins protecteurs et tendres envers les enfants. » **O. Masson (1991)**. Il est rare que les grands-parents puissent entendre ce message sans disqualifier leurs enfants. Dans certains cas ; les grands-parents peuvent devenir les signaleurs actifs des maltraitances ou des négligences exercées sur leurs petits-enfants. Cela implique une prise en charge tenant compte de l'importance des conflits exprimés et de la place particulière occupée par l'enfant revendiqué à la fois par ses parents et par ses grands-parents. L'enfant peut focaliser sur sa personne des conflits qui concernent un autre, par exemple, son père biologique qui a abandonné sa mère. Le nouveau conjoint s'y associe et désigne l'enfant à la vindicte familiale. Il est assez fréquent que l'enfant ait été élevé par d'autres, notamment par ses grands-parents.

Certains enfants peuvent activement interférer dans un conflit conjugal et l'attiser. Ils s'allient avec le parent qui leur paraît le plus faible. L'autre parent se sent alors abandonné ou agressé par son enfant, et il s'en défend en frappant. On voit tout l'intérêt du travail approfondi avec le couple, permettant de mettre en évidence les fausses solidarités, l'existence d'une coresponsabilité et d'exprimer ses attentes, ses déceptions. L'émergence d'un conflit peut témoigner d'un

progrès dans l'affirmation d'une identité désormais mieux délimitée, amenant un travail de séparation-individuation qui avait fait défaut aux deux parents.

L'abord systémique permet de faire sortir la famille de son huis clos. Dans les cas les plus réussis, elle permet aux uns et aux autres de s'approprier de

léments de leur histoire et met en place des dynamismes nouveaux. (Inès Angelino, 2002, pp. 120, 121).

### **3-4-Selon le guide sur la prévention et la maltraitance des enfants :**

Ces dernières années ont vu la recrudescence des recherches sur le développement du cerveau des enfants en bas âge et notamment les répercussions de la maltraitance sur un cerveau en plein développement au cours de la première enfance et de la petite enfance. Ces recherches commencent à indiquer clairement que le développement cérébral peut être physiologiquement altéré par un stress prolongé, grave ou imprévisible « **dont la maltraitance** » au cours des premières années de l'enfance. Ce genre d'altération dans le développement cérébral peut à son tour avoir des effets négatifs sur le développement physique, cognitif, affectif et social des enfants

Différentes régions du cerveau se développent sous l'effet d'une stimulation qui y engendre une activité. Avec le temps, le cerveau grandit en taille et densité et atteint 90% de sa taille définitive à l'âge de 3 ans. Si les stimulations et l'affection font défaut, par exemple, si les parents ou les personnes qui s'occupent des enfants lui sont hostiles ou ne s'intéressent pas à lui, son développement cérébral risque d'être déficient.

Le cerveau des enfants qui souffrent de stress à cause de mauvais traitements physiques, de violence sexuelle ou de négligence chronique consacreront ses ressources à la survie et à réagir aux menaces de l'environnement. Cette stimulation chronique du cerveau en réponse à la peur signifie que des régions particulières du cerveau seront fréquemment activées. Ces régions auront donc tendance à être surdéveloppées aux dépens d'autres

qui ne peuvent pas être activées au même moment, comme les régions qui sont impliquées dans la pensée complexe. En conséquence, les régions du cerveau des enfants, qui ne sont pas associées à la réponse à la peur, risquent de ne pas être « **disponibles** » pour l'acquisition de connaissances.

L'incidence d'événements survenus au cours de la première et de la petite enfance sur le développement cérébral est à la base de l'expression de l'intelligence, des émotions et de la personnalité. Lorsque ces événements sont avant tout négatifs, les enfants risquent d'avoir des problèmes affectifs, comportementaux et d'acquisition de connaissances qui persisteront tout au long de leur vie, en particulier si les interventions ciblées font défaut. Pour apprendre et assimiler de nouvelles connaissances, dans une salle de classe ou dans le cadre d'une expérience sociale nouvelle, le cerveau des enfants doit être dans un état d' « **attention posée** », dans lequel se trouve rarement un enfant traumatisé.

Les enfants qui n'ont pas pu développer de liens sains avec les personnes qui s'occupaient d'eux et dont les expériences affectives dans leur jeune âge, du fait de leurs répercussions sur le cerveau, n'ont pas pu créer la base nécessaire à un développement affectif positif, risquent d'avoir des aptitudes peu propices à l'empathie. Dans des cas extrêmes, si un enfant n'éprouve aucun attachement pour aucun être humain, on ne peut pas attendre de lui qu'il regrette d'avoir blessé ou même tué quelqu'un. (Alexander Butchart et Alison Phinney Harvey, 2006, p.8).

A travers ces théories ci-dessus, on comprend que la source principale de mauvais traitement de l'enfant est sans doute ces propres parents, soit l'un des parents, soit les deux au même temps à propos de différentes causes.

### **4-Les actes de la maltraitance:**

#### **4-1-Selon le conseil de l'Europe 1992:**

##### **4-1-1- Violences physiques :**

Coups, brûlures, ligotages, soins brusques sans information ou préparation, non satisfaction des demandes pour des besoins physiologiques, violences sexuelles, meurtres (dont euthanasie)...

##### **4-1-2- Violences psychiques ou morales :**

Langage irrespectueux ou dévalorisant, absence de considération, chantages, abus d'autorité, comportements d'infantilisation, non respect de l'intimité, injonctions paradoxales...

**4-1-3- Violences matérielles et financières :**

Vols, exigence de pourboires, escroqueries diverses, locaux inadaptés...

**4-1-4- Violences médicales ou médicamenteuses :**

Manque de soins de base, non information sur les traitements ou les soins, abus de traitements sédatifs ou neuroleptiques, défaut de soins de rééducation, non prise en compte de la douleur...

**4-1-5- Négligences actives :**

Toutes formes de sévices, abus, abandons, manquements pratiqués avec la conscience de nuire.

**4-1-6- Négligences passives :**

Négligences relevant de l'ignorance, de l'inattention de l'entourage.

**4-1-7- Privation ou violation de droits :**

Limitation de la liberté de la personne, privation de l'exercice des droits civiques, d'une pratique religieuse...

**4-2- Selon le Rapport mondial sur la violence et la santé et la Consultation sur la Prévention de la maltraitance de l'enfant de 1999, Organisation mondiale de la Santé, distinguent quatre types de violence envers les enfants :****4-2-1-La violence physique :**

On entend par violence physique exercée contre un enfant l'usage intentionnel de la force physique qui entraîne – ou risque fortement d'entraîner – un préjudice réel pour la santé de l'enfant, sa survie, son développement sa dignité.

Cela ou comprend les actes qui consistent à frapper, battre, donner des coups de pieds, secouer, mordre, étrangler, infliger des brûlures de toutes sortes, empoisonner et faire suffoquer. Bien des actes de violence envers des enfants sont infligés à la maison dans le but de punir.

**4-2-2-La violence sexuelle:**

On entend par violence sexuelle la participation d'un enfant à une activité sexuelle qu'il n'est pas pleinement en mesure de comprendre, à laquelle il ne peut consentir en connaissance de cause ou pour laquelle il n'est pas préparé du point de vue de son développement, ou encore qui viole les lois ou les tabous sociaux de la société. Les enfants peuvent être à la fois victimes de violence sexuelle exercée par des adultes et par d'autres enfants qui – du fait de leur âge ou de leur stade de développement – ont un lien de responsabilité, de confiance ou de pouvoir avec la victime.

**4-2-3-La violence psychologique :**

La violence psychologique est à la fois le fait d'incidents isolés et de l'échec de l'un des parents ou de l'une des personnes s'occupant des enfants à fournir un environnement qui soit approprié et favorable au développement des enfants. Les actes de cette catégorie risquent fortement d'entraîner pour l'enfant des préjudices pour sa santé mentale ou son développement physique, mental, spirituel, moral ou social. Les abus de ce type sont la restriction de mouvement, les propos désobligeants, accusateurs, menaçants, effrayants, discriminatoires ou humiliants et d'autres formes de rejet ou de traitement hostile

**4-2-4-La négligence :**

La négligence concerne des incidents isolés et le défaut de la part de l'un des parents ou membres de la famille de pouvoir subvenir au développement et au bien-être des enfants s'il est en mesure de le faire dans un ou plusieurs des domaines suivants : santé, éducation, développement affectif, nutrition, foyer et conditions de vie en sécurité.

Les parents d'enfants négligés ne sont pas nécessairement pauvres. Ils peuvent tout aussi bien être aisés. (Alexander Butchart et Alison Phinney Harvey, 2006, pp.10, 11).

**5-les situations de la maltraitants :**

Elles sont multiples, on peut citer les différents types qui peuvent se présenter ainsi :

**5-1-Les parents persécuteurs :**

La rencontre de certaines structures psychiques parentales et la réactivité particulière d'un enfant, sa place dans l'histoire familiale pourront parfois déclencher une violence extrême à l'égard de cet enfant.

Une manifestation psychosomatique de l'enfant comme le refus de se nourrir, par exemple, peut être ressentie comme une menace intolérable pour le parent. Il est persuadé que l'enfant fait exprès de « faire la grève de la faim ». Les sévices, les contentions seront justifiés par l'obligation qu'il a de faire cesser l'anorexie. L'enfant vit dans la confusion des corps, des identités et des sentiments. Il s'entend dire qu'il est mauvais et sa personne nourrit l'acharnement de son parent. Il peut en venir à s'automutiler. S'il n'est pas aidé à temps, l'enfant à risque de se protéger par une organisation à caractère psychotique.

**5-2-Les parents pervers :**

L'enfant ne manifeste généralement pas de troubles psychosomatiques. Il se sent traqué par l'un de ses parents qui s'acharne sur lui, à la manière d'un chat qui joue avec une souris. Cela se manifeste par fois par des mains moites, une transpiration accrue. Il se fait le plus petit possible, il se cache, il rase les murs. Il fait comme s'il n'existe pas et malgré cela, ses parents s'acharnent sur lui. Dans les cas les plus dramatiques, s'il n'est pas secouru à temps, cet enfant, totalement muet sur ce qu'il endure, risque de perdre la vie.

**5-3-Une mère absente à son enfant :**

Des situations où les échanges entre la mère et l'enfant très affaiblis, c'est notamment le cas des enfants élevés par une mère plongée dans un deuil profond. Un deuil en milieu socio-économique défavorisé, si la mère ne bénéficie pas de soutiens familiaux ou de voisinage, touchera le bébé dans son dynamisme, mais aussi dans ses besoins vitaux qui pourront être « oubliés » par sa mère en état de choc psychique. L'image de certains êtres dont la disparition brutale provoque une sidération durable peut rester enclavée chez celui qui reste.

**5-4-Le déracinement familial :**

Le nouveau mode de vie entraînera une altération de cette sorte d'enveloppe culturelle tissée par la langue du pays, les odeurs, le goût des



aliments, les coutumes, l'habitat, les représentations de l'homme, de la femme et de l'enfant, la transmission de la filiation, les pratiques de soins, etc.

### **5-5-Une insuffisance de paroles :**

L'enfant de milieu défavorisé connaît un manque de paroles avec son père et sa mère qui lui parle peu, selon **F.Dolto (2001)**, les paroles de la mère s'inscrivent comme des « franges » de sa présence et tiendront compagnie au bébé, en l'absence de sa mère. Elles peupleront, l'aideront à supporter sa solitude en attendant les retrouvailles.

Le bébé « à l'abri » risque de percevoir l'absence de sa mère comme une évanescence en raison de ses rythmes imprévisibles, souvent liés à une multitude de souci au quotidien. Certains psychiatres soulignent la pauvreté de l'imaginaire chez ces enfants **R. Diatkine (1979)**.

Il est certains que les conditions de précarité affective et matérielle ne favorisent des liens de complicité affective. Celle-ci, pour se manifester, a aussi besoin d'un espace imaginaire dans lequel les colères, les peurs, les émois ne restent pas à l'état brut, si l'on peut dire, sous forme de décharges violentes, faute d'avoir été entraînés dans un processus d'assimilation.

### **5-6-Une identité souffrante :**

L'insuffisance d'échanges dynamiques entre la mère, le père et l'enfant freine le désir de grandir de l'enfant, qui, plus qu'un autre, stagne dans son développement physique, moteur, intellectuel et affectif. L'enfant du quart monde est retardé à chaque étape de son autonomisation, comme si sa mère le

retenait le plus longtemps possible dépendant d'elle, sans que son père n'y trouve à redire.

L'étroitesse du logement et la précarité des installations de fortune y prêtent. En outre, l'enfant qui n'a pas été préparé à des expériences d'exploration s'avère touche-à-tout et imprudent. Ces familles connaissant tant de contraintes sociales sont peu capables de formuler des interdits.

Dés que la mère se trouve à nouveau enceinte, elle lâche subitement l'enfant ; celui-ci risque de rester fixé à sa mère qui ne lui a pas donné les moyens de se confronter progressivement avec la réalité.

**5-7-un père « se montre » violent :**

L'homme du quart monde est souvent exclu et s'exclut souvent du monde de ses enfants qui appartiennent en priorité à l'univers maternel. Pourtant, il témoigne d'une possibilité de s'identifier à son enfant, même petit. **M. David (1984)** note que « dans certains cas, il peut se substituer à sa femme, lorsque celle-ci est défaillante et s'opposer à certains placements ». Par ailleurs, l'homme de quart monde souffre d'une angoisse diffuse, alliée à une instabilité fréquente qui peut favoriser la violence, on aussi la fréquence de l'alcoolisme masculin signe une des difficultés majeures de l'homme à s'assumer comme une personne responsable. Notons que l'alcoolisme féminin existe aussi.

**5-8-des crises :**

Le quart monde est aussi souvent le lieu d'un enfermement du noyau familial sur lui-même, causé par une angoisse profonde.

Le renfermement du groupe familial sur lui-même, le besoin de se terrer, de « faire le mort » semble être une des caractéristiques des populations très défavorisées, vivant l'extérieur comme redoutable. Cet arrêt de tous les contacts sociaux, ce calfeutrage familial peuvent être déclenchés par de multiples causes, dont la crainte de l'action des services sociaux ou d'une éventuelle expulsion.

Le groupe familial peut également se replier sur lui-même pour panser ses plaies affectives et soustraire l'enfant, qui peut avoir reçu quelques coups, aux regards indiscrets. En revanche, à d'autres moments, maladies, accidents, rupture de couple, l'enfant peut être placé temporairement en urgence chez un membre de la famille ou à l'aide sociale à l'enfance.

**5-9-un ensemble de trouble :**

Cette spirale de précarités qui s'enchaînent inexorablement risque d'empêcher l'enfant d'investir son corps, ses capacités de relation, son espace personnel.

**A.de Vos Steesjwick (1977)** souligne les conséquences de cet ensemble de précarités : « les premiers retards mesurables apparaissent à trois ans. Mais avant, nous constatons des anomalies de poids et de taille, doublées tantôt d'une grande nervosité, de faiblesse de l'éveil sensoriel qui peuvent aller jusqu'à un véritable immobilisme. »

Le besoin de contacts corporels sécurisants de l'enfant le pousse à rechercher une protection anticipée contre une rupture qu'il ressent traumatique, le rend

collant. Il supporte mal la frustration, se déchire de colère. Dans d'autres cas, il est traversé d'affects divers qui l'empêchent de fixer son attention : il « sautille » d'une occupation à l'autre, ou à l'inverse, il manifeste une sorte d'indifférence. L'enfant sous-stimulé pourra également connaître un retard de soins par méconnaissance de certaines symptomatologies ou de complications de maladies infectieuses.

### **5-10- L'inceste de la mère et du père :**

L'inceste maternel reste souvent insoupçonné car il semble acquis par le plus grand nombre d'entre nous que les échanges peau à peau et corps à corps entre la mère et son petit, qu'il soit fille ou garçon, leur imparable nécessité pour la construction du « petit d'homme », empêche la mère d'être tentée de devenir incestueuse.

Par contre l'inceste du père, **F. Gruyer, M. Fadier Nisse et le Dr P. Sabourin (1992)** notent que : « Les familles fonctionnent souvent selon des règles éducatives très rigides. Les parents imposent des lois morales d'autant plus désadaptées qu'ils admettent paradoxalement les transgressions les plus graves. Il n'est pas rare que les abus sexuels se produisent dans des familles très religieuses et pratiquantes, aux principes d'éducation et aux règles d'hygiène particulièrement strictes.

### **5-11-La dépression maternelle et la mise en évidence de dépression paternelle :**

On constate de plus en plus de dépressions maternelles reconnues, décelées ou restant masquées. Les bouleversements identitaires pouvant être amenés par la grossesse, l'incertitude de l'avenir, l'isolement, le manque d'étayage et l'absence d'un compagnon attentif peuvent les favoriser.

La dépression postnatale peut prendre des aspects comme un abattement profond, des douleurs diffuses, une perte de sommeil ou une hyperactivité empêche le tissage de liens sensoriels sécurisants. Le plus souvent, les enfants de mères déprimées finissent par s'engourdir et se désintéresser du monde.

