

Université ABDERRAHMANE MIRA de BEJAIA

Faculté des Science Humaines et Sociales

Département de psychologie



Option : psychologie clinique

Thème :

**Le vécu psychologique des enfants victimes de violence
conjugale âgés de 10 à 12 ans.**

**Etude de 05 cas cliniques au sein de l'association Ikhoulaf
Akbou.**

Mémoire de fin de cycle

En vue l'obtention du diplôme Master

Réalisé par :

- Haddad Imene.
- Hadadou Nassima.

Les membres du jury :

Président : BOUCHERMA Samia

Encadreur : Mekhzem Kahina

Examineur : MEBAREK Fateh

Année universitaire : 2022/2023

Remerciement

Au terme de ce travail, nous tenons à vous exprimer nos profondes gratitude pour vos soutiens et vos accompagnements tout au long de la réalisation de notre mémoire de master en psychologie clinique.

On souhaite également remercier notre promotrice Dr Mekhzem Kahina pour ses conseils méthodologiques et son expertise ont été d'une grande aide pour mener à bien ce travail de recherche.

On souhaite aussi de remercier pour les efforts de notre responsable de stage et ses collègues et pour le responsable de l'association « IkhoulafAkbou » et aussi les participants (les enfants et leurs parents) pour leurs contributions à la réussite de ce projet.

Nous sommes fiers de vous présenter ce mémoire, fruit de plusieurs mois de travail acharné et de réflexion. On espère qu'il saura répondre aux attentes et aux exigences de l'évaluation.

Encore une fois, merci infiniment pour vos soutiens et vos confiances.

Cordialement,

Imene, Nassima.

Dédicace :

Avec dieu toute patiente, on dédie ce mémoire de master en psychologie à nos parents, qui ont soutenu tout au long de nos études et ont encouragés à poursuivre nos rêves. On tient également à remercier nos amis pour leur soutien et tous les participants à notre étude pour leurs temps et leurs contributions précieuse à notre recherche.

Imene, Nassima.

Liste des tableaux

N° du tableau	Titre de tableau	Page
Tableau N° 01	Représentent les caractéristiques des éléments de groupe de recherche (les mères).	71
Tableau N° 02	Représentent les enfants victimes de violence conjugale.	71
Tableau N° 03	Représente les résultats de l'échelle CPTS-RI pour le cas "W"	86
Tableau N° 04	Représente les résultats de l'échelle RCMAS pour le cas "W"	87
Tableau N° 05	Représente les résultats de l'échelle CPTS-RI pour le cas "A"	91
Tableau N° 06	Représente les résultats de l'échelle RCMAS pour le cas "A"	91
Tableau N° 07	Représente les résultats de l'échelle CPTS-RI pour le cas "F"	101
Tableau N° 08	Représente les résultats de l'échelle RCMAS pour le cas "F"	101
Tableau N° 09	Représente les résultats de l'échelle CPTS-RI pour le cas "T"	106
Tableau N° 10	Représente les résultats se l'échelle RCMAS pour le cas "T"	106
Tableau N° 11	Représente les résultats de l'échelle CPTS-RI pour le cas "X"	113
Tableau N° 12	Représente les résultats de l'échelle RCMAS pour le cas "X"	114
Tableau N° 13	Tableau récapitulatif représente les résultats des cinq cas de l'échelle CPTS-RI	116

Tableau N° 14	Tableau récapitulatif représente les résultats des cinq cas de l'échelle RCMAS	116
---------------	---	-----

Liste des abréviations :

OMS : Organisation Mondiale de la santé.

UNO : Organisation des Nations Unies.

MSSS : Ministre de la santé et des services sociaux.

DSM5 : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux de l'association Américaine de psychiatrie.

TSPT : Trouble de stress post-traumatique.

TOC : Trouble obsessionnel compulsif.

LCT : Lésion cérébrale traumatique.

TCC : Thérapie cognitivo-comportementale.

EMDR : désensibilisation et retraitement par les mouvements oculaires.

ESPT : Etat de stress post-traumatique.

CPTS-RI : Child Post-Traumatic Stress-Reaction Index.

RCMAS : Revised Children's Manifeste Anxiety Scale.

Liste des annexes :

Annexe N° 01	Le guide d'entretien
Annexe N° 02	Questionnaire sur événement de vie (ESPT)
Annexe N°03	Echelle d'anxiété manifeste pour enfants révisée (RCMAS)

Sommaire

Remerciement

Dédicace

Liste des tableaux

Liste des abréviations

Liste des annexes

Introduction.....1

Le cadre général de la problématique

1. Problématique.....5

2. Les hypothèses.....8

3. La définition opérationnelle des concepts clés.....8

4. Les objectifs de la recherche.....10

Partie théorique

Chapitre 01 : la violence conjugale

Préambule

1.1 Définition de la violence.....13

1.2 Définition de la violence conjugale.....14

1.3 L’histoire de la violence conjugale.....16

1.4 Les formes de la violence.....18

1.5 Le cycle de la violence.....19

1.6 Les facteurs de la violence.....21

1.7 L’enfant exposé a la violence conjugale.....22

1.8 Façons dont les enfants vivent l’exposition à la violence conjugale.....23

1.9 Facteurs de risques et facteurs de protections.....25

1.10 Degrés d’exposition de l’enfant à la violence conjugale.....27

1.11 Les répercussions de la violence conjugale.....	28
1.12 Les approches explicatives de la violence conjugale.....	30
Synthèse.....	34

Chapitre 02 : le vécu psychologique de l'enfant

Préambule

2.1 Le vécu.....	36
2.1.1 La définition du vécu psychologique.....	36
2.2 Le stress.....	37
2.2.1 La définition du stress.....	37
2.2.2 L'origine du stress.....	38
2.2.3 Les différentes approches du stress.....	38
2.2.4 Les effets du stress.....	39
2.3 Stress post-traumatique.....	40
2.3.1 La définition du stress post-traumatique.....	40
2.3.2 Les symptômes.....	40
2.3.3 Les critères diagnostiques du l'état de post-traumatique.....	41
2.3.4 Facteurs de risques et de pronostiques.....	45
2.3.5 Diagnostic différentiel.....	46
2.3.6 Comorbidité.....	48
2.3.7 L'enfant et le syndrome post-traumatique.....	49
2.3.8 Grandes principes de la prise en charge.....	49
2.3.9 La prise en charge.....	50
2.4 L'anxiété généralisée.....	53
2.4.1 La définition de l'anxiété.....	53
2.4.2 Définition de trouble anxiété généralisée.....	53

2.4.3 L'origine de l'anxiété.....	54
2.4.4 Les différents concepts de l'anxiété.....	54
2.4.5 Les symptômes.....	55
2.4.6 Les critères diagnostiques de l'anxiété généralisée.....	55
2.4.7 L'anxiété normale et anormale.....	56
2.4.8 Les facteurs de risques et de pronostiques.....	57
2.4.9 Diagnostic différentiel.....	57
2.4.10 Comorbidité.....	59
2.4.11 L'anxiété chez l'enfant.....	59
2.4.12 La prise en charge.....	60
Synthèse.....	64

Partie pratique

Chapitre 03 : Méthodologie de la recherche

Préambule

1. La méthode de la recherche.....	67
2. présentation du lieu de recherche.....	69
3. La présentation de groupe de recherche et ses caractéristiques.....	70
4. Les outils d'investigations.....	72
5. Le déroulement de la recherche.....	79
Synthèse.....	79

Chapitre 04 : Présentation, analyse des résultats et discussion des hypothèses

Préambule

1.1 Présentation des cas et analyse des résultats.....	82
1.2 Discussions des hypothèses.....	116
Synthèse.....	119

Conclusion.....121

Bibliographie

Annexes

Résumé



Introduction

Le mariage est la plus vieille coutume de l'humanité, et l'état civil de la plupart des individus adultes. C'est l'acte par lequel un homme et une femme qui se sont mutuellement choisis s'engagent à vivre ensemble jusqu'à la mort. Et c'est au sein de leur union que naîtront des enfants. Ainsi, être parent, c'est disposer partiellement d'un pouvoir de création. L'on assiste au sein d'une famille à la perpétuation de l'espèce. C'est le lieu de reproduction de ses membres, c'est-à-dire, l'enfant naît dans une famille, puis à son tour, fonde une autre famille qui, plus tard, constituera de nouvelles familles.

La famille est le milieu primaire de socialisation de l'être humain, surtout de l'enfant, elle est l'unité fondamentale de la société et le milieu naturel pour la croissance et le bien-être de ses membres et en particulier des enfants. L'apprentissage par l'enfant de la culture, des valeurs et des règles de la société commence au sein de la famille. Et pour que sa personnalité s'épanouisse et se développe harmonieusement, un enfant devrait grandir dans un milieu familial où il trouve bonheur, amour et compréhension.