D'une autre part on trouve la dépression paternelle, cette dernière se manifeste par des passages à l'acte tels qu'une alcoolisation soudaine chez un homme jusque-là sobre, des fugues, de l'adultère, un épisode psychotique

soudain ou des coups et blessures sur la mère et sur le fœtus. Selon **A. Bourenga (1994)**, « ces actes témoigneraient d'un état dépressif qui trouve

momentanément issue dans un passage à l'acte amenant un effondrement de l'estime de soi qui accélère à son tour la dépression ».

### **5-12- Les grossesses des adolescentes :**

Certaines grossesses peuvent se présenter comme une sorte de mise en acte s'inscrivant au centre d'une problématique faite de souffrance, d'incapacité à se rejoindre et à se séparer et à investir son corps. Ces jeunes filles découvrent tardivement leur grossesse et elles ne la déniaient pas. Elles camouflent leur grossesse et ne la dévoilent pas. Elles n'en parlent pas, ne la nomme pas, et elle est irreprésentables. (Inès Angelino, 2002, pp. 53, 218).

### **6- Les facteurs de prédisposition et facteurs de risque de la maltraitance :**

Aucun facteur pris séparément n'explique à lui seul pourquoi certaines personnes ont un comportement violent envers les enfants ou pourquoi la maltraitance d'enfants est plus courante dans certaines communautés que dans d'autres. Comme pour les autres personnes ont formes de violence, on comprend mieux la maltraitance des enfants si l'on analyse l'interaction complexe de plusieurs facteurs à différents niveaux ce qui est capital si l'on veut effectivement traiter le problème.

Selon un modèle écologique décrivant les facteurs de risque en matière de maltraitance des enfants :

#### **6-1- Les facteurs individuels :**

##### **6-1-1- Les facteurs de risque chez les parents et les personnes s'occupant d'enfants :**

Certains facteurs chez les parents et d'autres membres de la famille augmentent les risques de maltraitance. L'un ou l'autre des parents ou personnes s'occupant des enfants :

-A de la difficulté à établir un lien affectif avec un enfant nouveau-né par exemple, suite à un accouchement difficile, des complications lors de l'accouchement ou parce que le bébé déçoit.

-Ne manifeste pas d'intérêt envers l'enfant.

-A été maltraité étant enfant.

- Manque de connaissances sur le développement des enfants ou a des attentes irréalisables qui l'empêchent de comprendre les besoins et les comportements des enfants par exemple, il interprète le mauvais comportement d'un enfant comme étant intentionnel, plutôt qu'un stade de son développement.
- Réagit par des punitions ou des actes excessifs ou violents face à des comportements perçus comme étant inappropriés.
- Approuve le châtement corporel comme moyen de discipliner l'enfant ou le croit efficace.
- A recours au châtement corporel pour discipliner l'enfant.
- Souffre de problèmes physiques ou mentaux ou de déficience intellectuelle interférant avec sa capacité de parent.
- Ne sait pas se maîtriser lorsqu'il est contrarié ou en colère.
- Abuse d'alcool ou de drogues, même durant la grossesse, si bien que ses aptitudes à prendre soin des enfants s'en ressentent.
- Est impliqué dans des activités criminelles qui compromettent ses rapports avec l'enfant.
- Est socialement isolé.
- Est déprimé, se dévalorise ou se sent inapte – ce qui renforce son incapacité à satisfaire les besoins des enfants ou de la famille.
- N'a guère d'aptitudes en matière d'éducation en raison de son jeune âge ou par manque d'instruction.
- Epreuve des difficultés financières.

### **6-1-2-Facteurs de risque chez l'enfant :**

Dire que certains facteurs de risque se rapportent à l'enfant ne signifie pas que cet enfant soit responsable des mauvais traitements dont il souffre, mais plutôt que la situation est plus difficile pour les parents parce que :

-L'enfant n'était pas désiré, ne répond pas aux attentes ou souhaits du parent par exemple, en raison de son sexe, de son apparence, de son tempérament ou d'anomalies congénitales.

-C'est un nourrisson qui a de grands besoins par exemple, il est né prématurément, il pleure constamment, il est mentalement ou physiquement handicapé ou il souffre d'une maladie chronique.

-Il pleure de façon persistante et n'est pas facile à calmer ou à consoler.

-Il présente des caractéristiques physiques, telles des anomalies faciales, faisant horreur au parent qui réagit en s'éloignant de lui.

-Il présente des symptômes de maladie mentale.

-Il a des traits de personnalité ou de caractère perçus par le parent comme étant problématiques comme l'hyperactivité ou l'impulsivité.

-Il est issu d'un accouchement multiple qui dépasse les capacités du parent en ce qui concerne cet enfant.

- Il a un ou plusieurs frères et sœurs peut-être proches en âge qui requièrent beaucoup d'attention de la part du parent.

- C'est un enfant qui extériorise des traits de comportement dangereux ou est exposé à des comportements dangereux comme la violence, le comportement criminel du partenaire intime, les sévices auto-infligés, la violence envers les animaux ou l'agression continuelle de pairs.

### 6-2-Les facteurs relationnels :

La composition des familles peut varier grandement en fonction de leurs circonstances propres et des normes de la société locale. Dans de nombreuses communautés, la famille nucléaire « **traditionnelle** » consistant en une mère et un père mariés et des enfants peut ne pas être la norme. Il peut y avoir à la tête de la famille des mères célibataires, des pères célibataires, des couples de sexe identique, des frères ou des sœurs ou des personnes âgées. Les facteurs de risque de maltraitance d'enfant relevant de relations dans la famille, avec des amis, des partenaires intimes et des pairs sont, entre autres, les suivants :

- le manque d'attachement entre le parent et l'enfant et l'absence de liens affectifs.
- les problèmes de santé physique, mentale ou liés au développement d'un membre de la famille.
- l'éclatement de la famille « problèmes de mariage ou de relations intimes » provoquant chez l'enfant ou l'adulte une maladie mentale, de la tristesse, un sentiment de solitude, des tensions ou des disputes à propos de la garde des enfants.
- la violence dans la famille entre les partenaires se partageant l'éducation des enfants, entre les enfants ou entre les partenaires en éducation et les enfants.
- les rôles en fonction du sexe et les rôles dans les rapports intimes, y compris le mariage, qui sont irrespectueux envers une ou plusieurs personnes dans la maison.
- le fait d'être isolé de la communauté.
- le manque d'un réseau de soutien en cas de rapports tendus ou difficiles.
- un soutien moindre à l'enfant du fait de l'augmentation de la famille.
- la discrimination envers la famille pour des raisons d'ethnicité, de nationalité, de religion, de sexe, d'âge, d'orientation sexuelle, d'infirmité ou de style de vie.
- L'implication dans des activités criminelles ou violentes dans la communauté.

### **6-3-Les facteurs communautaires :**

Les caractéristiques de l'environnement communautaire associées à l'augmentation de risques de maltraitance des enfants sont, entre autres :

- La tolérance de la violence.
- Les inégalités sexuelles et sociales dans la communauté.
- Le manque de logements adéquats.
- Le manque de services de soutien aux familles et aux institutions pour répondre aux besoins spécifiques.

- Le chômage élevé.
- La pauvreté.
- Le taux élevé de plomb ou d'autres toxiques dans l'environnement.
- Les voisinages transitoires.
- L'accès facile à l'alcool.
- Un trafic local de drogues.
- Des politiques et programmes inadéquats dans les institutions, ce qui favorise la maltraitance des enfants.

### **6-4-Facteurs sociétaux :**

Les facteurs qui, dans une société, peuvent favoriser la maltraitance des enfants sont, entre autres, les suivants :

- Des politiques économiques, de santé et d'éducation menant à des niveaux de vies peu élevés ou à des inégalités et une précarité socio-économique.
- Des normes sociales et culturelles promouvant ou glorifiant la violence envers autrui, y compris le châtement corporel tel que dépeint dans les médias, la musique populaire et les jeux vidéo.
- Des normes sociales et culturelles exigeant des rôles strictement attribués selon le sexe.
- Des normes sociales et culturelles amoindrissant le statut des enfants dans les relations entre parent et enfant.
- L'existence de la pornographie infantile, de la prostitution infantile et du travail des enfants.

### **6-5-Les facteurs de protection :**

De la même manière qu'il y a des facteurs qui augmentent la prédisposition des enfants et des familles à la maltraitance, il en existe aussi qui peuvent avoir un effet protecteur. Malheureusement, ces facteurs de protection ont fait l'objet



de peu de recherches systématiques et ils ne sont pas encore bien compris. Les recherches effectuées jusqu'à présent portent essentiellement sur les facteurs de résistance, c'est-à-dire les facteurs qui diminuent l'impact de la maltraitance sur l'enfant victime. Les facteurs qui semblent favoriser la résistance sont, entre autres, les suivants :

- Le solide attachement du jeune enfant envers l'adulte membre de la famille.
- Des soins parentaux attentifs durant l'enfance.
  
- L'absence de relations avec des pairs délinquants, alcooliques ou toxicomanes.
  
- Des rapports chaleureux et d'un grand secours avec un parent non délinquant.
  
- L'absence du stress créé par les rapports de violence. (Butchart et Alison Phoney Harvey, 2006, pp. 14, 17).

A partir de ce qui est précédé, on peut constater que le degré de la maltraitance des enfants augmente de plus en plus à cause de l'interaction entre plusieurs facteurs de risque et que ces derniers diffèrent d'une personne à l'autre et d'une communauté à l'autre, de même qu'ils peuvent se présenter soit de la part des parents ou de la part de l'enfant lui-même.

### **7- La complexité de la maltraitance :**

Pour mesurer la gravité des maltraitances, il est important d'analyser quelles peuvent être leurs conséquences. D'abord au niveau du groupe social ou familial dans lequel elles prennent place, les maltraitances peuvent jouer un rôle perturbateur majeur. Qu'un des membres du groupe en maltraite un autre avec la complicité tacite ou la passivité des autres membres entraîne toujours des sentiments lourds et ambivalents. La culpabilité s'y mêle avec le ressentiment à l'égard de l'agresseur comme de l'agressé à qui l'on peut reprocher de ne pas résister voire d'avoir une relation spéciale avec son tortionnaire.

Ensuite, au niveau des individus, ces conséquences peuvent être de deux ordres, d'une part, des lésions et des atteintes physiques et, d'autre part, des réactions au niveau du psychisme. Par exemple, on observe souvent, chez les victimes, des sentiments d'impuissance et d'humiliation sans aucun rapport avec l'importance des atteintes corporelles. Mais dans d'autres cas, ces réactions sont ambivalentes et mêlent à la fois plaisir et souffrance. La complexité des modes d'intériorisation des situations de dépendance explique la grande variété des conséquences de la maltraitance :

-Les violences physiques (coups voire blessure exercées avec des armes) peuvent mettre les victimes dans des situations de prostration complète, mais elles peuvent aussi ne donner aucune suite si les personnes sont engagées dans un projet où elles visent à se dépasser.

-Les situations de privation (de nourriture, de soins, d'affection ou d'attention) peuvent conduire au désespoir et au refus de vivre mais, dans d'autres cas, elles peuvent ne pas entraîner de séquelles si une autorité a réussi à leur donner un sens.

-La privation de ressources matérielles et d'argent pourra par exemple être ressentie comme des interdictions de jouir de l'existence ou, au contraire, pourra être comprise comme l'occasion inespérée de prouver au monde son élévation spirituelle.

-Les violences psychologiques auront des implications complètement différentes selon l'emprise de la personne maltraitante sur la victime : des insultes d'un supérieur hiérarchique ou d'un ascendant pourront s'imprimer durablement dans la conscience de la personne qui aura subi de telles paroles dévalorisantes, alors que le dénigrement et le refus de tendresse d'un conjoint ou d'un parent pourront être considéré dans un autre contexte comme des jeux ou des façons paradoxales de témoigner son intérêt.

-Les violences sexuelles (viol, agression et atteinte sexuelle, inceste), enfin, sont moins ambivalentes et conduisent le plus souvent à des sentiments d'humiliation, d'impuissance et de négation de soi pouvant aller jusqu'à la dépression et au suicide ; pourtant, dans certains cas, des femmes ont fait face à de telles expériences de maltraitance et les ont transformées en les considérant au niveau plus général de la situation du genre féminin). (George Menahem, 1992, p.11).

### **8-Les difficultés d'un enfant maltraité :**

Un enfant maltraité ou ex-maltraité rencontre beaucoup de difficultés :

**8-1-**Chez l'enfant maltraité ce sont les modalités d'expression et l'intensité de la souffrance de l'enfant, son inhibition, ses peurs, son repli ou son agitation, sa provocation, le besoin qu'il a de détruire, parfois de s'automutiler, qui amènent les services à avoir recours à une consultation spécialisée. Naturellement, l'enfant doit être en sécurité physique, souvent en famille d'accueil ou en institution.

**8-2-** L'enfant ex-maltraité souffre d'une culpabilité d'exister renforcée par un manque cruel de sécurité intérieure. Le monde lui-même et les autres lui paraissent morcelés. Il ne peut se différencier de ses parents, en fait semblables à lui. Son mode de relation à l'autre passe par la douleur physique qui l'attache à son parent maltraitant. Cette relation est difficile à abandonner et l'enfant ex-maltraité pourra évoquer les mauvais traitements, une fois que la psychothérapie est bien entamée. L'enfant ex-maltraité est également bloqué dans ses capacités d'imaginer, de manifester ses émotions et de se représenter les choses dont on lui parle. Il est souvent frappé d'un interdit de savoir.

Selon les situations, selon les moments, l'enfant ex-maltraité pourra être excité, agité, menacer ou risquer de s'attaquer au psychanalyste. La permanence d'un cadre devenu familial, l'imposition de limites à respecter (ne pas s'attaquer aux objets ni aux personnes ni à lui-même), seront autant de facteurs contenant, porteurs de limites, l'enfant gravement maltraité n'a jamais connu d'objet protecteur puisqu'il n'a pas été protégé dans la réalité (Inès Angelino, 2002, pp.122, 123).

### **9-Les conséquences de la maltraitance des enfants :**

Les répercussions sur la santé et la société de la maltraitance des enfants sont plus généralisées que les seuls décès et blessures, et plus préjudiciables à la santé physique et mentale des victimes, ainsi qu'à leur développement. Des études indiquent que l'exposition aux mauvais traitements et à d'autres formes de violence au cours de l'enfance est associée à des facteurs de risque et à des comportements à risque par la suite, dont la victimisation violente et la perpétration d'actes de violence, la dépression, le tabagisme, l'obésité, les comportements sexuels à risque élevé, la grossesse non désirée, l'alcoolisme et la toxicomanie.

Ces facteurs de risque et de comportements à risque peuvent être l'une des principales causes de décès, de maladie et d'infirmité comme les maladies cardiaques, les maladies transmissibles sexuellement, les cancers et les suicides.

La maltraitance des enfants a donc de grandes répercussions sur la santé physique et mentale et ces répercussions sont coûteuses, aussi bien pour l'enfant que pour la société, tout au long de la vie de la victime. (Alexander Butchart et Alison Phinney Harvey, 2006, p.12).

**10-La prise en charge des enfants maltraités :**

L'aide social à l'enfance et à l'adolescence peut prendre en charge des enfants et des adolescents ayant des difficultés ou maltraités.

En Algérie, il existe quelques organismes tels que des associations caritatives, des centres d'Etat voués à cette tâche dont leur rôle essentiel est de venir au secours des enfants et adolescents maltraités. Ces organismes jouent un rôle d'importance en ce qui concerne la protection de l'enfance et de l'adolescence. Tout en devant à ce titre le soutien, l'aide, l'accompagnement des enfants et adolescents dont certains vivent des séparations brutales, des recompositions parfois éphémères.

**Conclusion :**

A travers ce chapitre, on a vu que la maltraitance parentale est interprétée de manière différentes de la part de différentes théories et de différents auteurs mais néanmoins la maltraitance parentale est une notion très importante dans le développement de l'enfant et de l'adolescent.

## Chapitre3

# la timidité et l'adolescent scolarisé

### Préambule

- |   |   |
|---|---|
| 1-Définition de la timidité   | 12- Les conséquences de la timidité                           |
| 2-Les catégories de la timidité<br>l'enfant                         | 13-La prévention de la timidité chez<br>l'enfant              |
| 3- Les théories de la timidité                                      | 14-Définitions de l'adolescence                               |
| 4-Les origines de la timidité                                       | 15-Les caractéristiques de l'adolescence                      |
| 5- Les causes de la timidité  | 16- Le développement a l'adolescence                          |
| 6-Les facteurs de maintien de<br>la timidité pathologique<br>milieu | 17-Le développement moral                                     |
| 7-Les formes cliniques de la timidité                               | 18- La révolte cote les parents et le<br>milieu               |
| 8- Les symptômes de la timidité                                     | 19- L'affirmation extérieure du moi                           |
| 9-Les mécanismes de la timidité                                     | 20- Les facteurs psychologiques de la<br>délinquance juvénile |
| 10-Les caractéristiques des enfants<br>et des adolescents timides   |   |
| 11-Le développement des<br>comportements sociaux du timide          |   |

### Conclusion

**Préambule :**

La timidité est semblable aux réactions de la peur et de la honte combinées .La timidité est un défaut qui provoque une paralysée carrément chez le timide et le rend incapable d'affronter la simple chose rencontrée, elle perturbe toute la personnalité notamment l'adolescent scolarisé.

**1-Définition de la timidité :**

Selon **M. Dugas (1898) :**

« La timidité n'est pas la crainte (timor) ; elle n'est pas non plus une disposition à la crainte (limiditas). On ne fait pas aux effrontés cet honneur de les appeler des braves; on ne doit pas faire aux timides cette injure de les confondre avec les poltrons et les lâches. Tandis que la crainte est causée par les choses, la timidité ne peut l'être que par les personnes. Au contraire, on est intimidé par les personnes, et on l'est par elles, alors qu'on n'est en droit d'en rien craindre, et qu'on n'en craint effectivement aucun mal, alors qu'on les sait bien disposées, indulgentes et bonnes, inoffensives ». (Paul Hartenberg, 1921, pp.6,7).

Selon **V. Preyer (1902) :**

La timidité est une réaction instinctive, et constitue sans doute un produit d'acquisition ancestrale, développé au cours des longs siècles de la vie collective de l'humanité. Comme pour la peur, l'enfant apporte en naissant l'aptitude à la timidité : et si l'on rapproche ces deux émotions voisines, peut-être pourra-t-on considérer la timidité comme une réaction de défense contre les hommes, de même que la peur est une réaction de défense contre les choses. De même qu'il y a une peur innée, il y a une timidité innée. (Ibid.p. 256).

A travers ces définitions on peut constater que ces deux auteurs font seulement une différence entre la timidité et la crainte ou la peur, mais en réalité la timidité se définit comme « manque de confiance en soi ».

**2-Les catégories de la timidité :**

Il y a plusieurs catégories de la timidité parmi ces dernières on peut évoquer les suivantes :

**2-1-Le trac, qui est souvent liée à une angoisse de la performance.**

**2-2-**La timidité qui naît d'un sentiment du besoin de s'affirmer, sans pour autant y arriver.

**2-3-**La timidité et la peur liées aux rencontres de gens inconnus.

C'est dans ces trois sortes de deux grandes catégories que l'on peut répertorier la timidité. Dans la plupart des cas, bon nombre de psychologues et de sophrologue on remarqués de manière répétée que le timide est une personne qui a une grande propension à s'auto-observer et s'autocritiquer de manière répétée, lors d'un dialogue avec une personne externe.

Plutôt que d'écouter la personne en face d'elle, le timide aura une tendance exagérée à s'auto critiquer et à s'auto observer de manière permanente. Traquant en lui-même le moindre signe de faiblesse qui ne fera que consolider sa croyance négative envers lui-même. Ou encore sa fâcheuse tendance à se sentir inférieur.

Souvent, un sentiment croissant de honte, d'infériorité et de stress intense peuvent littéralement faire exploser votre système nerveux et psychique :

-Bégaiement.

-Rougissemements intempestifs.

-Perte incontrôlée de l'usage de l'élocution.

-Crises d'angoisse.

-Geste maladroit et difficile à contrôler...

Vous le voyez, la panoplie des comportements du timide est d'autant plus vaste et variée d'une personne à l'autre.

Mais comment peut-on expliquer la source de cette timidité qui peut réellement être handicapante dans votre vie sociale et personnelle ?.

N'allez pas chercher plus loin, car la source de timidité remonte souvent à votre petite enfance. C'est là que nous construisons nos systèmes d'identité et de croyances personnelles. Par rapport aux gens qui nous entourent, notre milieu social et notre milieu scolaire. ([www.espace-optimiste.com](http://www.espace-optimiste.com)).

**3-Les théories de la timidité :****3-1-La théorie de M.Dugas(1898) :**

« La timidité n'est pas seulement une mauvaise honte, elle est encore une sorte de pudeur. On a parlé d'une « certaine timidité toute française, qui retient

l'expression des vérités morales sur les lèvres des mieux intentionnés, des meilleurs parmi les éducateurs ». Cette timidité n'est point la sottise peur des railleries, mais la crainte de profaner ses opinions et de les exposer aux outrages, celle de ne pouvoir les rendre ou de les rendre mal, celle de paraître déclamatoire et outré quand on est sincère. La timidité n'est souvent qu'une gêne à exprimer ses sentiments et à s'y livrer. Une sensibilité fine et nuancée ne peut pas se traduire et ne veut pas se trahir; elle se fait donc voilée et discrète, ou elle se dérobe entièrement et se déguise. Il arrive au timide de cacher ses sentiments sans avoir à en rougir, de peur seulement qu'on se méprenne sur leur nature et leurs nuances. On ne peut pas dire qu'il soit réservé, secret; il se ferait volontiers connaître, mais il ne veut pas qu'on le méconnaisse. Il n'avoue pas ses sentiments, quoiqu'ils soient très avouables et alors même qu'ils lui font honneur, justement parce qu'il veut non s'en faire honneur, mais en goûter la saveur naturelle et pure. C'est un délicat, non un vaniteux. ». (Paul Hartenberg, 1921, p.54).

**3-2-Lathéorie de Hartenberg (1921) :**

La timidité native des sujets atteints s'exagère et se renforce à la faveur de l'affaiblissement général de l'organisme et de l'impressionnabilité qui l'accompagne. Elle est liée à un état de dépression nerveuse, de neurasthénie, et c'est bien sur un terrain neurasthénique qu'éclatent les timidités morbides passagères, avec leurs accidents émotionnels, abouliques et phobiques.

Mais, le plus souvent, la cause étant transitoire, les effets le seront aussi; et quand guérit l'anémie, la neurasthénie, la fracture, etc., la timidité s'atténue de même, et perd ses caractères pathologiques, pour redevenir ce qu'elle était avant l'affection intercurrente. En revanche, la timidité morbide qui s'installe d'une façon permanente se rattache à une cause essentielle, la dégénérescence.

L'expérience clinique montre que dès qu'un trouble psychique persiste au delà de sa durée naturelle et tend à devenir chronique, c'est que le terrain du malade est porteur de tares, est entaché de dégénérescence. Moi-même, dans un travail déjà mentionné, je me suis appliqué à mettre en regard trois malades affectés de



rougeur émotive et à comparer leurs symptômes et l'évolution de leur affection. J'ai trouvé que, chez le premier, indemne de toutes tares, une tendance très forte à rougir en public n'éveillait qu'un minimum de retentissement mental secondaire et ne provoquait ni phobie, ni obsession. Chez le second, de tempérament déjà névropathique, la rougeur se compliquait d'appréhension anxieuse de son retour, de phobie. Enfin, chez le troisième, dont j'ai donné plus haut l'histoire, et qui est un grand dégénéré, nous avons trouvé une obsession confirmée.

Cette émotion anxieuse qui se fixe sur le souvenir de l'événement initial pour l'exagérer, le conserver, l'imposer à la conscience, dépend en réalité directement de la dégénérescence. Car ce n'est ni la rougeur, ni la gêne, ni le trouble initial qui fournissent la matière de l'émotion pathologique : ces symptômes ne signifient pas grand chose par eux-mêmes, puisqu'il y a des sujets qui les portent sans s'en émouvoir autrement. C'est la réaction du sujet envers eux qui leur donne toute leur importance. (Paul Hartenberg, 1921, pp.214, 215).

### **3-3-La théorie du modèle d'inhibition comportementale :**

Ce modèle attache une importance particulière au discours interne du sujet, c'est-à-dire aux phrases que le sujet se dit à lui-même ; ce que l'individu pense, croit, imagine peut expliquer l'origine comportementale déficitaire. Dans cette optique, ce que le sujet se dit et son discours intérieur qui précède, accompagne ou suit un comportement deviennent des facteurs explicatifs de son inhibition comportementale et de son anxiété sociale. En effet, **Schwartz et al (1976)** ont montré que la nature du dialogue interne semble être un facteur déterminant de l'inefficacité personnelle et, en particulier, de maintien de l'anxiété sociale chez l'adulte. Ce discours exprime les peurs, les critiques, la perception des événements ou des comportements, les attitudes, les projets, etc. **Meichembaum (1976)** admet que dans le manque d'assertivité il y ait des attentes négatives, irréalistes, mais pour lui, la nature des idées ne détermine pas forcément l'anxiété sociale ; celle-ci le serait plutôt par la manière de chacun à réagir à ses idées (répression, intellectualisation, sentiment d'impuissance, etc.). Ce sont des gens qui, ayant reçu une éducation mettant exagérément l'accent sur les obligations sociales, pensent que les droits des autres sont plus importants que les leurs.

Les autos verbalisations peuvent se produire avant, pendant, ou après une situation donnée. Selon **Ellis et Grieger (1977)**, les mécanismes cognitifs jouent un rôle essentiel dans le développement et l'installation de certains

comportements psychopathologiques : un certain nombre des troubles sont maintenus par des distorsions cognitives.

Par exemple, quelqu'un propose un projet de travail à son supérieur qui réagit négativement et avec beaucoup d'hostilité. Les conséquences émotionnelles en seront l'apathie et le découragement.

Ces réponses suivent immédiatement l'événement et l'on pourrait en déduire que celui-ci est responsable des sentiments de découragement et d'apathie. En réalité, pour **Ellis (1977)** c'est le système des croyances du sujet qui détermine son répertoire comportemental. (Gisèle George et Luis Vera, 1999, pp. 10,11).

#### **4-Les origines de la timidité :**

##### **4-1-L'environnement familial :**

L'environnement familial dans lequel un enfant évolue peut être mis en lien avec le développement de sa timidité. Selon la théorie de l'attachement, la sensibilité de la mère conjointement aux signaux « émis » par le nourrisson peuvent amener l'enfant à développer une base relationnelle, sécurisée ou non, avec son entourage proche qui fondera les bases du fonctionnement relationnel de l'enfant avec son environnement social plus large. Un grand nombre d'enfants forme une base d'attachement dite « sécurisée », prémisses de bonnes compétences sociales plus tard dans l'enfance ou l'adolescence. Selon la théorie de l'apprentissage social, les enfants font leur apprentissage social en premier ressort en imitant leurs premiers modèles d'influences à savoir, les parents. En conséquence, des parents timides peuvent involontairement apprendre la « timidité » à leurs enfants en leur transmettant leurs angoisses et leurs schémas d'attitudes et de comportements.

Certains types de comportements parentaux peuvent également exacerber les tendances timides de l'enfant. Trois formes de comportements parentaux sont susceptibles d'avoir une influence : le contrôle excessif, le fait d'être intrusif et la surprotection.

##### **4-1-1-Le mécanisme par lequel ces comportements sont supposés favoriser la timidité est le suivant :**

- Les parents contrôlant, intrusifs ou protecteurs ont tendance à trop gérer les situations pour l'enfant et à décourager leur autonomie/indépendance en contrôlant/limitant leur « liberté de mouvement ».
- En conséquence, l'enfant ayant une prédisposition timide ou inhibée aura plus de difficultés à développer les stratégies nécessaires pour faire face et résoudre les difficultés sur le plan interpersonnel. A noter que cette influence n'est pas à

sens unique. En effet, les enfants qui montrent frileux et évitant sur le plan social peuvent susciter chez leurs parents de tels comportements de surprotection ou de contrôle.

### 4-2-La culture :

Des études comparatives montrent que la timidité peut en partie être du ressort de la dimension culturelle<sup>14</sup>. Au Japon, par exemple, la timidité fait presque partie de la norme sociale. Près de 90% des japonais s'estiment être ou avoir été timides. La modestie, la retenue, la discrétion, le tact et la gentillesse sont en effet des valeurs encouragées dans ce pays. En dehors de la stricte appartenance culturelle, l'acculturation ou le déracinement peuvent également favoriser la crainte sociale notamment par la perte de repères familiaux à la faveur de nouvelles normes sociales et culturelles. C'est notamment le cas des générations primo-arrivantes pour laquelle la langue est bien souvent un frein social important. Par ailleurs, le manque de connaissance des codes sociaux propres au pays d'accueil (comportements socialement acceptables, normes de politesse,...) peut exacerber le malaise et entraver l'établissement des relations sociales.

### 4-3-Les événements vécus :

Quelles que soient les prédispositions du sujet (timide ou non), certains événements de vie peuvent laisser des traces et engendrer ou favoriser une timidité durable. Ce peut être le cas, par exemple, de paroles fragilisantes ou blessantes, d'humiliations ou de moqueries subies en public, d'un échec mal vécu ou encore d'une rupture douloureuse. À cet égard, et comme nous le verrons ultérieurement, il est à souligner que les enfants timides évoluent sur un terrain fragile sur le plan social qui les rend plus susceptibles de subir des moqueries ou des intimidations. (Jean Christophe Meunier, 2012, pp.6, 8).

### 5-Les causes de la timidité :

La timidité chez l'enfant peut avoir plusieurs causes. Cependant, chaque cas est unique pour chaque enfant timide. Certains peuvent avoir une seule cause spécifique tandis que d'autres peuvent avoir une multitude de causes qui se nourrissent les unes des autres. Voici les causes parmi les plus perceptibles de la timidité chez l'enfant selon **Jean-Marc Hadry (2004) :**

### **5-1-hérédité :**

Quelques recherches ont montré que la timidité est une affaire de famille. Cependant, la science n'a pas pu déterminer s'il existe un gène spécifique. Il se pourrait que les enfants apprennent la timidité en observant le comportement de leurs parents.

### **5-2-Modélisme ou comportement acquis :**

Les enfants peuvent avoir acquis leur timidité en observant les interactions de leurs parents avec les autres. Les statistiques montrent que les parents timides ont généralement des enfants timides.

### **5-3-Difficultés face à de nouvelles situations :**

Les enfants sont sans cesse confrontés à de nouvelles situations. Malheureusement, tous ne réussissent pas à s'y adapter, et ceux qui n'y parviennent pas ont tendance à rester en retrait et deviendraient timides.

### **5-4- Parents trop protecteurs :**

Les enfants qui sont trop protégés manquent d'opportunité de devenir socialement indépendant. En grandissant, ils n'ont pas la confiance nécessaire pour prendre leurs propres décisions. Leurs futures insécurités déclencheront une grande timidité.

### **5-5-Autorité parentale irrégulière :**

Les démonstrations d'autorité parentale qui ne sont pas régulières entraînent une confusion et une insécurité chez les enfants. Ce comportement peut mener à la timidité. Par exemple, punir un enfant pour avoir désobéi, et ne pas le punir pour un autre incident.

### **5-6-Manque d'implication de la part des parents :**

Certains parents pensent que laisser les enfants seuls les aide à devenir indépendants. Ceci est une erreur car les enfants n'ayant aucune expérience ont besoin d'être continuellement guidés par leurs parents. D'autres parents n'ont ni le temps ni l'envie de s'impliquer. Il s'agit à nouveau d'une grave erreur. Une trop faible implication de la part des parents poussent l'enfant à croire qu'il ne mérite pas leur attention, et à se sentir mal à l'aise socialement parlant.

**5-7-Taquineries, menaces, critiques :**

Quand les enfants sont régulièrement taquinés, menacés ou critiqués, que se soit par leur famille ou par d'autres personnes, ils finissent par s'attendre à n'avoir qu'un retour négatif de la part des autres. Cela les mènera à rester à l'écart et à devenir timides. ([www.espace-optimiste.com](http://www.espace-optimiste.com)).

**6-Les facteurs de maintien de la timidité pathologique :****6-1-Facteurs d'anticipation anxieuse : le paradoxe de la timidité**

L'anticipation anxieuse est un ensemble de réponses physiologiques, comportementales et cognitives qui précèdent certaines situations ou événements que le sujet doit affronter ou qu'il imagine comme susceptibles de se produire. Ces symptômes sont la première partie d'une séquence anxieuse concernant les symptômes éprouvés lors de la confrontation à une situation anxiogène et les ruminations anxieuses qui succèdent au moment anxieux. Le vécu anxiogène concernant des situations futures peut débuter durant l'enfance ou à l'adolescence. Son contenu varie avec l'âge et il intègre des paramètres anxiogènes à caractère social.

Le caractère morbide de l'anxiété est souvent méconnu et son importance et sa gravité potentielle sous-estimées. Afin de mieux repérer, parmi les différentes craintes ou préoccupations, ceux qui se réfèrent à un symptôme cliniquement significatif, il existe un certain nombre de critères :

- Le premier concerne la souffrance (symptôme générateur de souffrance).
- Le deuxième critère est l'incapacité (handicap dans un ou plusieurs secteurs de fonctionnement).
- Le troisième est défini par la persistance dans le temps et par le caractère répétitif du symptôme.

**6-1-1-Dans les peurs sociales :**

-Les symptômes physiologiques concernent la tension motrice et l'hyperactivité neurovégétative : tremblements, impression de secousses, douleurs ou endolorissement musculaires, fièvre, fatigabilité, sensations d'étouffement, tachycardie, sécheresse de la bouche...

-Les symptômes comportementaux sont essentiellement des conduites d'évitement ou fuite, la limitation des activités en rapport avec l'anxiété, les comportements de vérification, les demandes de réassurance, l'agressivité ou bien l'inhibition comportementale.