Pourtant, la famille décrite comme le socle de la société, creuset idéal pour l'éducation des enfants s'avère être maltraitante voire néfaste. Il est opportun de relever d'entrée de jeu que les violences dans les relations intimes sont la manifestation dans la sphère privée, des relations de pouvoir inégal entre les femmes et les hommes encore à l'œuvre dans notre société.

Ainsi la violence conjugale constitue sans aucun doute la forme la plus courante des violences subies au sein de la famille et du foyer.

Mais quoi de plus délicat qu'un enfant exposé à des violences au sein de sa propre famille alors que cette dernière et non seulement le lieu privilégié de l'épanouissement affectif et personnel de chacun, particulièrement de l'enfant mais est aussi un lieu intime et privé. Et la question de la violence conjugale dérange car elle touche à l'intimité du foyer.

Donc pour l'enfant, son enfance est une phase importante qui représente une période pour le développement physique cognitif, comportemental, émotionnel et social, bien qu'on reconnaisse généralement que ce développement est à la fois influencé par l'environnement dans lequel il évolue. Son développement peut être affecté par une interaction déficiente entre les caractéristiques

Personnelles de l'enfant et son entourage, indiquant ainsi que les besoins de l'enfant « n'ont pas été comblés de façon satisfaisante. Pour favoriser son développement, l'enfant doit donc recevoir une réponse de la part de sa famille afin de combler ses besoins physiques, émotionnels, sociaux et intellectuels. Le phénomène de la violence conjugale, la durée des situations de violence comme le cumul des violences, augmente la probabilité que les enfants y assistent ce qui peut affecter ses besoins et le place dans une situation de vulnérabilité ou de danger.

Ainsi l'enfant de couple violent est très souvent dans l'incapacité de témoigner de la violence parentale : il veut protéger ses parents, dont il se sent de toute façon redevable. Mais, il est souvent également dans La dynamique de la violence auquel l'enfant est exposé, de ses conséquences et répercussions l'affecte directement, comme tous les membres de la famille. Il vit incontestablement de l'intérieur ses effets dévastateurs dans perpétuel climat de tension, de violences intrafamiliales ; un climat de vie quotidienne marqué par l'insécurité, l'instabilité, les tensions et la peur, elle menace directement ou indirectement le bien-être, la santé et la sécurité du sujet souffrant.

De ce fait, l'enfant victime de la violence conjugale peut présenter des nombreux problèmes psychologiques internalisés tels que le trouble de l'anxiété, la dépression, le retrait social ou une faible estime de soi. Et externalisés comme l'impulsivité, hyperactivité, trouble de l'attention, agressivité ou encore délinquance.

Ainsi une exposition chronique à la violence conjugale peut entraîner le syndrome post traumatique avec des reviviscences des scènes de violence, cauchemars répétitifs, phénomène de peur avec attitude d'évitement, souvent associés à des manifestations de colère, aussi les tentatives de suicide peuvent être fréquents ce qui revient dire que les impacts de la violence sur les enfants est multiples : peuvent être asymptotique, psychologique, comportementale, relationnels, physique, apprentissage scolaire. .

Pour atteindre notre objectif dans notre recherche portée sur « le vécu psychologique des enfants victimes de violence conjugale » on a choisi comme terrain l'association Ikhoulaf. Pour réaliser notre étude, nous avons adopté un plan de travail qui comporte un cadre général de la problématique et deux parties :

Le cadre général de la problématique constitue d'une problématique, des hypothèses et opérationnalisation des concepts clés, les raisons de choix du thème, et les objectifs à atteindre.

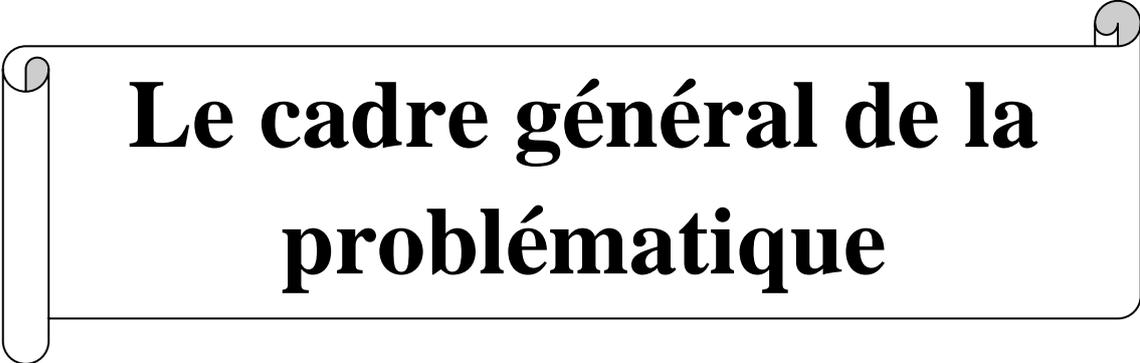
La première partie théorique comporte deux chapitres, le premier chapitre est consacré à la violence conjugale. Deuxième chapitre on va présenter ce phénomène, ses définitions, ses types, le cycle de la violence, ses causes, puis on développera notre objet d'étude qui est l'enfant et de définir sa situation en moment de l'exposition à la violence, la façon dans il vit cet événement, les facteurs de risques et de protection, le degré de l'exposition de l'enfant à la violence conjugale et les répercussions selon différentes dimensions, et on termine par les approches théoriques explicatives de la violence conjugale et une synthèse.

Le deuxième chapitre concerne le vécu psychologique des enfants victime de violence conjugale. On abordera premièrement les concepts clés de vécu, on détaillant ses définitions, ses types, puis le stress et le stress post traumatique et l'anxiété généralisée, on va décrire cliniquement les deux troubles psychiques, puis on va commencer par leurs définitions, ensuite les symptômes, critères diagnostiques, facteurs de risques et de protection, diagnostic différentiel et la prise en charge psychologique et pharmacologique et on conclut par une synthèse.

Et la deuxième partie pratique se compose de deux chapitres, le chapitre méthodologique de la recherche sera centré sur la méthode de recherche à suivre, qui est la méthode clinique descriptive, ensuite on va présenter le lieu de la recherche, les caractéristiques des participants de notre recherche, les outils d'investigations, le déroulement de la recherche et enfin une synthèse du chapitre.

Le chapitre présentation et analyses des données et discussions des hypothèses sera consacré à la présentation et analyse de nos cas de recherche et une discussion des hypothèses et l'interprétation des résultats obtenus.

Nous achèverons notre projet de fin d'étude par une conclusion générale suivie d'une liste bibliographiques et les annexes.



Le cadre général de la problématique

1) Problématique :

Tous les parents aspirent au bien-être de leurs enfants et s'efforcent de répondre à leurs besoins. Toutefois, lorsqu'ils font face à des difficultés telles que le chômage, la séparation, la maladie, le décès ou encore la violence, qui peuvent perturber le fonctionnement familial ou causer des actes violents envers les mères et les enfants, il est possible que leur attention et leur responsabilité parentale envers leurs enfants soient altérées. En particulier, en cas de violence conjugale, les enfants peuvent être affectés par l'environnement tendu et stressant, même s'ils ne comprennent pas ce qui se passe réellement ils perçoivent et ressentent les tensions. (Barriel et al, 2019, p. 3)

En dépit de l'amour parental, les enfants ne sont pas épargnés par des conséquences des violences conjugales, même si ces violences ne sont pas directement adressées. Ils sont toujours impactés par ce phénomène.

La violence peut être définie comme étant « l'utilisation intentionnelle de la force physique de menaces à l'encontre des autres ou de soi même, contre un groupe ou une communauté, qui entraîne ou risque fortement d'entraîner un traumatisme, des dommages psychologiques, des problèmes de développement, un décès ou des privations ». Ils existent plusieurs formes comme la violence interpersonnelle qui est inclut par un proche ou un inconnu et la violence collective qui peut être sociale et politique, familiale qui est nommée aussi conjugale. (OMS, 2002, p. 5)

La violence conjugale est une problématique sociale qui comprend les agressions psychologiques, verbales, physiques, et sexuelles ainsi que les actes de domination sur le plan économique. Elle ne résulte pas d'une perte de contrôle, mais constitue, au contraire, un moyen choisi pour dominer l'autre personne et affirmer son pouvoir sur elle. Elle peut être vécue dans une relation maritale, extra marital ou amoureuse et à tous les âges de la vie. (Manacé-LLB, 2021, p. 14)

La revue de la littérature a mis en évidence que les études sur la violence conjugale sont principalement axées sur la présentation statistique de l'ampleur de ce phénomène.