-Beaucoup de symptômes cognitifs associés à l'anxiété d'anticipation sont une intensification des fonctions normales, par exemple la conscience de soi ou l'hyper vigilance. D'autres symptômes semblent être le résultat de l'inhibition de fonctions normales (difficultés de concentration, d'évocation). D'autres encore dénotent un affaiblissement du contrôle volontaire sur des processus qui normalement sont sous un tel contrôle (perte d'objectivité, distorsions du jugement).

Le sujet va anticiper les situations sociales et craindra de se comporter de façon humiliante ou embarrassante. Son état de conscience de soi anxieux favorise un ensemble d'idées de dévalorisation : «Peur de ne pas parler en public comme les autres, peur de ne pas pouvoir être capable de soutenir une conversation.» Le sujet qui anticipe de cette manière peut difficilement mobiliser ses capacités de verbalisation, d'exécution, d'agilité, de réflexion, d'association, d'observation, de décision. L'anticipation anxieuse va structurer la perception en termes d'appréhension affective et cognitive de la réalité.

Les symptômes liés à la pensée concernent l'inhibition de la mémoire d'évocation qui provoque de cette façon l'impression de ne plus rien savoir. De plus, la focalisation de l'attention sur la notion de danger peut automatiquement produire une « **vision de tunnel** » inhibant toute pensée autre que celle concernant la situation redoutée. Les symptômes associés au raisonnement sont principalement l'« usurpation » des fonctions cognitives par la focalisation sur d'éventuels dangers, l'éventuelle perte de contrôle, l'impression de ne pas pouvoir faire face et le sentiment d'être très vulnérable aux événements.

### **6-2-Facteurs cognitifs : idées de dévalorisation**

En ce qui concerne les mécanismes psychologiques sous-tendant la phobie sociale, plusieurs hypothèses ont été avancées. **Fenigstein (1987)**, il existe, chez le phobique social, une tendance à privilégier les aspects observables de son comportement ; de ce fait, il se représente les interactions sociales comme un ensemble de comportements où les aspects évaluatifs sont centrés sur l'agir, au détriment du vécu émotionnel. Selon **Marks (1985)**, la peur sociale est une difficulté à adopter des comportements de communication satisfaisants, par

défaut d'apprentissage. Le sujet qui, peur d'être jugé, se montre inhibé, ne peut pas apprendre les comportements de communication ni élaborer des moyens de communication interpersonnels satisfaisants. Il y aurait donc deux types de modèles explicatifs de la peur de l'autre : le premier la considérant comme un état d'observation excessive de soi-même, notamment les aspects externes du comportement ; le deuxième la voyant sous l'angle d'une difficulté à apprendre et à adopter des comportements de communication, en raison de l'anxiété inhibitrice.

D'autres auteurs ont proposé de distinguer parmi les patients timides ceux qui ont une tendance accentuée à réagir par l'évitement des situations sociales, ceux qui réagissent par des manifestations physiologiques, et ceux qui répondent par des préoccupations **Jerrelman et coll (1986)**. Ainsi, des sujets qui réagissent avec une prédominance des symptômes physiques (accélération du rythme cardiaque, tremblements...) sur les symptômes comportementaux (évitement, fuite...). (Gisèle George et Luis Vera, 1999, pp. 17, 20).

### **7-Les formes cliniques de la timidité :**

Les peurs sociales peuvent être spécifiques ou généralisées selon que le sujet évite simplement de faire un exposé, de parler dans une réunion, par exemple, ou qu'il évite la plupart des situations sociales dans lesquelles il risque d'être observé attentivement. La fréquence des peurs sociales spécifiques (peur de manger en public, d'utiliser des toilette publique, d'écrire en présence d'autrui...) est moins importante que celle des peurs sociales généralisées **Marks (1985)**. Les peurs sociales généralisées comprennent la peur de ne pas savoir se défendre, d'être humilié, d'être rejeté, de ne pas avoir d'amis... Parfois elles peuvent se centrer sur l'apparence physique, les performances sociales et/ou intellectuelles. (Gisèle George et Luis Vera, 1999, p. 16).

### **8-Les symptômes de la timidité :**

#### **8-1-Symptômes sensitifs :**

La sensation principale est l'angoisse. Ses caractères sont trop universellement connus pour qu'il soit utile de les décrire. D'ailleurs il semble qu'ils varient un peu suivant les sujets, soit en qualité, soit en localisation, car son siège maximum est accusé tantôt à la gorge, tantôt dans la région précordiale, tantôt au creux épigastrique.

L'angoisse est habituellement accompagnée d'un sentiment d'étouffement et de constriction thoracique. Nous avons vu déjà que ces symptômes relevaient

des désordres de la mécanique respiratoire. La sensation des palpitations est aussi fréquemment présente. La rougeur est ressentie comme une bouffée de chaleur au visage. Plus rarement on noie la sensation de refroidissement superficielle et profonde, le frisson, la rétraction de la peau; la sensation de faiblesse musculaire, de dérobement des jambes; enfin le tableau est complété parfois par un malaise corporel indéfinissable, sans qualités nettes et sans localisation possible. On ne peut que signaler ici ces impressions cénesthésiques, qui échappent à toute description, et que seule l'expérience personnelle apprend à connaître.

**8-2-symptômes moteurs :**

Le plus appréciable est le tremblement. Semblable au tremblement émotif ordinaire, il consiste en petites oscillations, brèves, rapides, segmentaires, qui ne sont sans doute que l'exagération, sous l'influence de l'émotion, de cette trémulation légère que la méthode graphique a décelée dans les muscles à l'état physiologique. Ce tremblement affecte de préférence les mains, les bras, les mollets, la langue, mais il peut, dans certains cas, devenir généralisé. A côté du tremblement, il existe un certain degré de faiblesse et de raideur musculaires. La faiblesse musculaire se mesure aisément au dynamomètre, qui révèle une diminution dans l'énergie de la contraction volontaire. Quant à la rigidité, elle paraît due à un état spasmodique et à une lenteur de contraction, semblables à la contracture des hémiplegiques et à celle de la maladie de Thomsen. Ces troubles musculaires de l'émotion sont manifestes l'accès de timidité surtout pour les petits muscles à fonctions précises et délicates.

**8-3-Symptômes vasculaires, viscéraux et sécrétoires :**

En première ligne vient la rougeur. Dans la plupart des cas de timidité, le sujet rougit, soit au début, soit à la fin de son accès. Il sent à l'avance le sang lui monter à la tête, son visage se congestionner et s'empourprer. La surface occupée par la rougeur varie avec le degré de l'émotion et aussi avec les sujets. Les parties les plus susceptibles de rougir sont les pommettes et le front. Mais souvent la rougeur ne s'en tient pas là : elle envahit toute la face, jusque derrière les oreilles qui sont elles-mêmes congestionnées; parfois, la rougeur gagne le cou et même la poitrine.

Les troubles viscéraux sont ceux déjà indiqués à propos de la peur : ils portent en même temps que sur le cœur, le diaphragme, etc. Sur l'estomac (nausées, vomissements), le foie (ictère émotif), la vessie (ténésme, incontinence ou bien rétention émotive), l'intestin (colique, diarrhée). Ils sont dus sans doute à la contraction des fibres lisses de ces organes.



Le plus manifeste des troubles sécrétoires est la transpiration cutanée. Tantôt les mains seules, tantôt le front et le cuir chevelu, tantôt le corps tout entier se couvrent de sueur glacée et profuse. On s'est demandé comment il pouvait se faire qu'avec une vasoconstriction, il y eût quand même sécrétion sudorale. Il est probable que, dans ce cas, la contraction des fibres lisses ne fait qu'exprimer le contenu des glandes sudoripares. Malgré l'anémie de la peau, il y a donc transpiration et, à cause de cette anémie, la sueur est glacée. Les sécrétions gastrique, biliaire, intestinale sont également troublées. La sécrétion salivaire est le plus souvent tarie : d'où sécheresse de la bouche et de la gorge.

#### **8-4-Symptômes psychiques :**

Ils expriment en général une diminution de l'activité des centres psychiques supérieurs du cerveau : diminution de la conscience, de l'attention, de la mémoire, du jugement, du raisonnement, de la détermination volontaire.

L'acuité sensorielle est par l'accès de timidité 29 fois considérablement amoindrie. Le sujet voit mal, ne distingue pas les détails des objets qui l'environnent. Tout lui apparaît comme vu à travers un voile tendu devant ses yeux. Aussi commet-il des erreurs semblables à celles des myopes ordinaires. De même, il entend mal. Il ne distingue pas les paroles qu'on lui adresse. Il lui semble que les sons et les bruits lui parviennent à travers une couche de substance isolante. Mêmes phénomènes pour l'odorat, le goût.

L'attention se diffuse, s'éparpille sur quelques impressions qui le frappent: mais il est tout à fait incapable de la concentrer pendant un certain temps sur l'une de ces impressions. Elle est passive, flottante, à la merci des excitations périphériques ou internes. Irréflexion, est également incapable de rassembler ses idées, de les associer par un lien logique. Le jugement et le raisonnement sont impossibles. Aboulie, quant à la volonté, elle est si profondément altérée, que l'émotion du timide est considérée par beaucoup comme une véritable maladie de la volonté.

Avant de ressentir aucun des symptômes organiques, angoisses, palpitations, etc., le timide n'ose pas. Entre l'idée d'un acte et l'accomplissement de cet acte, s'interpose un arrêt insidieux qui, en dehors de toute opération mentale, retient le geste, immobilise le bras, ferme la bouche, par un phénomène d'inhibition dont le sujet lui-même ne comprend pas bien la cause.

L'accès de timidité «Amnésie à l'affaiblissement de la conscience succède l'affaiblissement de la mémoire. Le timide, tout occupé par son orage intérieur,

se souvient mal de ce qui s'est passé autour de lui durant son accès. Il ne retient ni les visages des personnes, ni les détails des objets, ni leur propos échangés, ni sa propre conduite : à l'événement correspond dans sa mémoire une interruption, une lacune où figurent seulement quelques particularités secondaires, machinalement enregistrées. (Paul Hartenberg, 1921, pp. 21, 31).

### **9- Les mécanismes de la timidité :**

La timidité n'est pas à comprendre comme la résultante d'un ou de plusieurs facteurs mais plutôt comme un mécanisme psychique qui se construit progressivement et qui amène l'enfant à développer des stratégies relationnelles inadéquates – le plus souvent inconsciemment – susceptibles de se cristalliser au fil du temps. De manière générale, la timidité est en premier ressort motivée par une crainte excessive de ne pas faire bonne figure : en situation sociale, le sujet se sent menacé par le regard de l'autre et se sent démuné face à cette menace. En ces termes, la timidité résulte bien souvent d'émotions et de motivations conflictuelles. Initialement, le sujet a la volonté d'approcher les autres pour s'engager dans des interactions sociales.

En situation sociale, les effets de l'« intimidation » peuvent se révéler à plusieurs niveaux :

- Sensations physiques : tremblements, rougeur, pâleur, sueur, respiration courte coupée,...
- Emotions : anxiété, peur, honte,...
- Cognitions : hyper-focalisation sur soi, anticipation anxieuse, auto dévalorisation, pensées en tout ou rien, troubles de l'attention, contrôle excessif de l'image, des émotions ou des paroles, ...
- Comportements : inhibition, retrait, fuite, état de panique ou « masques comportementaux » (froideur, rudesse, réactions exubérantes ou exagérées...).

Au final, la solution privilégiée par le sujet timide est bien souvent la fuite ou l'évitement social. Bien que cette stratégie puisse soulager le sujet sur le court-terme, elle entraîne une aggravation sur le long terme : le fait de se dérober augmente la sensation d'une performance sociale décevante et maintient, voire renforce, le potentiel angoissant de la situation. C'est ainsi qu'un cercle vicieux peut s'installer et renforcer la timidité. (Jean-Christophe Meunier, 2012, PP.8, 9).

**10-Les caractéristiques des enfants et des adolescents timides :**

Ce trouble se développe dès l'âge de deux ans et demi, alors que la peur de l'étranger, étape normale du développement, aurait du disparaître. Ces enfants fonctionnent dans un registre d'évitement social, tout en désirant être appréciés par autrui. La moindre tentative de communication, même simple, peut déclencher des pleurs et un refus du contact visuel. Ils paraissent intéressés et avides de relations sociales, mais sont inhibés et manquent d'initiative. Les compétences verbales sont utilisées presque exclusivement avec les membres de la famille ou les personnes familières ; dans une situation particulièrement anxiogène, ces sujets peuvent se révéler incapables de parler, voire paraître mutiques. Le comportement d'inhibition verbale nous paraît plus fréquent à l'adolescence que dans l'enfance : chez le petit enfant, les comportements phobiques ont un caractère global (refus de communiquer), chez l'enfant plus âgé, l'embarras et la timidité s'expriment par une difficulté à avoir un contact visuel, tandis que chez l'adolescent, l'inhibition verbale prédomine.

Les peurs sociales débutent progressivement à la fin de l'enfance ou au début de l'adolescence. En général, l'anxiété sociale diminue lorsqu'ils se retrouvent avec des jeunes encore plus timides ; dans ce cas, ils peuvent se comporter normalement, sans avoir l'impression d'être jugés. Leurs craintes irrationnelles d'être ridicules gênent leurs performances. Cela peut entraîner un cercle vicieux où l'évitement de la situation phobogène est justifié par leur crainte de la mauvaise qualité de la performance. (Gisèle George et Luis Vera, 1999, pp. 13,15).

**11-Le développement des comportements sociaux du timide :**

C'est par rapport aux données de la psychologie du développement que **Rotheram-Borus (1988)** caractérise les enfants qui présentent une timidité sévère. Ses travaux se réfèrent à la notion d'anxiété sociale, inhibitrice du comportement social. Jusqu'à l'âge de cinq ans, l'enfant évitant ne montre pas de prise de conscience sociale de ses camarades, n'essaye pas d'entrer en interaction avec eux. Il n'est pas capable d'amorcer des amitiés avec ses

semblables qu'il observe de loin, bien qu'il puisse établir un rapport d'amitié avec des adultes familiers. De six à huit ans, l'enfant peut participer à des activités avec ses camarades, le soutien et les directives d'un adulte. Il n'a pas d'amis dans des cadres structurés (école, club de loisirs...) et se sent anxieux, exclu, triste. Entre neuf et onze ans, il peut entrer en interaction dans des contextes structurés, mais n'engage pas facilement des contacts avec de nouveaux camarades. Il se considère comme « une roue de secours » pour les autres « quand il n'y a personne de mieux qui est disponible ». Entre douze et

quinze ans, les adolescents évitant peuvent avoir quelques amis, mais l'inhibition interfère négativement dans la relation. L'inhibition sociale compromet fréquemment leur fonctionnement scolaire, il participe rarement en classe, manque de confiance en eux-mêmes, ne s'affirment pas. Après seize ans, ces adolescents parviennent à se faire un ou deux camarades en dehors de contextes structurés, mais ils n'amorcent pas facilement de nouvelles amitiés. Les contacts avec les membres du sexe opposé sont anxiogènes, et il peut exister une inhibition de l'activité psychosexuelle normale. (Gisèle George et Luis Vera, 1999, pp. 15, 16).

**12-Les conséquences sociales de la timidité :**

Sont d'une haute importance. Si mince qu'elle soit, l'émotion du timide suffit cependant à influencer ses actes, raidit ses attitudes, retient ses gestes, déforme ses paroles, met en désaccord constant homme intérieur et homme extérieur, la pensée avec son expression, l'intention avec le fait. Par la timidité, nous ne nous montrons jamais tels que nous sommes, et de même, nous ne voyons jamais les autres tels qu'ils sont. Entre la pensée et l'action, s'interpose toujours l'émotion qui dénature l'une et entrave l'autre. Chez le timide, les sentiments affichés sont souvent l'inverse de ceux qu'il éprouve : c'est l'humilité en place de l'orgueil, la misanthropie en place de la bonté, la froideur en place de la sympathie. De même la vie réalisée est souvent l'envers de la vie souhaitée. Le timide voudrait se mêler aux hommes et il s'isole, se faire connaître et il se ferme, se faire aimer et il se rend inaccessible. Et de cette impuissance à vivre selon ses inclinations naturelles, naît dans son cœur une profonde tristesse et une immense désolation. Il est un infirme de la sociabilité, et il souffre cruellement de son infirmité. (Paul Hartenberg, 1921, p. 257).

**13-La prévention de la timidité chez l'enfant :**

Voici quelques astuces que les parents peuvent appliquer pour éloigner la timidité de leurs enfants :

**13-1-Bâtir la confiance chez l'enfant :**

Souvent, les parents timides ont des enfants timides. Les parents, consciemment ou inconsciemment, constituent des modèles pour leurs enfants. Ils doivent montrer à leurs enfants comment ils interagissent et s'expriment en toute confiance avec d'autres personnes.

**13-2-Les compétences sociales :**

Les enfants ont besoin d'apprendre les habiletés sociales à un âge très jeune. Les parents doivent enseigner à leurs enfants comment se comporter dans des situations sociales (dire merci et s'il vous plait, se présenter, etc....) et comment se faire des amis et les garder. Il est bon de les féliciter quand ils montrent des comportements sociaux corrects.