Effectivement, l'Algérie, n'est pas à l'abri de la violence conjugale, comme en témoignent les statistiques fournies par les différents services. Ainsi, celles émanant des services de la police nationale révèlent qu'au cours de l'année 2017, un total de 7589 femmes victimes de violence à été enregistrée sur le plan national

dont 38 % sont d'origines conjugales, c'est-à-dire 2883. En 2016, le nombre de femmes victimes de violence a atteint 7400 femmes dont 3321 épouses. Les violences physiques représentent 73 %, la maltraitance 21 %, les agressions sexuelles 2.89 % et les homicides 0.38 %. Ces statistiques ne reflètent nullement la réalité du phénomène, car la majorité des femmes violentées hésitent longtemps avant d'aller consulter et très peu des victimes déposent des plaintes au niveau des services compétents. (Boussafsaf, 2018, p. 3)

D'après une enquête menée par le centre de recherche en anthropologie sociale et culturelle (CRASC) (2006, cité par Sebaa Berrouayel, 2019) les conséquences des violences conjugales touchent plusieurs aspects de la vie des enfants. Les femmes interrogées ont révélé que 49 % des enfants ont peur de leur père, 30.8 % se cachaient ou s'enfermaient, 22.9 % rejetaient leur père, 20.3 % étaient violents envers leurs frères et sœurs, 18.2 % étaient agressif à l'extérieur du domicile.

Selon une enquête sur la violence envers les femmes réalisée par statistique Canada en 1993, 40 % des actes de violence, ce qui correspond à un million d'enfants au Canada. De plus, selon plusieurs études, une grande proportion de femmes sous-estiment l'exposition de leurs enfants à la violence conjugale. Enfin, puisque la grande majorité (86 %) des actes de violence conjugale signalés à la police en 1999 ne sont produits dans des résidences privées. La probabilité que les enfants soient exposés à cette violence est très grande (Arseneau, 2005, p. 41).

Par ailleurs, l'édition de 2012 de l'enquête sur la violence familiale dans la vie du Québec, montre que les enfants sont largement plus exposés à la violence verbale que psychologique ou physique. En effet, environ un enfant sur cinq (19%) est témoin ou a connaissance d'une ou deux situations où l'un de ses parents insulte, ridiculise ou humilie verbalement l'autre parent au cours d'une année, et près d'un enfant sur 15 (6%) vit ces situations à trois reprises au maximum. (Smedslund, 2021, p. 7)

Par la suite, Smedslund (2012) a souligné que l'exposition à la violence conjugale est plus fréquente dans certains cas. Environ 4.3% des enfants témoins ou ont connaissance une ou deux fois par année de la destruction d'objets appartenant à l'autre parent ou de coups portés dans un mur. En ce qui concerne la violence physique, environ 1 % des enfants sont exposés une ou deux fois annuellement par année, soit lorsqu'un parent (ou conjoint, conjointe) menace

sérieusement l'autre parent de le blesser (1,1 %) ou qu'il le pousse ou le bouscule (1,3 %). (p. 7)

Les conséquences de cette violence affectent l'enfant dans plusieurs domaines de sa vie. Elle peut générer un climat de vie négatif, caractérisé par l'insécurité, l'instabilité et la peur. Elle peut également avoir un impact sur différents aspects de vie, tels que la santé physique et mentale, la vie sociale et scolaire. (Séverac, 2012)

Ainsi, les enfants subissant ce phénomène éprouvent des difficultés dans divers domaines de leur vie, notamment sur la plan psychologique, scolaire et social. Ils peuvent présenter des troubles psychologiques tels que le stress post-traumatique, l'anxiété ou la dépression. De plus, leur scolarité est souvent affectée par des conséquences telles que l'échec ou la phobie scolaire. Sur le plan social et relationnel, ils peuvent avoir du mal à se lier avec autrui et à se faire des amis en raison des effets négatifs de cette violence. (Kasongo, 2022, p. 39)

Les enfants qui sont témoins ou exposés à la violence conjugale sont également victimes de celle-ci, mais les conséquences peuvent se manifester plus tard, souvent à l'adolescence. Il est donc important de leur offrir un soutien psychologique pour les aider à comprendre pourquoi ils se sentent si mal et pour les aider à vivre leur vie et leurs relations sociales. Dans les cas les plus graves, la violence conjugale peut causer un stress émotionnel considérable chez les enfants, qui peut laisser des cicatrices indélébiles tout au long de leur vie. Les symptômes psychoaffectifs varient selon les circonstances, la chronicité de la violence, le type de sévices, la sévérité des faits, la vulnérabilité psychologique de l'enfant, son implication, sa propre victimisation, son rôle et son état de victime. Ces symptômes ont un impact profond sur l'évolution psychique de l'enfant et peuvent compromettre sa santé mentale. Sur le plan clinique, en fonction de la gravité de la violence conjugale, les troubles peuvent ressembler à ceux du trouble de stress post-traumatique (PTSD). (Haesevoets, 2016, p. 335)

Dans cette optique nous allons organiser notre recherche afin de décrire le vécu psychologique des enfants âgés de 10 à 12 ans, victimes de la violence conjugale. Pour ce faire nous avons suivi une démarche scientifique et méthodologique, en utilisant des outils précieux l'entretien clinique semi-directif et les deux échelles d'ESPT et RCMAS pour recueillir des données sur le terrain, qui sont à la fois complexes et délicates.

Les questions qu'on se pose dans le cadre de notre recherche sont les suivantes :

- Comment est le vécu psychologique des enfants victimes de violence conjugale?
- Comment est le vécu psychologique des enfants victimes de violence conjugale qui adoptent une attitude de normalisation de la violence ?

2) Les hypothèses :

- **L'hypothèse générale :**

- Le vécu psychologique des enfants victimes de violence conjugale est altéré.

- **L'hypothèse partielle :**

- Les enfants victimes de violence conjugale qui adoptent une attitude de normalisation de la violence ont un vécu psychologique altéré.

3) La définition des concepts clés : (l'enfant, le vécu psychologique, le vécu psychologique altéré, attitude de normalisation, l'anxiété, la violence conjugale, l'état de stress post-traumatique)

- **L'enfant** : est un être humain, est une réalité biologique, historique et juridique. Il est au cœur du système familial, désigne tous les enfants et les jeunes de la naissance à l'âge de 18 ans.(GEOPSY, 2011, p. 13)
- **Le vécu psychologique** : peut être défini comme l'ensemble des expériences, des émotions et des sentiments ressentis par une personne dans une situation donnée. (Arnoux-Nicolas et al, 2019, p. 351)
- **Le vécu psychologique altéré** : est une manière vivre dont une personne vit ses interactions avec les personnes de son environnement social. Il peut être causé par différents facteurs tels que les troubles psychologique, le stress post-traumatique, la souffrance mentale, les complications physiques, etc. (Anesm, 2014, p. 19)
- **Attitude de normalisation** : est un processus social par lequel une idée ou un comportement devient considéré comme normal et accepté dans une société donnée.(Delouée, p. 46)
- **L'anxiété** : est un état de nervosité ou de préoccupation excessive. Elle peut être une réaction normale à une situation stressante, mais elle peut également devenir une maladie lorsqu'elle survient sans raison apparente. Les symptômes de l'anxiété peuvent inclure une peur excessive ou répétée.(Darcourt et al, 1993 ; p. 80)
- **La violence conjugale** : vise à dominer et à terroriser la victime, elle se manifeste dans cycle qui se répète et s'intensifie. La loi interdit plusieurs comportements violents qui affectent le bien être physique, psychologique et émotionnel de la victime et les enfants exposés.

- **L'état de stress post-traumatique** : (ESPT) est un trouble anxieux sévère qui se développe à la suite d'un événement traumatisant.
- **L'opérationnalisation des concepts** :
 - L'enfant :
 - Un enfant est être humain âgé entre 10-12 ans.
 - le vécu psychologique :
 - un bon vécu : sentiment de la joie, une bonne mentalisation
 - un mauvais vécu : un vécu altéré, le choc, l'altération par un événement traumatique, les difficultés relationnelles, l'irritabilité.
 - le vécu psychologique altéré :
 - le rappel des épisodes confusionnels des mauvais événements.
 - Souffrance mentale.
 - Des complications physiques.
 - Attitude de normalisation :
 - Des opinions, des comportements, des attitudes.
 - Une vision centrale pour accepter ou ignorer une norme dans une société.
 - l'anxiété :
 - état émotionnel normal ou excessive
 - inquiétude pénible
 - tension nerveuse
 - trouble de respiration
 - chaleur froid
 - excitation de cœur
 - le malaise et le doute, obsessions
 - présence de sueurs
 - violence conjugale
 - le désaccord parental
 - le conflit entre les conjoints
 - elle est domestique lorsqu'elle qualifie les actes despotiques, ou de cruauté, exercés contre un conjoint, des enfants, ou même contre des parents, au sein d'un foyer.
 - Les insultes, l'intimidation
 - Dévalorisation
 - Dénigrement
 - Crier, couper la parole à l'autre, les critiques blessants
 - Agressions physiques : giflé, frappé, brulé, coup de pied.

- Agressions sexuelles : forcer la personne à avoir une relation sexuelle forcée, blessure sur les parties génitales
- Stress post-traumatique :
 - Les flashbacks
 - Des cauchemars
 - Un évitement des stimuli associés à l'événement traumatisant.
 - Une hyper vigilance
 - Des difficultés à fonctionner la vie personnelle, sociale, professionnel.