**13-3-Une communication efficace :**

Communiquer avec les autres est une compétence très importante à apprendre aux enfants. Elle développe leur estime de soi et renforce leur confiance. Les parents doivent leur apprendre à s'exprimer pour être compris par d'autres.

Encore une fois, les parents peuvent se définir comme étant des modèles sur la façon de s'exprimer en toute confiance. Comme toujours, les enfants apprennent par l'exemple.

**13-4-Expositions sociales :**

Exposer les enfants aux diverses situations sociales peut améliorer leur personnalité. Les parents peuvent commencer à les faire interagir avec les enfants de leur âge (les écoles et les groupes des jeux) ainsi que les laisser se rencontrer avec des adultes.

**13-5-La prise de décision :**

Les parents peuvent manipuler certaines situations pour que leurs enfants se sentent capables. Une façon est de les encourager à prendre des décisions (par exemple leur demander ce qu'ils veulent porter comme vêtements).

Autre chose est de leur donner des tâches qui présentent des challenges pour eux, mais qui rentrent dans leurs capacités. (Les jeunes filles peuvent être encouragées à aider dans la préparation de la table ou le repas, les petits garçons dans le bricolage avec son papa, etc....). Dans tous les cas, les parents devraient toujours être là pour les conseils et les aides.

**13-6-Education appropriée :**

Une éducation adéquate représente le fondement de la vie future des enfants. Elle leur permet d'apprendre les comportements acceptables et ceux qui ne le

sont pas. Elle les aide à apprendre ce qu'ils attendent de leurs parents et de tout le monde, et cela leur donne le sentiment de sécurité.

Par contre, une éducation trop stricte peut se détourner dans le mauvais sens. Une punition sévère au nom de la discipline fait comprendre aux enfants qu'ils n'ont aucun contrôle de leur vie et cela pourrait aboutir à la timidité.

### **13-7-L'amour et l'affection :**

L'amour inconditionnel et l'affection profonde pour vos enfants leur donnent sécurité et confiance. Tout mettre en œuvre, montrez-leur, dites-leur avec des mots que vous les aimez, quoi qu'il arrive. Cette assurance d'affection et d'amour est un facteur important qui stimule l'estime de soi chez les enfants.

### **13-8-La confiance :**

Une grande cause de la timidité chez les enfants est la méfiance des autres. Les parents doivent travailler dur pour créer une relation de confiance avec leurs enfants. Cette relation de confiance doit être nourrie avec la consistance, l'honnêteté et l'ouverture afin que les enfants sachent à quoi s'attendre. Comportement incohérent, promesses non tenues, les mensonges, cacher des informations-tout cela détruit la confiance et par conséquent l'estime de soi de l'enfant. Ils deviendront eux-mêmes très secrets et la timidité s'installe chez eux. (Jean-Marc Hardy, 2004, p. 81).

### **14-Définition de l'adolescence :**

L'étymologie du mot adolescence en latin signifie croître, grandir, l'adolescence est mouvement et cette mouvance même, nous venons de le voir, ce laisse difficilement circonscrire dans un cadre et dans une durée précise. (Berthe Reymond-Rivier, 1997, p.120).

### **Selon Norbert 1999:**

L'adolescence, époque de la vie qui se situe entre l'enfance, qu'elle continue, et l'âge adulte. Il s'agit d'une « période ingrate », marque par les transformations corporelles et psychologiques, qui débutent vers 12 ou 13 ans et se termine entre 18 et 20ans. Ces limites sont imprécises, car l'apparition et la

durée de l'adolescence varient selon les sexes, les races, les conditions géographiques et les milieux socio-économiques.

Sur le plan psychologique, l'adolescence est marquée par la réactivation et l'épanouissement de l'instinct sexuel, l'affermissement des intérêts professionnels et sociaux, le désir de liberté et d'autonomie, la richesse de la vie affective.

L'intelligence se diversifie, le pouvoir d'abstraction de la pensée s'accroît, les aptitudes particulières se précisent. La fonction de l'adolescence est de reconnaître, dans toutes les virtualités déployées, les possibilités de chacun, celle qui permettront aux individus de choisir une voie et de s'engager dans la vie d'adulte. Mais c'est aussi de découvrir plus intimement les êtres humains, soi et les autres, et d'établir de nouveaux rapports avec l'entourage : distance à l'égard des parents, rapprochement (camaraderie, amitié, amour) avec les pairs. (Norbert Sillamy, 1999, p8).

### **Selon Berthe 1997 :**

L'adolescence est marquée par les transformations physiologiques et corporelles qui signalent l'installation de la fonction de reproduction : apparition des caractères sexuels secondaires, des premières règles chez la fille, de la mue de la voix chez le garçon ; croissance du corps qui, entre 12 et 16 ans, se développe par poussées brusques et saccadées, avant de prendre, vers 18 ans, sa stature définitive. (Berthe Reymond-Rivier, 1997, p.117).

A partir de ces définitions on peut dire qu'il n'existe pas de critère marquant la fin de l'adolescence ainsi que l'absence d'une définition précise de son statut.

### **15- Les caractéristiques de l'adolescence :**

L'adolescence est avant tout une période d'évolution marquée par d'incessants progrès dans tous les domaines elle correspond à deux phases successives :

#### **15-1-Phase d'agitation : (12-13 ans → 16 ans).**

On observe alors une accélération du mouvement de croissance somatique (physique) et germinale; une fragilité et une instabilité accrue, c'est aussi le réveil de la sexualité, c'est l'âge ingrat, c'est l'âge de la disgrâce.

**15-2-Phase d'affirmation** : (16 ans → 20 ans).

C'est l'adolescence juvénile (jeunesse) c'est la période d'achèvement de la croissance, des apprentissages socioculturels et le début de l'intégration dans la société adulte. L'adolescence est aussi une période de conflits, on parle bien couramment de crises d'adolescence, bien qu'actuellement les psychologues refusent l'existence de cette crise ou du moins dans sa dimension sociale. Psychologiquement, la crise existe, abstraction faite de son niveau. Déjà les anthropologues telles que : **Margaret Mead** et **Ruth Bénédict** ont confirmé l'existence de la crise d'adolescence plus connue sous le terme « crise d'originalité Juvénile » ou « C.O.J ». **Selon Debesse (1979)**, au milieu socioculturel, il y aurait plusieurs composantes à cette crise :

- Composante Organique : la maturation sexuelle se trouve gênée par les règles morales.
- Composante Sociale : Tension avec l'entourage surtout familial.
- Composante Spirituelle : Résumée à travers les conflits de valeur.

On se trouverait donc devant une crise de l'ensemble de la personnalité, mais il faut remarquer que cette crise n'est pas générale et que lorsqu'elle existe, elle n'est ni permanente, ni identique d'un individu à un autre, d'une société à une autre, ni d'un milieu à l'autre, au sein d'une même famille, deux frères ne vivent pas leur adolescence de la même façon. Ce qui semble acquis, c'est que :

- L'adolescence offre un terrain plus favorable au conflit que l'enfance ou l'âge adulte.
- L'adaptation y est plus fragile que les périodes qui les encadrent.
- Certains adolescents accèdent à la maturité à travers une crise de personnalité que Debesse a étudiée sous le nom de « C.O.J », qui renvoie à la Crise d'Originalité Juvénile. (Debesse M, 1979, p.57)

**16-LE DEVELOPPEMENT A L'ADOLESCENCE :**

La puberté constitue l'un des changements majeurs de l'adolescence. Il importe de connaître l'ensemble des processus qui la composent, et notamment la grande variabilité interindividuelle de leurs manifestations. Mais les chercheurs et les



praticiens s'intéressent aussi, et surtout, aux répercussions de la maturation pubertaire sur le fonctionnement psychologique et psychosocial.

L'adolescence se caractérise également par une redéfinition des relations avec l'entourage :

Les parents, les autres adultes, et les pairs de même sexe et de sexe opposé. Les parents sont depuis l'enfance des modèles d'identification dont il peut être parfois difficile de se libérer pour construire son autonomie.

Les amitiés intimes et l'intégration dans les groupes de pairs jouent un rôle important dans le développement personnel, et les difficultés en ce domaine méritent d'être considérées attentivement pour leurs éventuelles conséquences .

Les changements qui se produisent sur tous les plans amènent à de profonds remaniements dans la construction de l'identité personnelle tout au long de l'adolescence.

Les progrès de la pensée sur soi **F. Bariaud (1994)**, la nécessité d'individuation, l'adhésion plus ou moins forte aux stéréotypes de rôles de sexe ne sont évidemment pas sans effet sur le processus de choix de vie, s'il n'est pas entièrement surdéterminé.

Du seul fait de leur développement et des exigences sociales qui l'accompagnent, les adolescents se trouvent confrontés à de grands "défis" qui sont autant de marqueurs psychosociaux de la maturation vers l'âge adulte. Depuis peu la recherche s'intéresse aux différentes manières de "faire face" à ces défis, à leurs déterminants et à leurs incidences sur le développement ultérieur. La confrontation à des exigences scolaires accrues et les difficultés qu'elle peut entraîner chez certains jeunes donnent lieu à des réponses différenciées, plus ou moins adaptatives, que semblent influencer l'estime de soi et le climat familial (F. Bariaud et H. Rodriguez-Tomé 1994, p.61).

### **17-Le développement moral :**

#### **17-1-Généralités :**

La théorie de **Kohlberg (1927 – 1987)** :

La question de départ est de voir s'il existe des différences entre le développement moral des enfants, des adolescents et des adultes. A partir de cette question, **Kohlberg** a été amené à parler de l'existence de 6 stades

différents pour le développement du jugement moral et de la moralité. Pour établir ces stades, il a utilisé des dilemmes moraux.

### **A partir de l'utilisation de ces dilemmes :**

- L'obéissance simple (entre 4 et 7 ans).
- L'utilitarisme (de 7 à 10 – 11 ans).
- La bonne concordance inter personnel (de 12 à 16 ans)
- La loi et l'ordre social
- Le contrat social
- L'éthique universelle

### **Chaque stade correspond à un niveau particulier de morale :**

- Niveau pré conventionnel (stades 1 et 2)
- Niveau conventionnel (stades 3 et 4)
- Niveau post conventionnel (stades 5 et 6). Chaque niveau constitue un type spécifique de relation entre le sujet et les règles d'attentes de la société. Chaque niveau reflète une plus ou moins bonne adaptation des sujets en termes de moralité.

### **17-2-Description des stades :**

#### **17-2-1-Niveau de moralité pré conventionnelle :**

A ce niveau, les sujets jugent bonne ou mauvaise leurs actions ou celles d'autrui en se référant aux conséquences qu'ils vont engendrer. La morale est pré conventionnelle car la morale ne rejoint pas encore celle de la société.

#### ***Stade 1 :***

Le sujet se contente d'obéir aux personnes qui l'investissent de pouvoir, de prestiges (ex : les parents).

### *Stade 2 :*

Opérations concrètes qui sont marquées par l'acquisition de la réversibilité. Elles se traduisent au niveau moral et des relations avec les autres encore plus ou moins négatives car le sujet s'inscrit dans une réciprocité que l'on peut qualifier d'égoïste.

### **17-2-2-Niveau de moralité conventionnelle :**

A ce niveau, la moralité est définie en terme d'actes qui sont bons car ils maintiennent l'ordre social ou car ils répondent aux attentes d'autres personnes. On a l'apparition de ce que **Kohlberg** appelle un certain respect vis à vis d'autrui.

### *Stade 3 :*

Le souci du sujet est d'être considéré comme bon pour les autres. C'est essentiellement ce désir qui pousse les jeunes à se conformer. En jugeant les comportements d'autrui, on essaie de déterminer ses objectifs afin d'agir par la suite en conformité avec eux. Ceci révèle la capacité de raisonnement abstrait du sujet. On est encore assez dépendant du jugement, de l'opinion des autres.

### *Stade 4 :*

Le sujet accepte sans condition les conventions et règles sociales. A la différence du stade 3, les règles qui sont respectées sont très grandes et ce ne sont plus seulement les règles qui allaient dans le sens de l'appartenance.

<http://alex.g.pagesperso-orange.fr/psycho/d2/pg22.htm>.

### **18-La révolte contre les parents et le milieu :**

L'apparition de la puberté déclenche à peu près inmanquablement une crise d'opposition, plus ou moins violente, plus ou moins ouverte, contre l'entourage adulte. Il s'agit là d'une de ces périodes de bouleversement qui jouent un rôle décisif dans l'évolution de la personnalité et du caractère ; c'est pourquoi on a coutume de la rapprocher d'une autre phase de turbulence : celle que traverse l'enfant de trois ans, où l'on a reconnu les premières manifestations du sentiment de personnalité. Bien plus, les psychanalystes nous appris que les conflits de l'enfance, et notamment le conflit œdipien, se trouvaient réactivés au

moment de la puberté, et que, sous l'angle psychologique, l'adolescence devait être considérée comme une « réédition de la période infantile ».

Pour quitter l'enfant qu'il n'est plus et s'affirmer comme une personne autonome, l'adolescent commence par bruler ce qu'il a adoré en se révoltant contre l'autorité de ses parents et en rejetant les modèles offerts par ceux-ci. Il prend volontiers le contre-pied de ce qu'ils pensent, aiment et croient, montrant d'ailleurs par la même à quel point il en reste dépendant. Tantôt c'est avec violence qu'il s'insurge contre leurs opinions, leur morale, leurs traditions ; tantôt il les considère avec commisération du haut de sa supériorité : les parents par définition sont des êtres qui « ne comprennent rien à rien », et surtout pas le génie méconnu qu'ils sont devant eux.

Tout change à l'adolescence. Au lieu d'être surestimés, les parents sont maintenant critiqués, jugés par un garçon ou par une fille qui porte sur eux un regard sans indulgence, hostile même. C'est la même dépendance et la même ambivalence qu'on retrouve dans une autre attitude typique de cet âge : ces jeunes dont un geste de tendresse offusque la pudeur, si volontiers négatifs, hargneux, agressifs, et qui prennent ombrage de tout sous prétexte qu'on attente à leur liberté, reprochent à leurs parents, et aux adultes en général, de ne pas les comprendre, et même de ne pas les aimer. Pour la plupart, l'incompréhension, vraie ou imaginaire, de l'entourage ébranle leur confiance en eux même, en tout état de cause si vacillante à cet âge, car le sentiment d'être incompris ou de n'être pas aimé renvoie aux difficultés qu'éprouve l'adolescent à se comprendre et à s'aimer lui-même, ce sentiment d'être incompris et un trait caractéristique de l'adolescent. (Berthe Reymond-Rivier, 1997, pp.133, 135).

### **19-L'affirmation extérieure du moi :**

La recherche de l'originalité se trouve à des degrés divers chez tous les adolescents. Elle traduit le besoin de briser les moules antérieurs, de se distancer de celui qu'on était et qu'on n'est plus, des parents, du milieu. Ce besoin d'originalité, auquel **M. Debesse (1936)**, le considérant comme un des aspects essentiels de la crise juvénile, a consacré un important ouvrage, se manifestera de mille et une façons : dans les vêtements, dans le comportement, dans le langage, dans l'écriture, dans les idées. L'adolescent se sent mais se veut aussi différent des autres ; c'est-à-dire des adultes qui l'entourent, car pour ce qui est

de ses pairs, il en va tout autrement. Nous verrons que c'est précisément auprès d'eux qu'il puise le sentiment de sa valeur, et la conscience de ce qu'il est, leur contact qui le fortifie dans sa volonté d'émancipation.

Il n'est pas difficile de voir la relation entre de telles recherches et la tentative de l'adolescent pour s'affirmer comme une personnalité une et singulière, nous serions tentée de dire : de se fabriquer une personnalité et une identité ; il est aisé de déceler aussi le narcissisme et la mégalomanie propre à l'adolescent et, sous-jacente, l'incertitude quant à ce qu'il est réellement. (Berthe Reymond-Rivier, 1997, pp. 135,138).

### **20-Les facteurs psychologiques de la délinquance juvénile :**

Nous avons vu sans cesse à quel point les bouleversements physiques et psychiques qui surviennent à la puberté, parce qu'ils remettent en cause la personne même de l'adolescent, ses relations avec autrui, comme ses relations avec lui-même, étaient facteurs d'insécurité, d'anxiété, de dévalorisation ; nous avons montré que ces difficultés étaient aggravées dans notre système socioculturel par l'absence d'une définition précise du rôle et du statut de l'adolescent, dont les questions anxieuses qu'il se pose sur lui-même ne trouvent au-dehors que des réponses ambiguës ; qu'elles étaient aggravées plus encore par la résurgence des conflits émotionnels de l'enfance, revécus avec une intensité dramatique. Comment des êtres n'ayant jamais été sécurisés comme enfants pourraient-ils donc franchir sans dommages ce cap hérissé d'écueils ? Fragilisés par leurs expériences antérieures, ils l'abordent en état de moindre résistance et ce qui, pour l'adolescent normal, ne représente qu'une période difficile, tourne pour eux à la catastrophe. La puberté agit comme un révélateur : toutes les failles de la personnalité dues aux facteurs héréditaires et aux carences éducatives, qui ont pu demeurer plus ou moins latentes jusque-là, apparaissent au grand jour ; chez ces prédisposés, c'est le moment où s'installent les

névroses, les psychoses, la délinquance. (Berthe Reymond-Rivier, 1997, pp.182, 183).