4) Les objectifs de la recherche :

Notre recherche poursuit principalement les objectifs suivants :

- L'intérêt de choisir ce thème de recherche est pour développer un modèle de compréhension du réel impact psychique de la violence conjugale sur les enfants victimes âgé de 10 à 12 ans.
- Etudier la problématique du vécu psychologique des enfants victimes de violence conjugale.
- Retracer les conséquences psychologiques et physiques des enfants exposés à la violence.
- Identifier leurs profils psychiques selon la sévérité des symptômes anxieux et décrire les troubles évalués.



La partie théorique



Chapitre 01

Préambule :

La violence a été toujours fait partie de la vie humaine, elle prend plusieurs formes qu'elle que soit leur nature conjugale ou infantile ou d'autres types, elle laisse des séquelles profondes dans la vie psychique des victimes et on peut voir des diverses conséquences dans tous les régions du monde.

Dans ce présent chapitre, consacré à la violence conjugale, on va présenter premièrement la violence conjugale : sa définition, son origine historique, ses formes et ses phases, les causes, puis on va aborder l'enfant victime de la violence conjugale : l'enfant exposé à la violence conjugale, la façon dont les enfants vivent cette exposition, les facteurs de risques et protections, les répercussions de la violence conjugale, et finalement les approches explicatives et on conclu par une synthèse.

1.1 Définition de la violence :**L'étymologie du terme violence :**

Le mot violence vient du latin violentia, qui veut dire caractère violent, le verbe c'est violare signifie transgresser, en insistant sur l'infraction, ce terme dérivé du latin vis qui signifie d'abord force en action, en particulier « force exercée contre quelqu'un », la force en action la puissance. Le pluriel vires désigne les forces physiques, les ressources pour exercer la vis. Au cours de la notion de violence se trouve l'idée d'une force dont l'exercice contre quelque chose ou quelqu'un fait le caractère violent : la force devient violence lorsqu'elle dépasse la mesure ou perturbe un ordre. (Jovelin& Prieur, 2014, p. 25)

L'Organisation Mondiale de le Santé (OMS) en 1996 nous donne une définition de la violence : « l'usage délibéré ou la menace d'usage de la force ou de la puissance contre soi-même, contre une autre personne ou contre un groupe ou une communauté, qui entraîne ou risque fort d'entraîner un traumatisme, un décès, un dommage moral, un mal développement ou une carence ».(Ferragut, 2006, p. 27)

La revue de la littérature nous montre l'existence de nombreuses définitions, Tout en soulignant que le mot violence ne renvoie pas à un concept unitaire. F. Héritier propose de délimiter sa thématique de recherche sur le sujet comme suit : « Appelons violence toute contrainte de nature physique ou psychologique susceptible d'entraîner la terreur, le déplacement, le malheur, la souffrance ou la mort d'un être animé ». (Ferragut, 2006, p. 27)

En 2002 elle est définie comme suit : « la menace ou l'utilisation intentionnelle de la force psychique ou du pouvoir contre soi-même, contre autrui ou contre un groupe ou une communauté qui entraîne ou risque fortement d'entraîner un traumatisme, un décès, des dommages psychologiques, un mal développement ou des privations ». (OMS, 2002, p. 5)

Une autre définition : On identifie souvent la violence par l'usage de la force susceptible d'entraîner une souffrance. Cependant, la force qui est la contrainte exercée pour atteindre un but peut avoir un usage non violent, notamment dans certaines situations d'apprentissage par conditionnement, de contrainte éducative, de contrainte médicale ou de punition dans cette perspective, Kriegel en 2003 souligne que : « la violence n'est pas dans l'usage de la force, mais dans la visée qui tend à déshumaniser ». Selon Jaspard en 2003 : « la violence est fondée sur un rapport de force ou de domination qui s'exerce par les brutalités physiques ou mentales entre au moins deux personnes. Il s'agit d'imposer sa volonté à l'autre, de le dominer, au besoin en l'humiliant, en le dévalorisant, le harcelant jusqu'à sa capitulation et sa soumission ». (Tchouata, 2008, p. 86)

1.2 Définition de la violence conjugale :

On parle de violence conjugale lorsque celle-ci s'inscrit dans le cadre d'une relation entre partenaires y compris parfois après leur séparation.

En Belgique, les ministres fédéraux, régionaux et communautaires ont proposé le 08 février 2006, la définition suivante de la violence conjugale :

« Les violences dans les relations intimes sont un ensemble de comportements, d'actes, d'attitudes de l'un des partenaires au ex partenaires qui visent à contrôler et dominer l'autre. Elles comprennent les agressions, les menaces ou les contraintes verbales, physiques, économiques, répétées ou amenées à se répéter, portant atteinte à l'intégrité de l'autre et même à son intégration socio professionnelle. ces violences affectent non seulement la victime, mais également les autres membres de la famille, parmi lesquels les enfants. Elles constituent une forme de violence intrafamiliale. Il apparaît que dans la grande majorité, les auteurs de ces violences sont des hommes et les victimes sont des femmes. Les violences dans les relations intimes sont la manifestation dans l'espace privé, des relations de pouvoir inégal entre les femmes et les hommes encore à l'œuvre dans notre société. la violence entre partenaires constitue sans aucun doute la forme la

plus courante de violence subie au sien de la famille ou de foyer ». (Cité par Laanan, 2013, p. 10)

D'autres définitions de cette problématique : la violence conjugale se distingue du conflit de couple tant par ses moyens que par ses effets.

C'est un processus évolutif au cours duquel un partenaire le plus souvent un homme exerce dans le cadre d'une relation privilégiée, une emprise qui s'exprime par des agressions physiques, psychologiques, sexuelles ou de toute autre nature et pouvant même constituer en des privations ou contraintes (vols, destruction de propriété, enfermement, séquestration...).

Dans une situation de violence, le partenaire cherche à avoir le pouvoir sur l'autre, l'objet de la dispute est un moyen choisi, c'est un prétexte générant peur et honte. La violence est un processus ritualisé. Les stratégies sont cycliques et récurrentes, ce qui n'est pas le cas pour le conflit de couple. Le conflit de couple porte sur un sujet de discorde non planifié. Les deux partenaires se sentent libres de s'exprimer. Il n'y a pas de peur qui paralyse. (Cherifi, 2022, p. 7)

Dans certains écrits on peut trouver d'autres termes utilisés comme violence dans le couple, violence domestique, violence faites aux femmes dans la sphère domestique pour désigner le phénomène que nous souhaitons étudier.

Dans un rapport établi par la France pour l'UNO en 1995, on définit la violence conjugale comme celui là : un processus au cours duquel un partenaire exerce des comportements agressifs et violents à l'encontre de l'autre, dans le cadre d'une relation privée et privilégiée. Ces comportements sont destructeurs quels qu'en soient la forme et le mode. Elle s'exerce sous divers formes : verbale (insultes, chantage, menaces), psychologique (comportement méprisant, dénigrant les opinions, les valeurs, les actions de la femme); économique (confiscation des ressources, transfert des charges financières), physique (coups et sévices corporels), sexuelle (sexualité forcée, accompagnant les brutalités physiques et les menaces, rapports sexuels brutaux, contrainte à subir des scénarios pornographiques humiliants, des viols et viols collectif, contrainte à se prostituer). (Cador, 2005, p. 9)

La conflictualité conjugale peut se décliner de multiples manières. Elle se manifeste souvent par une dispute qui pourrait être qualifiée de discussion un peu vive entre deux conjoints. Il est possible que celle-ci ait des conséquences constructives mais il arrive aussi qu'elle aille jusqu'à une violence conjugale

répétitive dont le couple ne parvient pas à se sortir. Le conflit, à l'encontre de la violence, serait caractérisé par l'expression de divergences ou désaccords au sein du couple qui se traduit par des comportements relationnels et des interactions sous-tendus par le respect de l'altérité du conjoint. (Frich-Desmarez, 2016, p.7)

1.3 L'histoire de la violence conjugale :

Depuis des milliers d'années, des femmes sont victimes d'actes violents de la part de leur conjoint. Le phénomène de la violence conjugale est inscrit dans l'histoire de l'ancien et du nouveau testament, la loi romaine, à cette époque, autorise le mari à tuer sa femme si elle a commis l'adultère ou encore ce dernier peut la corriger si elle boit du vin. Au moyen âge, l'Etat comme l'Eglise confèrent encore au mari le droit de battre sa femme. La période de la renaissance n'apporte pas beaucoup de grands changements. L'homme est le maître absolu qui peut contrôler et châtier son épouse s'il le juge nécessaire. Dans le code civil, en 1866, il est inscrit que le mari a un rôle d'autorité et de propriété ; il choisit le lieu de résidence et son épouse doit le suivre. La femme peut être punie physiquement par son conjoint jusqu'à la fin du 19^e siècle. C'est alors que la France reconnaît la femme comme personne ; il devient alors interdit à l'homme d'utiliser la force envers son épouse (Badinter, 1986).