### **Conclusion :**

A travers de ce chapitre on a vu que la timidité est interprété de manière différente de la part de différents auteurs mais on a tenté d'apporter un éclairage global sur la problématique de la timidité chez l'enfant et l'adolescent scolarisé.

# **La partie pratique**

## Chapitre 4

# Méthodologie de terrain

### Préambule

1-La méthode utilisée

2-Les outils de recherche utilisés

3-La présentation du terrain

4-Le choix d'échantillon et ses caractéristiques

5-La pré-enquête

6-Les outils statistiques

7-Les difficultés rencontrées

### Conclusion

**Préambule :**

Dans ce chapitre on va essayer de présenter les étapes fondamentaux de la méthodologie suivis dans notre recherche pour but rendre nos résultats dans le cadre des recherches scientifiques.

**1-La méthode utilisée :**

Les méthodes utilisées se varient selon les sujets traités, les problématiques élaborées et les objectifs à atteindre imposent au chercheur à suivre une méthode précise de techniques qui sont adéquates avec la nature de l'étude.

La méthode est un ensemble de règles ou de procédés pour atteindre un objectif. (Madeleine Grawitz, 2001, p.275).

Alors la méthode suivie dans notre recherche est la méthode descriptive qui sert à décrire le phénomène d'étude et concevoir la qualité à travers une collecte de données qui permette d'argumenter sur le problème, le décrire, l'analyse et le soumettre à une étude précise.

On s'est beaucoup plus basé sur l'analyse qualitative, pour bien décrire le phénomène avec précision. Pour une interprétation objective nécessite l'aide de la méthode quantitative à fin de mesurer l'importance de la relation entre la traitance parentale et la timidité chez les adolescents scolarisés. Comme aussi elle nous a permis de comparer les différentes réponses et d'analyser les corrélations entre variables.

**2-Les outils de recherche utilisés :****2-1-Définition de l'échelle :**

Technique pour assigner un score à des individus en vue d'un classement, les échelles sont utilisées pour classer des individus ou des ensembles d'individus selon leurs réponses à des questions construites à partir d'indicateurs choisis.

On regroupe ainsi un ensemble d'indicateurs transformés en questions et on essaie d'évaluer le résultat chiffré d'une personne selon ses réponses ; on la classe alors sur une échelle allant du plus au moins ou d'une attitude extrême dans un sens jusqu'à l'attitude extrême opposée. (Angers Maurice, 1997, p. 115).



Dans notre recherche on a utilisé deux échelle : l'échelle de la traitance parentale de A/Rahman Ben Mohamed El-Blihi et l'échelle de la timidité de Bader Mohamed El-Ansari.

## **2-2-L'application de l'échelle de la traitance parentale de A/Rahman Ben Mohamad El-Blihi :**

### **2-2-1-L'histoire de l'échelle :**

Cette échelle de la traitance parentale est construite par Perce et ses collègues (Perce et al, 1980), ils l'ont nommé (Lambou), les termes de ce dernier sont les premières lettres de nom du test en Suédois dont il a été publié pour la première fois en langue Suédoise.

Ce test est constitué par quatorze dimensions caractéristiques des méthodes de la traitance parentale (mère, père), ces dimensions sont : la privation, toucher à l'intégrité physique, le refus, la cruauté, la protection supplémentaire, la surcharge d'intervention, la tolérance, l'humiliation, la complaisance (gâter), la compassion parentale, l'orientation pour le mieux, la culpabilité, l'encouragement, pencher vers certains enfants par rapport à d'autre, en indiquant la dimension utilisée soit par la mère ou de la part du père.

En 1982, Ross et ses collègues (Ross et al, 1982) ont adapté le test et mesuré sa stabilité et sa fiabilité, a été adapté chez les anglophones et les germanophones en 1983 par Arbindel et ses compagnons. (Arbindel et al, 1983).

Puis Abd-Rahman et El-Maghrébi ont traduit la version anglaise à l'arabe (Abd-Rahman, 1989), mais les déclarations ont été rédigées en mesure de dialecte égyptien pour faciliter la compréhension des paragraphes. Elles ont été adapté à l'environnement égyptien. Ce test est constitué par 75 mots dont il faudra répondre sur l'une des options suivantes : (toujours, parfois, très peu, jamais).

Sami Ibribi l'a appliqué sur l'environnement de l'Arabie Saoudite, puis il a recalculé la stabilité de cette échelle sur un échantillon de l'école primaire de la ville de Riyad, et par cette manière de retest , il s'est avéré que cette échelle a un degré de stabilité parfait.

En 1414 hijri, El-Arini a adapté ce test sur l'environnement de l'Arabie Saoudite après la reformulation des paragraphes en arabe classique puis il l'a présenté aux spécialistes de la faculté d'information de la langue arabe à

l'université islamique de l'Imam Mohamed Ben Saud à Riyad pour corriger linguistiquement les paragraphes de l'échelle.

### **2-2-2 Les caractéristiques de l'échelle :**

Parmi les caractéristiques qui ont attiré l'attention de chercheur pour choisir d'utiliser cette échelle sont les suivantes :

-La correspondance des paragraphes de cette échelle avec les objectifs de cette étude et son association à répondre à ses questions.

-Cette échelle est l'un des outils les plus efficaces pour mesurer les dimensions de base de la traitance parentale à l'égard des enfants par différentes positions du comportement parental vis-à-vis des enfants.

-L'un des avantages les plus importants de cette échelle, elle classe les types de comportement des enfants par le traitement (mère, père) et elle est plus facile d'être vue par les enfants.

-Il est possible pour l'individu d'exprimer son point de vue sur le traitement du père puis son opinion sur le traitement du mère pendant sa lecture de l'élément à la fois, plutôt que d'exprimer son opinion sur chacun d'eux dans sa propre expression.

-Les études ont prouvé la stabilité et la fiabilité de l'échelle puis sa validité à travers différentes cultures. Le chercheur a réussi d'assurer la stabilité et la fiabilité de cette échelle.

### **2-2-3-La fiabilité de l'échelle :**

Il a été confirmé la fiabilité de l'échelle par rapport à sa façon étrangère par plusieurs études faites. Quant au niveau de l'environnement arabe, l'interpréteur et le traducteur s'est appuyé sur l'environnement égyptien. Ces multiples études ont démontré la fiabilité de cette échelle et sa sincérité dans la traitance parentale telle que perçue par les enfants. (El-Arini, 1414 hijri).

### **2-2-4-La stabilité de l'échelle :**

Il a été confirmé la stabilité de l'échelle à travers plusieurs études par rapport aux environnements étrangers. Quant à l'environnement arabe, il a été utilisé deux méthodes différentes :

**-La cohérence interne :**

Il a été calculé le coefficient de corrélation entre le degré du paragraphe et le degré auquel appartient, en supprimant les paragraphes qui ne représentent pas une dimension significative soit au père ou à la mère.

**-Le redemande :**

Le test a été appliqué et réappliqué dans un intervalle de deux semaines (15 jours). Tous les coefficients de fiabilité de différentes dimensions de l'échelle étaient élevés et se situaient entre 0,65 et 0,89, ces dimensions sont très significatives. (Abd-Rahman Ben Mohamed Ben Suleimen El-Blihi, 2008, pp. 74, 76).

**2-2-5-La cotation :**

Cette échelle contient quatre genres de substituts suivants :

- On note (zéro) pour le premier genre qui ne représente (jamais).
- On note (01) pour le deuxième genre (très peu).
- On note (02) pour le troisième genre qui est (parfois).
- Et le dernier genre (toujours) prend la note (03).

**2-3-L'application de l'échelle de la timidité de Bader Mohamed El-Ansari :****2-3-1-L'outil de recherche :**

En raison d'absence d'un outil de recherche prêt d'atteindre les objectifs de la recherche, il a été construit l'échelle des paragraphes en utilisant une échelle : d'embarras de la situation . ( Bader Mohamed El-Ansari).

Cet outil est composé par (26) paragraphes, sachant qu'il y avait d'espace pour enregistrer les réponses des quatre substituts suivant : (souvent, parfois, rarement, jamais) et chaque substitut représente un certain pourcentage,

souvent (85%), parfois (50%), rarement (25%) et jamais (zéro). On demande au sujet d'exprimer à quel point ces paragraphes lui se ressemblent et d'exprimer aussi le degré la honte qu'il ressent. (Fatma El-Habhab, Fatma Balaou, Fatma El-Djarouchi, Kabira Salem, 2006, p.12).

**2-3-2-La cotation :**

Cette échelle contient quatre sortes de substituts qui sont les suivants :

-On note (01) pour la première sorte qui représente (jamais).

-On note(02) pour la deuxième sorte qui est (rarement).

-On note (03) pour la troisième sorte (parfois).

-Et la quatrième sorte (souvent) prend la note (04).

**3- La présentation du terrain :****3-1-Cem mixte de Feraoun :**

Il est situé à une distance de 52 Kilomètre du siège de la Wilaya de Bejaia, il a été ouvert en 1988, il est constitué de 45 enseignants, 11 administrateurs, 15 ouvriers et de 715 élèves.

**4-Le choix d'échantillon et ses caractéristiques :**

Dans notre étude on a utilisé la technique de l'échantillon aléatoire simple, notre recherche a été effectuée auprès d'un échantillon qui comporte 127 collégiens, de l'année scolaire 2012-2013, qui sont répartis dans des classes de quatrième année moyenne (garçon et fille) à l'âge moyen de 14-20 ans (soit d'une moyenne de 25 élèves par classe) dans la région de Feraoun, wilaya de Bejaia et qui proviennent d'un milieu socio-économique moyen.

A la fin de la passation des échelles, on a obtenu les réponses de 127 élèves (44 garçons et 83 filles).

**Tableau N°1 :** le tableau suivant montre la distribution de l'échantillon selon les genres

<b>Genres</b>	<b>Cem mixte de Feraoun</b>	<b>Le pourcentage</b>
Garçons	44	34,64
Filles	83	65,35
Totale	127	99,99

**5- La pré-enquête :**

Après avoir précisé l'objet de notre échantillon d'étude qui est constitué de 127 élèves, on s'est rendu dans le collège mentionné ci-dessus afin d'effectuer la passation de nos échelles.

La passation des échelles s'est faite pour chacune des classes de 4<sup>ème</sup> année moyenne, le temps donné aux élèves pour répondre aux questions était d'une heure afin d'expliquer la complexité de certaines questions. Notre enquête a duré deux jours.

**6-Les outils statistiques :**

**-La moyenne :** c'est l'ensemble de nombre et le quotient de la somme de ces nombres N d'éléments de l'ensemble considéré. (Microsoft Encarta, 2009).

**-Le T test :** c'est un test pour calculer la différence entre deux échantillons (Gilles Ouellet et al, 2010, p.34).

**-L'écart type :** c'est la grandeur qui mesure la dispersion autour de sa valeur moyenne de la distribution statistique associée à une variable aléatoire. (Ibid. p. 35).

**-Le logiciel SPSS version 0,8 :** (statistical package for social sciences) c'est un logiciel pour englober, organiser et d'analyser les données par la description d'une variable ou un ensemble des variables à partir d'un échantillon qui représente la population. (Microsoft Encarta, 2009).

**7-Les difficultés rencontrées :**

On a trouvé la difficulté d'avoir accès a des collègues, le problème se situe au niveau de l'académie, le refus de l'académie de donner l'accès pour faire un stage pratique, ainsi que l'insuffisance des ouvrages notamment ce qu'ils concernent les études locales.

**Conclusion :**

A partir de tout ce qui précède, on peut conclure que les étapes méthodologiques jouent un rôle primordial dans une recherche car elles nous aident d'obtenir des résultats scientifiques.

Une fois qu'on a traversé ces étapes, on pourra commencer à étudier les résultats qu'on a recueilli dans notre recherche.

# Chapitre 5

## **Analyse et interprétation des résultats**

Préambule

1-La présentation et analyse des résultats

2-Les discussions et les interprétations des résultats

Conclusion

**Préambule :**

Après avoir présenter les différentes étapes méthodologiques qu'on a suivi dans notre recherche, on va essayer dans ce chapitre à présenter les résultats obtenus en englobant la présentation des tableaux, l'analyse de leurs résultats puis on va passer à la discussion et l'interprétation des résultats.

**1-Présentation et analyse des résultats :****Hypothèse n°1 :**

Il existe une déférence dans les degrés de la timidité chez les adolescents scolarisés selon les niveaux de la traitance de leurs mères (bienveillance, maltraitance).

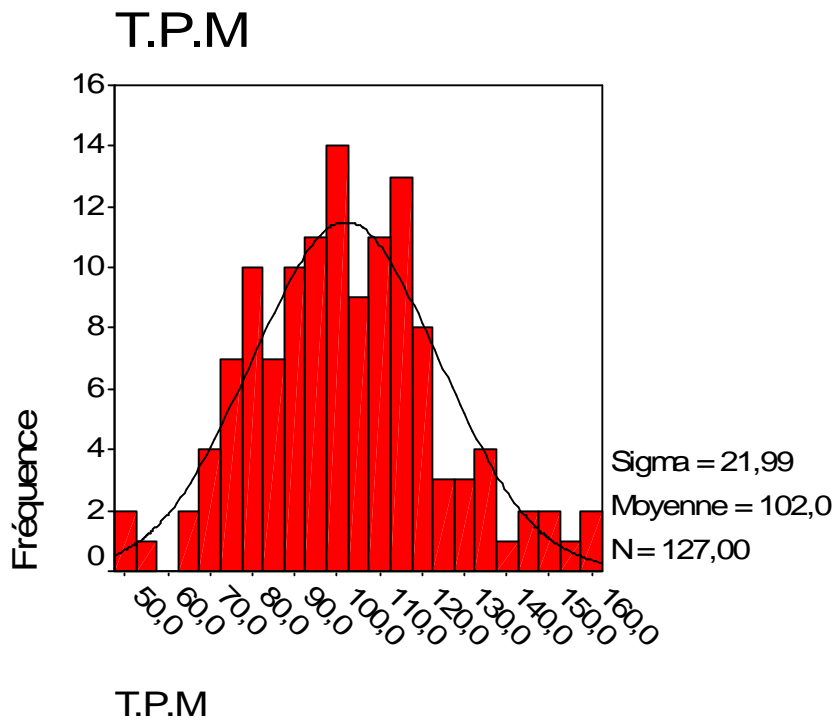
Notre étude a nécessité la division de la variable de la traitance parentales a des niveaux, a travers les centiles et qui relèvent de la méthode d'étalonnage au sein du groupe, avec le style de la quantification. Mais l'utilisation des centiles pour la division, exige la distribution naturelles des données obtenues. Et pour s'assurer, nous avons utilisé le test de **Kolmogorov-Smirnov**, et le tableau suivant montre les résultats obtenu.

**Tableau N°2 :** montre les résultats du test de **Kolmogorov-Smirnov** pour la variable de la traitance de la mère.

Statistique variable	moyenne	Ecart-type	Z k-s	signification
Traitance de la mère	102,01	21,99	0,61	0,84

A partir des résultats du tableau ci-dessus, nous pouvons déduire que les degrés obtenues dans notre application de l'échelle de la traitance de la mère, suivent

une distribution naturelle, comme le niveau de signification est supérieur à 0,05 et le graphique ci-dessous illustre ceci.



**Graphique n°1:** la courbe de distribution naturelle pour les degrés de la traitance de la mère.

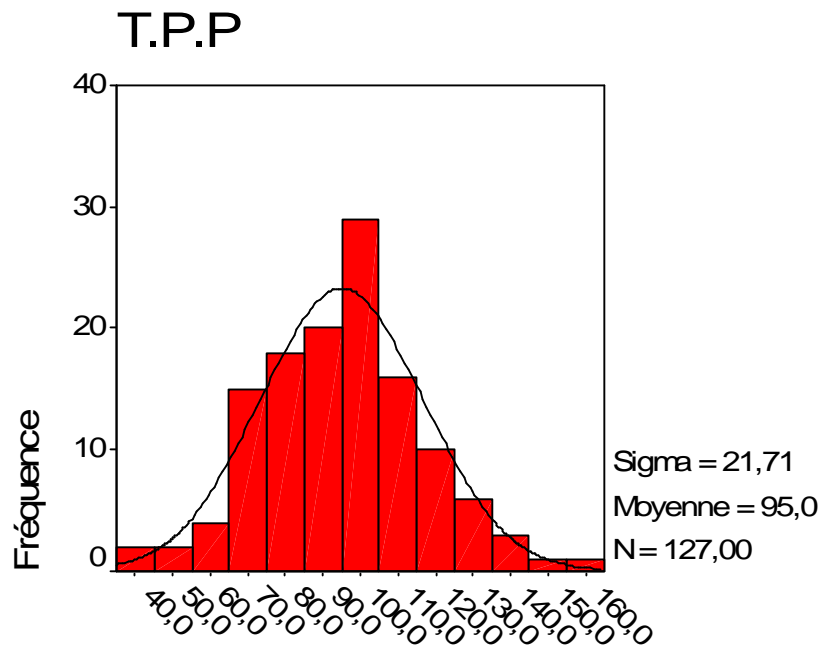
**Tableau n°3:** montre les résultats du test de **Kolmogorov-Smirnov** pour la variable de la traitance du père.