Peu de temps après, au Canada, en 1890, une nouvelle loi stipule que dorénavant le mari ne doit plus battre sa femme ; le droit de vote est accordé aux femmes en 1918 et en 1929, les femmes deviennent membres à part entière de la société et obtiennent le statut juridique de personne (Rinfert-Raynor et Cantin, 1944). Au Québec, les femmes acquièrent leur droit de vote en 1940. Les lois occidentales établissent donc maintenant l'égalité de l'homme et de la femme. Cette égalité a-t-elle cependant un impact réel sur l'incidence de la violence conjugale ? La réponse à cette question est complexe puisque la conscience sociale contemporaine accrue vis-à-vis ce phénomène amène maintenant les femmes à dénoncer et à chercher de l'aide lorsqu'elles sont victimes de ce type de violence. Plusieurs maisons d'hébergement pour femmes violentées et plusieurs groupes d'entraide ont en conséquence vu le jour dans les années 1970 au Québec. Le mandat de ces organismes est souvent double, à savoir d'une part la protection des victimes, et d'autre part la sensibilisation de la population et des gouvernements aux causes et aux conséquences de ce type de violence. (Laughrea et al, 1996, p. 49)

Le ministère de la santé et des services sociaux (MSSS) rend publique, en 1985, sa politique d'aide aux femmes violentées. Cette politique précise les orientations que doivent adopter les maisons d'hébergement pour femmes violentées et les centres d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel. En 1987, lors de la révision de cette politique, ce ministère adopte un plan triennal de financement pour consolider et développer des maisons d'hébergement pour femmes en difficulté et victimes de violence. Par ailleurs, il met sur pied des projets pilotes d'intervention auprès des conjoints violents. Pendant les trois années de ce plan, près de 35 millions de dollars sont affectés à ces ressources. Depuis, le nombre de refuges d'urgence mis sur pied à l'intention des femmes battues et de leurs enfants a quadruplé ; on compte aujourd'hui plus de 300 centres. De nombreuses femmes peuvent maintenant bénéficier d'aide pour tenter de mettre fin à l'escalade de la violence dans leurs couple.

Ce n'est cependant qu'en 1986 que la violence conjugale est judiciairisée. Le ministère de la justice du Québec adopte alors une politique d'intervention en matière de violence conjugale pour inciter les victimes à recourir à la justice. Il met sur pied des mesures de soutien, et demande aux policiers de porter plainte devant les tribunaux, indépendamment de la volonté de la femme, lorsqu'il y a violence conjugale. Notons que le Canada est le premier pays au monde à établir une telle politique. Suite à l'application de cette politique, les autorités policières établissent que 60 % de tous leurs appels d'aide proviennent de demandes inhérentes à des troubles familiaux, notamment la violence conjugale.

En 1922, le MSSS inscrit la violence conjugale parmi les 19 objectifs de santé et de bien-être qu'il souhaite poursuivre d'ici l'année 2002. Par la même occasion, il publie un document afin de définir son orientation concernant les programmes d'intervention auprès des conjoints violents. La préoccupation vis-à-vis le développement de traitements adaptés pour ces derniers demeure tout de même récent. En 1981, il n'existait par exemple au Canada que quatre programmes destinés aux hommes qui battent leurs femmes. (Laughrea et al, 1996, p. 95)

1.4 Les formes de la violence :

1- la violence physique :

C'est la forme de violence la plus repérable, mais elle est souvent banalisée, surtout si elle n'entraîne pas de blessures graves. Elle commence par des bousculades, des gifles, des coups de poing, des coups de pied qui ne laissent pas toujours des traces. Mais elles peuvent être plus graves, à plus forte raison si une arme est utilisée, une arme blanche par exemple, ou un objet contondant qui va laisser des séquelles inesthétiques et éventuellement fonctionnelles. Ainsi, les morsures, les griffures, les signes d'une tentative de strangulation sont fréquents.

Les brûlures également qui témoignent d'une volonté de marquer le corps de façon indélébile. On retrouvant des lésions au niveau du visage, le cou, la bouche, la mâchoire, elles peuvent aider la victime comme dans une situation de violence conjugale de faire un certificat médical descriptif qui permettra de déposer plainte ou de demander le divorce. (Daligand, 2019, pp. 62-68)

2- la violence sexuelle :

Elle est fréquente dans les couples où s'exerce la domination, l'emprise. Comme le disent les victimes : se sont des rapports sexuels imposés, parfois sans violence physique mais sans leur consentement. Ce sont les violences les plus difficiles à révéler, car l'humiliation et la honte sont majeures. Bien souvent l'agresseur est persuadé qu'il ne s'agit pas d'un viol mais d'un rapport normal, habituel, qui fait partie du devoir conjugal. Parfois, l'agresseur filme les relations sexuelles et menace de les diffuser sur internet. Il arrive également que les agresseurs obligent leur conjointe à se prostituer. (Daligand, 2019, pp. 62-68)

3- la violence psychologique :

C'est la forme de violence la plus fréquente, la plus destructrice, la plus difficile à supporter. Elle se manifeste par la manipulation, l'intimidation, la disqualification. La victime dévalorisée, humiliée, ridiculisée, parfois infantilisée, perd peu à peu l'estime de soi.

L'agresseur dénigre toutes les compétences de sa partenaire, ses capacités personnelles, relationnelles, professionnelles. Les injures, les insultes pleuvent, ainsi que les menaces d'abandon, de suicide, de meurtre. La peur est permanente. Parfois c'est par l'indifférence que se manifeste la violence psychologique, il s'agit d'une violence passive où plus rien n'est adressé à l'autre, ni regard ni parole. L'agresseur ne le voit pas, ne l'entend pas, ne lui parle plus. Certaines victimes disent qu'elles préfèrent la violence active. (Daligand, 2019, pp. 62-68)

4- la violence sociale :

L'agresseur isole peu à peu sa victime, la sépare de la famille, de ses amis, de ses connaissances, de son travail. De plus en plus isolée, contrôlée, la victime perd son réseau relationnel et social, car elle ne peut que se consacrer à son agresseur jaloux et possessif qui peut aller jusqu'à la séquestration. La victime n'a plus personne à parler, à qui se confier. Elle est de plus en plus dépendante de son partenaire, qui lui confisque le téléphone, l'ordinateur, la voiture. Il surveille tous ses échanges, tout ce qui pourrait être adressé à un autre, ce qui lui est intolérable. (Daligand, 2019, pp. 62-68)

5- la violence économique :

Pour contrôler sa victime, l'agresseur peut faire en sorte que ses ressources financières soient limitées, qu'elle n'ait plus les moyens de se procurer ce dont elle a besoin ou ce dont a besoin la famille. Il n'est d'ailleurs souligné que l'un des facteurs augmentant la violence conjugale est le fait que la victime n'a pas de compte en banque personnel ou n'a pas accès au compte commun. (Daligand, 2019, pp. 62-68)

6- la violence administrative :

Elle consiste en la confiscation de documents : carte d'identité, passeport, livret de famille, carnet de santé des enfants, carte vitale, diplômes.

Cette violence limite ou interdit toute tentative d'échapper au conjoint violent. (Daligand, 2019, pp. 62-68)

1.5 Le cycle de la violence :

Chaque cas soit unique, la façon dont les victimes, décrivant les violences conjugales montre souvent que les situations se déroulent selon une logique assez semblable. Des situations, des phases, des étapes se retrouvent dans la plupart des couples où s'exerce la violence.

1/ la lune de miel :

Ce cycle commence toujours par une période dite « de lune de miel », le début de la plupart des relations amoureuses c'est un état de bonheur où tous les sens sont en éveil où l'excitation de la rencontre est intense, euphorique.

Après cette période harmoniste de bien être, d'idéalisation de l'autre, la situation change, l'être aimé se découvre avec ses défauts, ses limites, et l'amant déçu peut se transformer en bourreau pour obliger la personne aimée à correspondre fidèlement à ses besoins, ses attentes, ses désires. (Daligand, 2019, pp. 68-71)

2/ la tension :

La lune de miel peut durer quelques jours, quelques semaines, quelques mois ; parfois quelques années. Puis la tension monte. La réalité ne correspond plus à l'image idéalisée, l'insatisfaction prend la place du bien-être, le climat de tension s'installe dans le couple et parfois un incident apparemment banal déclenche des réactions d'impatience, d'exaspération, s'ensuivent de cris, des bousculades, qui déstabilisent le conjoint, lequel n'a rien vu arriver. La mauvaise humeur s'installe, les critiques, le dénigrement. Le conjoint s'inquiète, s'angoisse, envahi par la peur, essaye de se soumettre docilement, silencieusement. (Daligand, 2019, pp. 68-71)

3/ l'explosion de violence :

L'escalade de la tension peut s'étirer sur une très longue période, de plusieurs mois, et tôt ou tard l'insatisfaction n'hésite plus à agresser directement, à manifester sa violence par toutes les formes possibles, verbale, psychologique, physique, sexuelle, financière. Cet épisode de violence se manifeste généralement sur une courte période, de quelques heures à vingt- quatre heures parfois. Ensuite la tension baisse, l'agresseur s'apaise, se calme. la victime désarçonnée, déconcentrée, est bouleversée par les gestes et les paroles. Elle est dans l'humiliation, la colère, la tristesse et la peur, mais aussi la culpabilité. (Daligand, 2019, pp. 68-71)

4/ la justification et le pardon :

Vient ensuite l'étape de justification, et les causes de la violence accompagnent des facteurs extérieurs : maladie, stress, travail, alcool. L'agresseur devient en quelque sorte victime de ces facteurs extérieurs qui ont provoqué sa violence.