Statistique variable	moyenne	Ecart-type	Z k-s	signification
Traitance du père	95,01	21,71	0,61	0,84

A partir des résultats du tableau ci-dessus, nous pouvons déduire que les degrés obtenus dans notre application de l'échelle de la traitance du père, suivent une



distribution naturelle, comme le niveau de signification est supérieur à 0,05 et le graphique ci-dessous illustre ceci.



T.P.P

**Graphique n°2:** la courbe de distribution naturelle pour les degrés de la traitance du père.

Maintenant on peut faire la distinction entre les différents styles de la traitance parentales. A l'aide des centiles, où l'on considère que ceux qui ont des degrés inférieur à 50% se trouvent dans le style de la mal traitance, tandis que ceux qui dépassent leurs degrés 50% de la totalité de l'échantillon, se trouvent dans le style de bien traitance, et le tableau suivant indique les styles de la traitance parentale chez les adolescents scolarisés.

**Tableau N°4:** le différent style de la traitance de la mère (étalonnage).

Catégories variable	Le style de la maltraitance	Le style de la bientraitance
la traitance de la mère	0-101	102 et plus

Donc, pour tester la première hypothèse, on a utilisé le « **T teste** » pour étudier la différence entre deux groupes : le premier groupe contient les degrés de la timidité chez les adolescents qui ont subi une maltraitance, le deuxième groupe contient les degrés de la timidité chez les adolescents qui ont subi une bienveillance maternelle.

**Tableau n°5** : la différence dans les degrés de la timidité chez les adolescents scolarisés selon le style de la traitance maternelle.

	Le style de la traitance maternelle	N	moyenne	Ecart-type	T	Degré de liberté	signification
La timidité	Mal traitance	65	74,27	14,31	-2,52	125	0.01**
	Bien traitance	62	68,22	12,70			

Les résultats de l'application du test T pour deux échantillons indépendants homogènes, a été estimé à **-2,52** au niveau de **0,01** et **125** degrés de liberté, c'est à dire, il ya une différences statistiquement significative dans les degrés de la timidité chez les adolescents selon les styles de (maltraitance, bienveillance), ces résultats en faveur des adolescents qui ont subi une maltraitance. Ceci est confirmé par la moyenne comme le montre le tableau, la moyenne des degrés de la timidité chez les adolescents qui ont subi une maltraitance maternelle est estimée à **74,27**. Par contre la moyenne des degrés de la timidité chez les adolescents qui ont subi une bienveillance maternelle est estimée à **68,22**. Alors la première hypothèse est confirmée.

**Hypothèse n°2 :**

Il existe une différence dans les degrés de la timidité chez les adolescents scolarisés selon le style de la traitance de leurs père (bienveillance, maltraitance).

Pour tester la deuxième hypothèse, on a utilisé le « **T teste** » pour étudier la différence entre deux groupes : le premier groupe contient les degrés de la timidité chez les adolescents qui ont subi une maltraitance paternelle, le deuxième groupe contient les degrés de la timidité chez les adolescents qui ont subi une bienveillance paternelle.

**Tableau n°6 :** le tableau suivant indique les styles de la traitance parentale de point de vue des adolescents scolarisés.

	Le style de la traitance paternelle	N	moyenne	Ecart-type	T	Degré de liberté	signification
La timidité	Mal traitance	65	73,06	13,31	-4,294	125	0,00 **
	Bien traitance	62	69,19	14,19			

Les résultats de l'application du test T pour deux échantillons indépendants homogènes, a été estimé à **-4,294** au niveau de **0,00** et **125** degrés de liberté, c'est à dire, il n'y a pas de différences statistiquement significative dans les degrés de la timidité chez les adolescents selon les styles de (maltraitance, bienveillance), ces résultats en faveur des adolescents qui ont subi une maltraitance. Ceci est confirmé par la moyenne comme le montre le tableau ci-dessus, la moyenne des degrés de la timidité chez les adolescents qui ont subi

une maltraitance paternelle est estimée à **73,06**. Par contre la moyenne des degrés de la timidité chez les adolescents qui ont subi une bienveillance est estimée à **69,19**. Alors la deuxième hypothèse n'est pas confirmée.

### Hypothèse n°3 :

Il existe une différence dans les degrés de la timidité chez les adolescents scolarisés selon le genre de deux sexes (masculin, féminin).

**Tableau n°7 :** le tableau suivant indique les genres du sexe (masculin, féminin) chez les adolescents scolarisés

	Le genre du sexe	N	moyenne	Ecart-type	T	Degré de liberté	signification
La timidité	Masculin	44	63,89	14,80	-4,294	124	0,00 **
	Féminin	82	74,95	11,69			

Les résultats de l'application du test T pour deux échantillons indépendants homogènes, a été estimé à **-4,294** au niveau de **0,00** et **124** degrés de liberté, c'est à dire, il y a une différences statistiquement significative dans les degrés de la timidité chez les adolescents selon les genres de deux sexes (masculin, féminin), ces résultats en faveur des adolescents qui ont subi une timidité. Ceci est confirmé par la moyenne comme le montre le tableau ci-dessus, la moyenne des degrés de la timidité chez les adolescents masculins est estimée à **63,89**. Par contre la moyenne des degrés de la timidité chez les adolescents féminins est estimée à **74,95**. Alors la troisième hypothèse est confirmée.

**2-Discussion et interprétations des résultats :****2-1-La discussion des résultats de la première hypothèse :**

D'après le tableau n°5 qui représente les résultats de la première hypothèse, on a déduit que les adolescents scolarisés qui ont subi une maltraitance maternelle ont une timidité plus élevée que les adolescents qui ont subi une bienveillance maternelle.

Parmi les facteurs liés à un risque accru de timidité, en mentionnant le fait à vivre une enfance dure au sein d'une mère maltraitante, négligente et qui ne répond pas aux besoins de ses enfants. Ainsi que l'existence d'un échange très affaibli, le manque d'attachement entre la mère et ses enfants et l'absence de liens affectifs, on peut noter aussi l'existence de sentiment d'incapacité chez certaines mères, ce qui crée un fossé d'obligation et d'autorité entre l'enfant et sa mère surtout créer de grosses souffrances chez l'enfant ou l'adolescent. Sachant que ce dernier passe par une période très sensible qui est caractérisée par des changements multiples et variés dans le domaine biologique, physique et psychologique qui influence beaucoup sur sa personnalité.

**2-2-La discussion des résultats de la deuxième hypothèse :**

D'après le tableau n°6 qui représente les résultats de la deuxième hypothèse, on a déduit que les adolescents scolarisés qui ont une maltraitance paternelle présentent un degré de timidité plus élevé que les autres adolescents qui ont une bienveillance paternelle.

Cette étude nous a permis de dire que la source principale de la maltraitance parentale repose sur l'existence d'une insuffisance d'échange dynamique entre le père et ses enfants notamment chez certaines familles, le père s'exclue carrément du monde de leur propres enfants, et chez certaines d'autre, on trouve le père traite ses enfants d'une manière brutale et utilise un comportement indifférent comme il se montre violent, froid à leur égard. Cela peut conduire à l'apparition du risque de la timidité et d'autres souffrances psychiques importantes à l'âge d'adolescence et d'adulte.

**2-3-La discussion des résultats de la troisième hypothèse :**

Le tableau n°7 indique les résultats de la troisième hypothèse, c'est ainsi qu'on constate que les adolescentes scolarisées du sexe féminin ont une timidité plus élevée que les adolescents scolarisés du sexe masculin.

Premièrement de part ( l'ostracisme) qu'elle vit dans le milieu familial, vu que les parents encouragent toujours les enfants du sexe masculin et à partir de là la fille ressentait comme son sexe est inférieur ; chose qui crée un complexe chez elle, par conséquent elle commence à détester sa féminité, au fond d'elle l'a rejette ; et elle grandira comme ça, ne pas accepté sa féminité.

Les parents toujours ont de l'œil tendre envers les garçons depuis leur enfance, et une brutalité envers les filles.

Laisser libre cours aux garçons à jouer comme bon leur semble, mais enchaîné la fille par des lois et des interdits ; et à partir de ce comportement les parents, ont inculqué le sentiment d'infériorité aux enfants de sexe féminin par rapport aux enfants de sexe masculin, les filles alors grandiront avec ce complexe

d'infériorité depuis leurs enfance ce qui provoque cette timidité excessive chez les filles.

**Conclusion :**

A la fin de ce chapitre on a constaté que l'une de nos hypothèses est confirmée et l'autre n'est pas confirmée, et ça renvoie aux différents facteurs qui entre en interaction avec la traitance parentale et la timidité chez les adolescents scolarisés.

# **Conclusion générale**

## **Conclusion :**

Il y'avait plusieurs recherches qui démontrent qu'il y a souvent d'adolescents scolarisés qui souffrent de la timidité et la cause principale de ce trouble trouvait son origine dans la petite enfance vécue une maltraitance parentale, a partir des résultats de ses recherches, on a réalisé un travail sur la maltraitance parentale et la timidité chez l'adolescent scolarisé pour objectif de découvrir si les résultats de ces recherches sont valables et de savoir aussi le degré d'interaction entre les deux notions.

Notre étude s'est focalisée sur la relation entre la maltraitance parentale et la timidité chez les adolescents scolarisés en quatrième année moyenne. Afin de réaliser notre recherche, on a fait recours à une méthode et à des outils de recherche qui correspondent aux informations recherchées.

Pour la collecte des données, on a utilisé deux outils de recherche qui sont le test de la traitance parentale de A/rahmane Ben Mohamed El-Blihi qui a pour objectif de mesurer le niveau de la traitance parentale de notre échantillon et le test de la timidité de Bader Mohamed El Ansari qui a pour objectif de mesurer le degré de la timidité de notre échantillon. Dans notre étude on a pu prouver que la timidité chez les adolescents scolarisés est exprimé par une maltraitance parentale, mais ces résultats restent limitées sur l'échantillon et les outils utilisés, c'est pour ça on ne peut pas généraliser.



## **Suggestions et conseils :**

On constate un manque flagrant en Algérie en ce qui concerne la prise en charge de cette catégorie vulnérable de la société : tel que des assistantes bien disposées des outils fiables et importants pour leur venir en aide convenablement.

**Pour éliminer la maltraitance parentale**, il faut créer :

Des assistantes sociales, l'assistant familial avec les autres membres de l'équipe technique pluridisciplinaire (psychologues, médecins, éducateurs...) et les autres membres de la famille d'accueil.

Des bénévoles qui viennent en associations.

Des aides financières pour assurer la santé, la sécurité, l'entretien ou la traïtance des enfants ou des adolescents.

Des aides éducatives à domicile qui assument la charge effective des enfants ou des adolescents

Eviter les sources de risque qui peuvent provenir de l'enfant lui-même, de sa famille ou de son environnement extrafamilial.

**Pour diminuer la timidité**, il faudra :

Assister à des psychothérapies de groupe ( jeux de rôle, travail en groupe...).

Organiser des séances psychanalytique avec des psychologues compétents à prendre en charge cette tranche de la société.

Organiser des sorties de coaching susceptibles de booster le patient à aller de l'avant tel qu'affronter des situations qui lui sont difficiles auparavant.

# **Bibliographies**

## Références bibliographiques :

- 1-Adeline Vanek Dreyfus et Charlotte Mareau, (2001), **l'indispensable de la psychologie**, Studyrama, Paris.
- 2-Alexander Butchart et Alison Phinney Harvey,(2006),**guide sur la prévention de la maltraitance des enfants**, Genève, Suisse.
- 3-Berthe Reymond-Rivier,(1997), **le développement social de l'enfant et de l'adolescent**, 13<sup>ème</sup> édition, Mardaga, Belgique.
- 4- Claude Martin,(2003),**l'invention du sentiment d'enfance et de parentalité** édition école nationale de la santé publique, Paris.
- 5-Georges Menahem,(1992),**troubles de santé à l'âge adulte et difficultés familiales durant l'enfance**, Population, 4, INED.
- 6-Gilles Ouellet, Dominic Roy-Alain Hout,(2010),**méthode quantitative en sciences humaines**, Québec, groupe Modulo.
- 7-Gisèle George et Luis Vera,(1999),**soigner la timidité chez l'enfant et l'adolescent**, Dunod, Paris.
- 8-Inès Angelino,(2002),**l'enfant, la famille, la maltraitance**, 2<sup>ème</sup> édition, Dunod, Paris.
- 9-Jean- Christophe Meunier,(2012),**l'enfant, l'adolescent timide dans le contexte éducatif**, Wallonie-Bruxelles.
- 10-Jean-Marc Hardy,(2004), **la timidité**, presses universitaire de France, Paris.
- 11-Jean Marie Miron,(2004),**la difficile reconnaissance de l'expertise parentale**, édition université de Québec à Trois-Rivières.
- 12-L.Dugas,(1898),**la timidité**, Félix Alcan, éditeur, Paris.
- 13-Madeleine Grawitz,(2001), **méthodes des sciences sociales**, 11<sup>ème</sup> édition, Dalloz, Paris.
- 14-Norbert Sillamy, (1999), **dictionnaire de psychologie**, édition Larousse, Paris.
- 15-Paul Hartenberg, (1921),**les timides et la timidité**, Dunod, Paris.

16-Pierre Daco, (1999), **les prodigieuse victoires de la psychologie moderne**, Dunod, Paris.

17-Sheree L.Toth et Dante Cicchetti,(2005), **la maltraitance**, Paris.

18-عبد الرحمن بن محمد بن سليمان البليهي,(2008), **أساليب المعاملة الوالدية كما يدركها الأبناء و علاقتها بالتوافق النفسي**, كلية الدراسات العليا, جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية.

19-فاطمة الهبهاب و فاطمة بلاعو و فاطمة الجروشي و كبيرة سالم,(2006/2005), **الخجل و علاقه بالتحصيل الدراسي**, كلية الآداب, جامعة 7 أكتوبر.

**Listes internet :**

20-http : //alex.g.pagesperso-orang.fr/psycho/d2/pg22.htm.

21-www.espace-optimiste.com.

22-http://www.santé.gouv.fr/interventions-precoc.html.

# **Annexes**

Annexe n°1 : échelle de la traitance parentale de A/Rahman Ben Mohamed El-Blihi

بسم الله الرحمن الرحيم

عزيزي التلميذ

سلام الله عليك و رحمته و بركاته...

يقوم الباحث بإجراء دراسة لمعرفة بعض الأساليب التربوية.

أرجو عزيزي الطالب:

التكرم بالمساعدة للوصول إلى أدق النتائج و ذلك بالا جابه الصريحة على اسئله الاستبيان المرفق بوضع  
اشاره (X) أمام كل عبارة و تحت كل كلمه واحده فقط تنطبق على حالتك.

و ذلك بعد تعبئه نموذج البيانات الاولييه.

هذا و نؤكد لك عزيزي الطالب:

بان جميع المعلومات سوف تحاط بالسرية التامة و سيكون استخدامها لأغراض البحث العلمي فقط.

و لذلك فان كتابه الاسم اختياري.