La victime accepte ces justifications, qui déresponsabilisent la partenaire, elle cherche à comprendre et pense que cette réaction de l'agresseur ne sera qu'accidentelle et ne reproduira pas, qu'il suffira d'éliminer les causes qui ont provoqués sa violence. La victime justifiant en quelque sorte la violence subite,

évite de voir la gravité de la situation et le danger auquel elle s'expose. La victime se sent coupable et croit posséder le pouvoir d'atténuer la violence de son compagnon. Elle pardonne, et une fois la crise passée, la violence justifiée, le calme revient, et le cycle de la violence se profile de nouveau, recommençant par la lune de miel. La victime, rassurée par l'attitude de son compagnon amoureux, veut reprendre leur vie d'avant et croit que l'évènement ne se reproduira plus. Elle considère que pour changer, celui qu'elle aime a besoin de

Son aide, de son soutien. Elle croit avoir un pouvoir thérapeutique et se persuade que l'amour le transformera. Elle accepte ainsi lui donner une chance. Mais généralement, le cycle se poursuit, avec escalade de la tension, épisode de violence, justification et lune de miel. En général les cycles se répètent à un rythme variable, mais plus en plus fréquemment, il peut être de plusieurs années, d'un an, puis les faits se rapprochent : tous les mois, toutes les semaines, tous les jours, puis tout le temps. Ce cycle de la violence se répète sous la forme d'une spirale dont les étapes se succèdent indéfiniment. Il est évocateur d'une véritable addiction à la violence, comme dans toxicomanie, les crises sont de plus en plus graves, pouvant entraîner la mort. (Daligand, 2019, pp. 68-71)

1.6 Les facteurs de la violence conjugale :

1- La jalousie :

La jalousie se présente comme un facteur favorisant la violence à la fois du côté de l'homme jaloux, de la femme jalouse ou encore sous une forme un peu inattendue : la jalousie comme preuve d'amour.

2- Infidélité :

Infidélité réelle ou imaginée des hommes mais aussi des femmes sous forme insolite par exemple y a des femmes qui travaillent pas et qui ont des problèmes de violence conjugale, peuvent chatter avec des gens, aussi peuvent se filmer avec des webcams pendant que leur mari est au boulot et quand il rentre son mari de travail il refait l'historique de l'internet il voit que sa femme le trahit et même pour les hommes c'est le même cas il sort avec d'autres filles il oublie son statut familial.

C'est deux facteurs sont deux éléments qui sont liés mais qui dans une situation singulière peuvent nous éclairer sur ce qu'il en est du lien au conjoint, plus encore au tiers absent dans le lien conjugal et qui prend une existence par le biais d'un être au couple. Cela souligne surtout que la tiercéité n'est point à

l'œuvre dans le couple et par conséquent lorsque la dualité domine, la violence apparaît bien comme un écueil du tiers ou de sa symbolisation. (Chevalerias, 2015, p. 65)

3- Précarité sociale et psychique :

De très nombreux professionnels ont repéré combien la précarité sociale peut être un facteur favorisant ou déclenchant les actes de violences. À cela s'associe la drogue ou plus couramment l'alcool faisant tomber les inhibitions et la question de la limite. La maladie est également évoquée pour expliquer les violences.(Chevalerias, 2015, p. 66)

4- Les milieux défavorisés :

Ils ne convient pas les personnes dans leur vie familiale comme dans le cas ou les personnes sont soumises à des stressseurs importants exemple : le chômage, vulnérabilité économique, absence de valorisation par le travail. L'accumulation de ces stressseurs augmente la difficulté de se soustraire au climat de violence. (Arseneau, 2005, p. 23)

1.7L'enfant exposé a la violence conjugale :

Le terme « d'enfant exposés à la violence conjugale » met en exergue le fait de faire courir à un enfant un danger ou un risque. En effet, au-delà du fait d'être témoin visuel ou auditif des agressions au sein du couple, l'enfant subit lui aussi ces violences directement ou indirectement. Même s'il ne se trouve pas dans l'espace dans lequel se déroule l'évènement, l'enfant entend, imagine et peut être affecté par l'état émotionnel et physique de sa mère ou même de son père. Aussi, lorsque les violences débutent durant la grossesse de la femme, il peut être atteint dès la période à des conflits de loyauté et peuvent aussi se sentir responsables de cette violence et vont tout faire pour prévenir de nouveaux passages à l'acte. C'est dans un climat d'insécurité constant et potentiellement dangereux pour eux, que ces enfants vont évoluer et se développer, ce qui va affecter leur construction. (Paul & ZaoucheGaudron, 2014, p. 129).

Dans certains écrits on peut trouver le terme enfant, selon l'avis de Cuuninghm et Baker 2007 « les enfants ne sont pas « témoins » d'évènements qui se produisent à la maison. Ce terme sous-entend un rôle passif alors qu'en réalité, les enfants peuvent interpréter, prédire et évaluer activement leur rôle comme cause de la violence, s'inquiéter des conséquences, chercher à résoudre le problème, prendre

des dispositions pour se protéger ou protéger leurs frères et sœurs, et ce, tant au niveau physique qu'émotif ». (Cité par Ouimette, 2011, p. 5).

Pour le terme « enfant exposé à la violence conjugale » est celui qui est le plus utilisé dans les écrits. Selon Lessard et Paradis 2003 « la notion d'exposition couvre plusieurs réalités. D'abord, l'enfant peut être témoin oculaire de la violence exercée envers sa mère. Deuxièmement, l'enfant peut entendre des paroles ou des gestes violents alors qu'il se trouve dans une pièce voisine. Troisièmement, il peut devoir vivre avec les conséquences de la violence sans qu'il ait vu ou entendu la scène de violence, par exemple lorsqu'il constate que sa mère est blessée. Qu'elle pleure, qu'elle lui raconte ce qui est arrivé et dit vouloir quitter la maison, ou encore par une visite des policiers. (Cité par Ouimette, 2011, p. 5)

1.8 Façons dont les enfants vivent l'exposition à la violence conjugale :

L'exposition à la violence conjugale est une expérience complexe. Les enfants peuvent la vivre de quatre façons différentes. Celles-ci n'apparaissent pas nécessairement dans l'ordre présenté ci-dessus et peuvent être concomitantes.

1) Les enfants vivent avec le secret :

Dans un premier temps les enfants ne considèrent pas les assauts comme des comportements de violence. Cependant, ils en subissent tout de même les conséquences, et les souvenirs d'événements violents sont ancrés dans leur mémoire. Les enfants finissent par croire qu'il est risqué de faire face à la réalité en admettant l'existence de la violence, et préfèrent se fermer les yeux et garder le secret plutôt que d'ébranler les fondations familiales et se sentir coupables par la suite. Dans ces familles, le déni est généralisé et devient une stratégie permettant de surmonter les situations stressantes. Sur le plan affectif, ce secret renforce le caractère d'irréalité vis-à-vis de la violence, et entrave la capacité des enfants à faire face à la crise et au danger imminent qui lui est associé. Parce que le secret est gardé aussi bien à l'intérieur qu'à l'extérieur de la famille, les enfants qui veulent se débarrasser de leurs « mauvais sentiments » et comprendre cette situation qui leur apparaît comme de la violence se retrouvent seuls pour le faire. (Arseneau, 2005, p. 52)

2) Les enfants vivent des conflits de loyauté :

Ces enfants savent que la violence est présente dans leur famille, mais sont incapables de prendre position clairement, la souffrance de leur mère peut leur inspirer de l'empathie et les comportements violents de leur père, de la colère. En

même temps, ils peuvent éprouver de mépris envers leur mère en raison de ce qui leur apparaît comme la faiblesse et être tentés de s'associer au père, la personne qui leur semble avoir le pouvoir dans la famille. Par ailleurs, ils peuvent percevoir les efforts de leur mère pour mettre fin à la violence comme étant la cause de la séparation de la famille et prendre le parti du père parce qu'il doit quitter la famille, vivre seul, ou peut-être même aller en prison. Ainsi, l'enfant éprouvera simultanément des sentiments contradictoires (amour, haine, attachement et détachement, proximité et rejet) à l'égard de l'une ou l'autre des deux personnes les plus importantes pour lui, soit ses parents.

3) Les enfants vivent dans la crainte et la terreur :

A ce stade, les enfants sont tout à fait conscients de la violence existant entre leurs parents et s'ils s'identifient habituellement à la victime, soit (règle générale) leur mère. De cette identification résultent de la crainte, de la peur et de la terreur, pour eux-mêmes et pour leur mère. Ces sentiments sont justifiés parce que les enfants sont souvent violentés à la suite d'un épisode de violence infligé à leur mère. La violence actuelle et future crée un environnement dans lequel l'explication de la violence et de la terreur qui s'ensuit fait partie de la réalité quotidienne, indépendamment de la phase du cycle de violence conjugale. Aux yeux des enfants, la famille est divisée entre l'agresseur perçu comme puissant et brutal. Habituellement le père et la victime souffrante et sans aide, habituellement la mère. Leur compréhension de la situation peut amener les enfants à croire que le monde est dangereux et qu'ils doivent s'attendre à être terrorisés. De cette situation naissent un sentiment d'impuissance et la dépression inter reliés à l'introversion, au manque généralisé de confiance et à l'hyper vigilance. (Arseneau, 2005, p. 53)

4) Les enfants vivent dans un contexte basé sur la domination et l'agressivité :

Certains enfants s'associent à l'agresseur en acceptant et en utilisant les mêmes comportements de violence dans leurs relations interpersonnelles. Les enfants surtout les garçons, constatent que lorsque les conflits entre leurs parents sont résolus par la violence, il y a des gagnants et des perdants. Ils reconnaissent et apprécient leur père pour sa supériorité, et s'en prennent à leur mère qu'ils perçoivent comme la victime. Les sentiments de colère et de rage dominent leur

monde émotionnel. Ils courent le risque de devenir eux-mêmes des adultes agresseurs ou victimes de violence.

Ces quatre réalités ne s'inscrivent pas forcément dans un continuum. En effet, un même enfant ne vit pas consécutivement le secret, le conflit, la crainte et la peur et enfin, la reproduction de la violence. Il peut éprouver une réalité plus intensément qu'une autre, selon la dynamique qui s'installe dans la famille, son âge, ses propres caractéristiques individuelles. Il peut aussi vivre dans deux réalités à la fois. Quoi qu'il soit, l'exposition à la violence conjugale demeure un phénomène complexe qui a à coup sur d'importantes répercussions sur les enfants. (Arseneau, 2005, p. 53)

1.9 Facteurs de risques et facteurs de protections :

Les facteurs de risque sont ceux qui augmentent la probabilité que des problèmes d'adaptation apparaissent ou perdurent à la suite de l'exposition à la violence conjugale les facteurs de protection sont ceux qui modifient ou améliorent la réponse de l'enfant dans des situations difficiles.

Comme peu d'études se sont penchées sur les facteurs de protection des enfants exposés à la violence conjugale ; il faut se rabattre sur les facteurs identifiés dans le cadre des recherches portant sur des problématiques semblables, notamment sur l'exposition des enfants à la violence dans la communauté et sur les mauvais traitements envers les enfants. Ont présentent les différentes facteurs selon les catégories suivantes :

1) Selon les caractéristiques de l'enfant :

❖ Les facteurs de risque :

- Tempérament difficile exemple : enfant solitaire, jaloux, rancunier, trop dépendant des adultes, anxieux.
- Complications périnatales, institutionnalisation prolongée, retards de développement ou maladies chroniques.
- Problèmes de communication ou faibles habilités sociales et intellectuelles.

❖ Les facteurs de protection :

- Force de caractère ou tempérament facile (style cognitif réfléchi et non impulsif, humeur positive, flexibilité).
- Autonomie (estime de soi, confiance en soi, maîtrise de soi, site de contrôle interne).
- Maturité supérieure à son âge, âge et niveau de développement au début de la violence (le souvenir d'une époque sans violence).

- Capacité de prendre ses distances avec ses émotions, ses pensées et ses actions dans des situations difficiles, de ne pas intervenir dans les situations de violence conjugale. Capacité de gestion du stress, de réagir rapidement aux événements menaçants, de s'adapter aux changements et d'aller chercher du soutien.
- Optimisme, espoir dans l'avenir.
- Compétence sociale (altruisme, empathie, habiletés de communication et de résolution de problèmes, sens de l'humour, participation à des activités). (bourret, 2006, p. 5)

2) Selon les caractéristiques de la famille :

❖ Les facteurs de risque :

- Statut socio-économique précaire et faible solidarité des parents.
- Présence de plusieurs événements stressants ou ruptures dans la vie de l'enfant (déménagements, changement d'école, d'amis, de situation financière).
- Fréquence et intensité de la violence que l'enfant a subie ou à laquelle il a été exposé.
- Conflits entre parents ou conflits de fratrie.
- Négligence, mauvais traitements envers l'enfant.
- Problème de la santé mentale de la mère.
- Criminalité ou toxicomanie du ou des parents.
- Histoire de maltraitance d'un parent.
- Stress maternel, hostilité ou conflits avec l'enfant qui amènent des punitions très fréquentes, problèmes de discipline.
- Problème d'attachement parent /enfant.

❖ Les facteurs de protection :

- Monoparentalité.
- Bonne adaptation du parent gardien.
- Bonne relation d'attachement mère/enfant.
- Bonne supervision parentale, discipline équilibrée et présence de règles claires.
- Conscience chez le parent de la souffrance que vit l'enfant.
- Capacité du parent d'offrir à l'enfant compréhension, affection, soutien et soins appropriés.

- Stratégies de résolution de conflits positives entre certains membres de la famille.
- Bonne communication, chaleur et interactions positives dans la famille.
- Degré d'intimité entre les membres de la famille qui respecte l'autonomie individuelle.

3) Selon les caractéristiques de l'environnement :

❖ Les facteurs de risque :

- Faible réseau de soutien social.

❖ Les facteurs de protection :

- Plusieurs ressources et opportunités dans la communauté.
- Bon réseau social de soutien.
- Relation émotionnelle significative avec au moins un adulte en dehors de la famille (besoin d'aimer et d'être aimé).
- Sentiment d'identification de l'enfant à la communauté et participation à des activités communautaires, de loisirs. (Bourret, 2006, p. 6)

1.10 Degrés d'exposition de l'enfant à la violence conjugale :

- 1- Victimisation directe : l'enfant est verbalement ou physiquement attaqué de manière intentionnelle ou non pendant l'altercation, exemple : atteint par un objet lancé.
- 2- Participation ou intervention : l'enfant essaie ou est forcé de s'interposer, exemple : il met entre ses parents, le parent lui demande d'intervenir.
- 3- Implication comme objet de conflit : l'enfant est au cœur du conflit entre les parents, exemple : mésentente sur l'éducation.
- 4- Témoin visuel : l'enfant observe la situation de violence conjugale, exemple : il est présent dans la même pièce.
- 5- Témoin auditif : l'enfant entend la situation de violence conjugale, exemple : il est dans son lit et entend des cris, des objets se casser).
- 6- Témoin des conséquences : l'enfant n'était pas présent mais observe les conséquences de l'agression, exemple : séquelles physiques ou psychologiques du parent victime, déménagement, etc. (Vuissoz, 2019, p. 14)

1.11 Les répercussions de la violence conjugale :

❖ Chez les femmes :

Intervenir en violence conjugale, c'est prioritairement intervenir sur les conséquences de ce phénomène. Selon les formes de la violence utilisées et la

durée de la relation dans un contexte de violence conjugale, les conséquences de celle-ci sur la santé physique et psychologique des femmes sont nombreuses. Sur le plan physique, ces dernières peuvent souffrir, entre autres, de problèmes alimentaires, digestifs ou cardiaques, de migraines, d'insomnie, de troubles sexuels, de difficultés de concentration ou d'oublis fréquents, d'asthme ou de crises d'hyperventilation, de fractures ou de foulures. Du point de vue psychologique, ces femmes peuvent vivre, entre autres, une perte de confiance et d'estime de soi, de la confusion, des doutes et une certaine ambivalence, de l'anxiété, des crises de panique, de l'hyper vigilance et du stress continu, des sentiments d'humiliation, d'incompétence, de honte, de colère et d'impuissance, la perte d'intérêt dans la vie, en soi et par rapport aux autres, des pensées suicidaires et de tentatives de suicide, le repli sur soi, de la dépendance à l'alcool ou aux médicaments, de l'automutilation, etc. (Gauthier & Montminy, 2012, p. 15)

❖ **Chez les enfants :**

- La souffrance de l'enfant face à la violence dans le couple est établie depuis un demi-siècle par un corpus de recherche important. Cette souffrance crée des besoins affectifs et psychiques supplémentaires chez l'enfant, amplifiant le besoin de réponses parentales adaptées. (Sadlier, 2020, p. 20)
- Les enfants témoins de la violence conjugale en subissent des effets, ils vivent dans la terreur, ils sont exposés à des modèles d'apprentissage négatifs (rôles sexistes et recours à la violence), leurs besoins physiques et affectifs sont mis à l'arrière-plan et leur développement affectif est entravé. L'amour qu'ils éprouvent pour chacun de leurs parents devient conflictuel. Les relations avec les amis sont difficiles ils s'isolent de plus en plus.
- Plusieurs garçons intègrent le rôle dominateur du père avec toute la panoplie de comportements contrôlant que cela suppose, ils ont tendance à extérioriser leurs problèmes et à exercer leur violence sur les autres. De leur côté, les filles intériorisent davantage leurs problèmes et sont plus susceptibles d'intégrer le rôle de victime dans une relation de couple.
- Plusieurs chercheurs ont identifié de nombreuses conséquences physiques, psychologiques et comportementales chez les enfants exposés à la violence conjugale. Par exemples les répercussions physiques : des blessures, maux de tête et de ventre, problèmes respiratoires, affections cutanées, problème d'alimentation : boulimie ou anorexie, retard de croissance et de développement, problèmes visuels et auditifs.