و السلام عليكم و رحمه الله و بركاته

-المستوى التعليمي للأم

أمية ( )	تقرا و تكتب ( )
ابتدائي ( )	متوسط ( )
ثانوي ( )	جامعي ( )

-المستوى التعليمي للأب

أمية ( )	تقرا و تكتب ( )
ابتدائي ( )	متوسط ( )
ثانوي ( )	جامعي ( )

الرأي في معاملة الأم			الرأي في معاملة الأب					العبارات	الرقم
لا أبدا	قليلا جدا	أحيانا	دائما	لا أبدا	قليلا جدا	أحيانا	دائما		
								هل تظن أن عقاب والديك لك كان عادلا (أم يضلماك)؟	1
								هل حدث أن غضبت من أمك أو أبيك لأنهما منعا عنك شيئا تحبه؟	2
								هل كان أبوك أو أمك يعاقبانك على الأخطاء الصغيرة؟	3
								عندما كنت طفلا, هل ضربك احد والديك أو وجه إليك لفظا سيئا أمام أناس غرباء؟	4
								هل ذلك والداك عاملاك معاملة أحسن من إخوانك؟	5
								هل منعك احد والديك من عمل مباح يعمله الآخرون بحجة انه خائف عليك من ضرره؟	6
								هل تشعر أن خوف والديك عليك يجعلهما يتدخلان في كل شيء تعمله؟	7
								هل تظن أن أمك وأباك كانا يتمنيان أن تكون أحسن مما أنت عليه الآن؟	8
								هل اعتاد أبوك و أمك على اضهار حبهما لك بالكلام أو بالفعل؟	9
								هل كان أبوك و أمك يحاولان أن يجعلاك إنسانا له قيمة و شان؟	10
								هل كان والداك يغضبان جدا اذا حدث منك خطأ لدرجة انك تحس فعلا بالذنب أو عذاب الضمير؟	11
								هل كان والداك يشجعانك و يساعدانك في الظروف الصعبة؟	12
								هل كنت تحس ان أباك و أمك يجبان أحدا من أخوانك أكثر منك؟	13
								هل شعرت بأن والديك لم يحباك؟	14

								هل كان والداك يضربانك بقسوة على أخطاء صغيرة لا تستحق الضرب عليها؟	15
								هل كان والداك يحاولان أن يوفر لك حاجات مثل أصحابك و كانا يبذلان أقصى جهدهما من أجل ذلك؟	16
								هل تظن أن احد أبويك كان شديدا أو قاسيا في تعامله معك؟	17
								هل كان والداك يتحدثان عن كلامك و أفعالك أمام الناس الغرباء بشكل يشعرالك بالخجل؟	18
								هل كان أبوك و أمك يرفضان الحديث معك مدة بسبب خطأ صغير وقعت فيه؟ طويلة	19
								هل يتدخل والداك فيما تقوم به من أعمال؟	20
								هل والداك ينتقدان أصحابك الدين تحب أن يزوروك في المنزل؟	21
								هل تعتقد أن والديك يحترمان رأيك؟	22
								هل كان والداك يظهران شعورهما بالحب و العطف و الحنان عليك؟	23
								هل كان والداك مهتمين بان تحصل على درجات عالية في الاختبارات المدرسية؟	24
								هل كنت تشعر أن والديك يفكران أن أخطاءك هي السبب في عدم سعادتهما, أو انك أنت السبب؟	25
								هل كنت تشعر أن والديك يمكن أن يقدم لك المساعدة عندما تتعرض لمواقف صعبة؟	26
								هل عاملك والداك معاملة أسوأ من معاملتهما لإخوانك؟	27



								هل أبوك و أمك كانا يسمحان لك بأخذ أشياء لا يسمحان بها لإخوانك؟	28
								هل حدث أن عاقبك والداك و أنت لم ترتكب خطأ تعلمه؟	29
								هل كان والداك يبخلان عليك بالأشياء التي تحتاجها؟	30
								هل كان والداك يغيضان منك اذا لم تشارك في أعمال البيت المطلوبة منك؟	31
								هل والداك يقولان لك أنت أصبحت رجلا و باستطاعتك عمل ما تريد؟	32
								هل تستطيع أن تذهب إلى والديك اذا ارتكبت خطأ ما و تصليح خطأك و تطلب منهما السماح؟	33
								هل أبوك و أمك كانا خائفين على صحتك بدون داع و بقلق مستمر؟	34
								هل كنت تخبر والديك عند عودتك للمنزل عن كل ما فعلته و حدث لك خارج المنزل؟	35
								هل كان والداك يتقبلانك على طباعك و مهما كانت طريقة تعاملك معهما؟	36
								هل تشعر أن والديك كانا يحببان أن يكونا بجوارك قدر الإمكان؟	37
								هل كان والداك يضغطان عليك لكي يجعلاك أفضل الرجال؟	38
								هل كان والداك يقولان لك اذا فعلت كذا سوف نهجرك (نزعل عليك)؟	39
								هل تعتقد أن والديك حاولا أن يجعلا مرحلة المراهقة بالنسبة إليك مرحلة جميلة و مفيدة (مثلا كانا يشتريان لك كتباً قيمة أو يوافقان لك على رحلات مع رفقة صالحة)؟	40
								هل كان أبوك و أمك يجعلانك السبب وراء اي عمل سيئ؟	41

								هل تشعر أن والديك يحبانك أكثر من أخوانك؟	42
								هل حدث أن ضربك احد والديك من غير بخيليتين معك؟ سبب؟	43
								هل كنت تشعر أن والديك كانا أنانيين وبخيلين معك؟	44
								هل كان والداك يقولان لك باستمرار نحن غير موافقين على ما تفعله في المنزل؟	45
								هل كان والداك ينتقدانك و يصفانك بأنك كسول و قليل الفائدة تمام الناس الغرباء؟	46
								هل كنت تشعر أنه من الصعب عليك أن ترضي والديك؟	47
								هل حدث أن والديك كانا يحاولان الضغط عليك لكي تأكل أكثر من طاقتك؟	48
								هل كان والداك يهتمان بنوع الأصدقاء الذين تختارهم و تخرج معهم؟	49
								هل كان الاختلاف في الرأي بينك و بين والديك يقابل بالاحترام منهما و لا يفسد المحبة و الود بينكم؟	50
								هل كنت تشعر أن العلاقة بينك و بين والديك كانت علاقة حب و عطف؟	51
								هل تظن أن والديك كانا يطالبانك أن تتفوق خصوصا في المدرسة أو الرياضة أو أشياء مثل ذلك؟	52
								هل والداك كانا يقولان لك عبارات مثل هل هذا جزاء تربيئنا لك أو هذا هو جزاء تربيئنا من أجلك؟	53
								هل أبوك و أمك يشجعانك على كل ما تفعله؟	54

								هل كنت الشخص الوحيد بين إخوانك الذي يوجه والداك اللوم إليه لو حدث شيء غير جيد؟	55
								هل كنت في العادة تذهب إلى المكان الذي تريده من غير ما يكون والداك قلقين عليك بشدة؟	56
								هل كان والداك عادة يضربانك بقسوة؟	57
								هل كان والداك لا يسمحان لك أن تفعل أو تأخذ ما تريد بحجة أنهما لا يريدان أن تكون مدللاً؟	58
								هل كان والداك يعاملانك بطريقة قاسية (بدون لين)؟	59
								هل كان والداك يعاملانك بطريقة تشعرك بالحرج و الخجل؟	60
								هل حدث أن غضب والداك عليك من غير أن تعرف سبباً لغضبهما؟	61
								هل تمنيت أن خوف و قلق والديك عليك لم يكون بالشكل الذي تشعر به	62
								هل كان والداك يضعان حدوداً للمسموح به و الممنوع عمله و يتمسكان بهذه الحدود بشكل محكم جداً؟	63
								هل كنت تشعر أن والديك كانا يأملان أن تكون في وضع أحسن مما أنت عليه؟	64
								هل كان والداك يعانقانك ( أي يضمانيك إلى صدريهما)؟	65
								هل كنت تشعر أن والديك كانا فخورين عندما تنجح في أي مهمة تقوم بها؟	66
								هل حدث أنك شعرت بعذاب الضمير نحو والديك تتصرف بطريقة لا يحبانها؟	67
								هل كان والداك يشجعانك على إشباع هوايتك و الحاجات التي تحبها؟	68
								هل كان والداك يسمحان لإخوانك أن يأخذوا أشياء كانا يمنعانك عنها؟	69
								هل كان والداك يفضلانك على إخوانك؟	70

								هل حدث أن والديك كانا يدعانك تنام من غير عشاء؟	71
								هل كان والداك يعاقبانك بقسوة حتى على الأخطاء الخفيفة؟	72
								هل تعتقد أن شعور والديك بالخوف عليك من حدوث شيء كان شعورا مبالغا فيه أكثر من اللازم؟	73
								هل كنت تجد الراحة لدى والديك عندما تثبت لهما أحزانك؟	74
								هل كان والداك يقفان في صفك ضد أخوانك حتى و لو كنت أنت المخطئ؟	75

Annexe n°2 : échelle de la timidité de Bader Mohamed El-Ansari :

التعليمة: أرجو الإجابة بوضع العلامة (x) أمام الخانة التي تعبر عن شعورك الحقيقي.

الاسم واللقب (اختياري):

السن:

الجنس: ذكر ( ) أنثى ( )

الرقم	العبارات	غالباً	أحياناً	نادراً	أبداً
1	اشعر بالخجل عندما يقول الاستاذ إنني الطالب الوحيد الراسب في المقرر				
2	اخجل عندما يشار إلي بتعليق سلبي أو ايجابي				
3	اخجل عندما لا أتمكن من سداد ما علي من التزامات مالية				
4	اخجل عندما لا أتمكن من الإجابة على سؤال يوجهه إلي المعلم أثناء الدرس				
5	اخجل عندما اكتشف أنني الشخص الوحيد الموجود من بين مجموعة كبيرة من أفراد الجنس الآخر				
6	اخجل عندما يوجه إلي النقد الجارح أمام الآخرين				
7	اخجل عندما اضحك بصوت عال مما يثير انتباه الآخرين				
8	اخجل عندما ينظر إلي الآخرين أثناء وجودي في أماكن عامة				
9	اخجل عندما يدرك الآخرون بأنني مصدر الصوت المزعج في الدرس				
10	اخجل عندما يصدر مني تصرف غير لائق أمام احد أفراد الجنس الآخر				
11	اخجل عندما امشي و الممر مزدحم				
12	اخجل عندما ينظر إلي جميع التلاميذ عندما أقوم بالإجابة عن السؤال				

				اخجل عند إبداء رأي حول موضوع معين أمام الجميع	13
				اخجل عند دخولي إلى القاعة متأخرا و الجميع ينظر إلي	14
				اخجل عند ذهابي إلى المناسبات الاجتماعية كالأفراح و المناسبات	15
				اخجل عندما يوجه إلي الاستناد سؤالا أثناء الدرس	16
				أفضل الصمت عندما يكون الدرس حواريا	17
				اخجل عندما أتعرض للحديث مع الذكور (الإناث)	18
				اخجل عندما يوجه إلي ثناء أو مدح أمام مجموعة من الحضور	19
				اشعر بالخجل عندما لا افهم المطلوب أو المقصود من السؤال الموجه إلي	20
				اشعر بالخجل عندما ينظر الاستاد لورقتي أثناء إجابتي في الامتحان	21
				اشعر بالخجل و الارتباك عندما يكلفني استادي بقيادة مجموعة في مهمة ما	22
				اشعر باحمرار الوجه عندما ادخل قاعة الاساتدة و الجميع ينظر إلي	23
				اشعر بسرعة دقات قلبي عندما يكلفوني بإبداء رأي في موضوع ما أمام الجميع	24
				اشعر بتلعثم أو ارتباك في صوت الحديث مع الغرباء	25
				اشعر بالخجل و تسبب العرق عندما أريد التحدث بصراحة	26

### Annexe n°3 : résultats d'application des échelles

Degré de la traitance de la mère	Degré de la traitance du père	Timidité	Genres	Style de la traitance de la mère	Style de la traitance du père
48	51	77	masculin	mal traitance	mal traitance
48	112	55	masculin	mal traitance	bien taitance
57	65	70	feminin	mal traitance	mal traitance
65	55	67	masculin	mal traitance	mal traitance
65	60	47	masculin	mal traitance	mal traitance
68	66	54	feminin	mal traitance	mal traitance
69	67	60	masculin	mal traitance	mal traitance
71	101	84	masculin	mal traitance	bien taitance
72	75	76	masculin	mal traitance	mal traitance
74	69	53	feminin	mal traitance	mal traitance
74	84	72	masculin	mal traitance	mal traitance
75	83	48	masculin	mal traitance	mal traitance
76	72	52	masculin	mal traitance	mal traitance
76	83	69	feminin	mal traitance	mal traitance
76	92	75	feminin	mal traitance	mal traitance
77	89	44	masculin	mal traitance	mal traitance
78	72	75	feminin	mal traitance	mal traitance
79	82	73	feminin	mal traitance	mal traitance
80	68	59	feminin	mal traitance	mal traitance
81	69	80	feminin	mal traitance	mal traitance
81	78	57	masculin	mal traitance	mal traitance
81	92	54	masculin	mal traitance	mal traitance
82	80	50	feminin	mal traitance	mal traitance
82	81	70	feminin	mal traitance	mal traitance
82	82	39	masculin	mal traitance	mal traitance
82	87	57	masculin	mal traitance	mal traitance
83	99	55	feminin	mal traitance	bien taitance
84	82	78	feminin	mal traitance	mal traitance
84	91	80	feminin	mal traitance	mal traitance
85	74	74	masculin	mal traitance	mal traitance
85	84	92	feminin	mal traitance	mal traitance
86	60	91	feminin	mal traitance	mal traitance
87	95	57	masculin	mal traitance	mal traitance
88	83	60	masculin	mal traitance	mal traitance
89	47	88	feminin	mal traitance	mal traitance
89	63	74	feminin	mal traitance	mal traitance
89	67	68	feminin	mal traitance	mal traitance
89	90	75	masculin	mal traitance	mal traitance
89	95	74	feminin	mal traitance	bien taitance
90	85	55	feminin	mal traitance	mal traitance
90	94	71	feminin	mal traitance	mal traitance
91	102	82	feminin	mal traitance	bien taitance
92	92	65	feminin	mal traitance	mal traitance

93	80	56	masculin	mal traitance	mal traitance
94	100	92	masculin	mal traitance	bien taitance
95	80	79	feminin	mal traitance	mal traitance
96	39	80	feminin	mal traitance	mal traitance
96	70	69	feminin	mal traitance	mal traitance
96	95	102	feminin	mal traitance	bien taitance
96	96	67	feminin	mal traitance	bien taitance
96	98	66	feminin	mal traitance	bien taitance
96	103	71	masculin	mal traitance	bien taitance
97	91	52	masculin	mal traitance	mal traitance
97	99	41	masculin	mal traitance	bien taitance
98	116	46	masculin	mal traitance	bien taitance
99	74	91	feminin	mal traitance	mal traitance
99	88	76	feminin	mal traitance	mal traitance
100	102	66	feminin	mal traitance	bien taitance
100	102	86	feminin	mal traitance	bien taitance
101	74	81	feminin	mal traitance	mal traitance
101	104	89	feminin	mal traitance	bien taitance
101	104	48	masculin	mal traitance	bien taitance
101	105	82	feminin	mal traitance	bien taitance
101	108	69	feminin	mal traitance	bien taitance
102	83	67	feminin	bien traitance	mal traitance
102	85	85	feminin	bien traitance	mal traitance
102	98	69	feminin	mal traitance	bien taitance
102	106	62	masculin	bien traitance	bien taitance
103	98	64	feminin	bien traitance	bien taitance
103	103	69	feminin	bien traitance	bien taitance
104	101	81	masculin	bien traitance	bien taitance
104	112	58	feminin	bien traitance	bien taitance
105	106	67	masculin	bien traitance	bien taitance
105	114	82	masculin	bien traitance	bien taitance
106	93	86	feminin	bien traitance	mal traitance
107	78	68	feminin	bien traitance	mal traitance
107	107	80	feminin	bien traitance	bien taitance
108	85	61	feminin	bien traitance	mal traitance
108	108	94	feminin	bien traitance	bien taitance
108	110	81	masculin	bien traitance	bien taitance
109	94	51	masculin	bien traitance	mal traitance
109	100	67	feminin	bien traitance	bien taitance
109	122	40	masculin	bien traitance	bien taitance
109	123	67	masculin	bien traitance	bien taitance
110	93	66	feminin	bien traitance	mal traitance
110	101	77	feminin	bien traitance	bien taitance
112	70	103	feminin	bien traitance	mal traitance
112	96	61	feminin	bien traitance	bien taitance
113	101	69	feminin	bien traitance	bien taitance
113	117	80	feminin	bien traitance	bien taitance
114	76	55	masculin	bien traitance	mal traitance
114	98	79	feminin	bien traitance	bien taitance
114	138	63	feminin	bien traitance	bien taitance



115	106	65	feminin	bien traitance	bien taitance
116	93	59	feminin	bien traitance	mal traitance
116	114	73	masculin	bien traitance	bien taitance
116	116	56	masculin	bien traitance	bien taitance
116	123	103	masculin	bien traitance	bien taitance
117	94	76	feminin	bien traitance	mal traitance
117	97	79	feminin	bien traitance	bien taitance
117	118	76	feminin	bien traitance	bien taitance
118	84	83	feminin	bien traitance	mal traitance
118	103	75	feminin	bien traitance	bien taitance
118	113	70	masculin	bien traitance	bien taitance
119	95	61	feminin	bien traitance	bien taitance
119	130	71	masculin	bien traitance	bien taitance
120	114	66	feminin	bien traitance	bien taitance
121	104	73	feminin	bien traitance	bien taitance
121	106	70	masculin	bien traitance	bien taitance
124	123	73	masculin	bien traitance	bien taitance
126	129	77	feminin	bien traitance	bien taitance
127	115	76	feminin	bien traitance	bien taitance
128	155	95	feminin	bien traitance	bien taitance
130	129	80	masculin	bien traitance	bien taitance
131	118	69	feminin	bien traitance	bien taitance
133	112	91	feminin	bien traitance	bien taitance
134	73	95	feminin	bien traitance	mal traitance
134	86	94	feminin	bien traitance	mal traitance
134	94	66	feminin	bien traitance	mal traitance
138	39	85	feminin	bien traitance	mal traitance
144	137	77	feminin	bien traitance	bien taitance
145	131	93	feminin	bien traitance	bien taitance
151	101	78	feminin	bien traitance	bien taitance
152	129	78	feminin	bien traitance	bien taitance
157	147	89	feminin	bien traitance	bien taitance
158	144	61	masculin	bien traitance	bien taitance
159	132	89	masculin	bien traitance	bien taitance