- Des répercussions psychologiques telles que les troubles psychosomatiques, peurs de toutes sortes, agressivité particulièrement chez les garçons, dépression, anxiété, insécurité, impuissance, faible d'estime de soi, manque de confiance en soi, méfiance envers les autres, sentiment d'abandon, pensées suicidaires.
- Des répercussions comportementales telles que a la maison : le rôle protecteur vis-à-vis de la mère ou comportement de fuite afin d'éviter les scènes de violence conjugale, isolement à cause de la domination et du contrôle du père, périodes de fugues, grossesse, mariage ou union de fait précoces, consommation ou trafic d'alcool ou de drogues.
- - A l'école il peut s'agir : des difficultés dans les relations avec les pairs et les adultes, retard dans les apprentissages, difficulté à prendre au jeu, manque d'intérêt pour les activités de groupe, absences fréquents et retards non motivés. (Lachapelle & Forest, 2000, pp. 43-44)

❖ **Sur la relation mère et enfant :**

Les recherches portant sur les conséquences de la violence conjugale sur la relation mère et enfant sont plus récentes, mais confortent ce que notre expérience clinique identifiait assez régulièrement comme zones de malaise. Elle peut également influencer négativement l'état psychologique de la future mère, celle-ci développant des représentations maternelles teintées d'insécurité et de négativisme pouvant affecter la relation d'attachement mère enfant. Nous constatons très souvent qu'en plus d'avoir pratiquement seule la responsabilité des tâches quotidiennes et de l'éducation des enfants, la mère est blâmée et disqualifiée par le père. Elle peut perdre ses repères dans l'organisation familiale, et se désinvestir dans les soins à donner aux enfants et dans l'accomplissement des autres tâches quotidiennes.

La confusion est souvent leur lot, alimentée par les différentes phases du cycle de la violence conjugale, qui leur font vivre des émotions contradictoires par rapport à leurs deux parents ou par rapport à l'un ou à l'autre.

Au lieu des limites claires et souples qui devraient être posées, les frontières sont plutôt diffuses et ont des répercussions négatives sur le vécu de l'enfant et sur son rôle. Parmi les effets, on peut mentionner la parentification de l'enfant, c'est-à-dire l'exercice d'un rôle qui n'est pas le sein, soit celui de parent, de confident, de soutien. L'enfant peut vivre aussi un conflit de loyauté : il se sent coincé entre ses parents, il n'est plus libre d'exprimer son affection, sa loyauté envers un parent en présence de l'autre. Dans un registre encore plus sombre, l'enfant peut vivre de

l'aliénation parentale. L'enfant aliéné est un enfant programmé, victime d'un lavage de cerveau par l'un des parents, ce qui peut l'amener à structurer le rejet de l'autre parent. (Gauthier & Montminy, 2012, pp. 56-57)

1.12 Les approches explicatives de la violence conjugale

La violence conjugale c'est une problématique complexe et multidimensionnel et son origine est plurifactorielle, son explication est complexe selon différents points de vue des différents modèles théoriques élaborés. On distingue plusieurs approches telles que : l'approche biologique, l'approche sociologique, l'approche féministe.

- **L'approche biologique :**

Au début du siècle, Freud et ses successeurs ont émis le postulat selon lequel les hommes sont génétiquement plus agressifs que les femmes (Feshbach ; Freud, 1933). La nature masculine serait dans cette approche déterminée à avoir des pulsions agressives (Freud, 1933 ; Lorenz, 1966). D'autres tenants des théories biologiques, par l'entremise de leurs travaux sur les différences sexuelles, estiment dans le même sens que les comportements violents de l'homme s'expliquent par une différence hormonale (Tiger, 1970 ; Whitehurst, 1947). Selon Dankwort (1922), encore aujourd'hui les hommes violents peuvent dans cette perspective être perçus comme des victimes, un peu à la merci de leurs caractéristiques génétiques et biologiques. Bien qu'il soit possible de constater de telles différences sexuelles, il serait probablement erroné d'utiliser seulement cette théorie pour justifier les comportements agressifs de l'homme. Cette position n'explique en effet pas la raison pour laquelle certains hommes ne sont pas violents ou encore que tant d'hommes ne sont violents qu'avec leur conjointe ou leurs enfants.

- **L'approche sociologique :**

Plusieurs théories portant sur la violence conjugale sont sous-tendues par l'approche sociologique. Une première théorie stipule que **le stress socio-économique** puisse causer ce type de violence. A titre d'exemple, dans les années 1960 et 1970, on estimait que le chômage, la pauvreté ainsi que la pression familiale puissent provoquer une accumulation de stress susceptible de générer la violence. Dans la perception contemporaine, il est reconnu que ce type de conditions socio-économiques défavorables peut causer du stress, mais cette variable est rejetée comme explication causale de la violence (Rinfert-Raynor et

Cantin, 1944). En ce sens, Belsky (1981) avance que le chômage et l'isolement social peuvent être des sources de stress importantes qui viennent amplifier l'impact des autres stress familiaux ou personnels. Walby, en 1990, affirme cependant que le statut socio-économique ne représente qu'un facteur parmi d'autres dans les rapports de pouvoir qui peuvent exister entre les hommes et les femmes dans une société patriarcale. Plusieurs recherches nuancent cependant ceci en soulignant qu'il est incontestable que la violence conjugale puisse être reliée à ces divers facteurs, notamment par un effet de cumul de plusieurs sources de stress.

- **La théorie de l'apprentissage social :**

C'est dernières connaissent un essor important dans les années 1970. Ainsi par exemple un premier courant s'intéresse-t-il au phénomène de « l'agression apprise ». Cette hypothèse est étudiée par plusieurs théoriciens afin d'explorer le processus de transmission intergénérationnelle de la violence. A cet effet, statistique canada (1993) affirme que les femmes dont le beau-père a été violent sont trois fois plus susceptibles d'être violentées par leur conjoint. Une autre étude effectuée auprès de femmes violentés démontre que 30 % de ces dernières ont vécu avec des parents qui se battaient régulièrement. Par ailleurs, 60% de ces femmes déclarent que leurs parents ne commettaient par d'actes violents entre eux. Enfin, 54 % des femmes violentés dans cette même étude déclarent qu'elles ont été elles-mêmes victimes de mauvais traitements dans leur enfance ou leur adolescence (Rinfert-Raynor et Cantin 1994). Bien qu'un certain nombre d'enfants vivant dans un contexte de violence puisse reproduire à l'âge adulte le même style d'interaction pathologique et que ces enfants demeurent à risque, on ne peut cependant ici encore conclure à un lien causal entre ces deux variables.

Un autre courant de recherche postule que la violence peut trouver son explication dans l'identification aux rôles traditionnels de l'homme et de la femme. Avant l'arrivée du mouvement féministe, le processus de socialisation veut que la femme soit douce, faible, passive, soumise et écoutante. L'homme se doit de contrôler la femme, d'être « viril » et de paraître dur et sans émotions.

Pagelow (1981) affirme que l'adhésion formelle à une idéologie traditionnelle peut contribuer à perpétuer la violence entre les conjoints. C'est aussi dans ce contexte que la théorie de Walker (1983) sur l'impuissance apprise suggère que les femmes peuvent ne pas avoir développé les habiletés et les compétences nécessaires pour faire face à la violence du conjoint. Pour sa part

Philippe (1984;1986) mentionne que l'homme violent qui adhère aux rôles traditionnels masculins bat sa femme parce qu'il ne sait pas assumer autrement que par la violence ces propres sentiments d'impuissance quand ceux-ci se manifestent ; il n'a jamais appris non plus comment exprimer ses émotions comme la rage, la tristesse ou le bonheur. En résumé, bien qu'elle puisse manquer de rigueur scientifique dans la façon d'explicitier les causes de la violence conjugale, l'approche sociologique permet donc néanmoins de constater que la violence est

Inscrite dans toutes les couches de la société. Enfin ce courant théorique permet également de mettre la lumière certains attributs liés au processus de socialisation qui caractérisent les hommes et les femmes de notre société occidentale. (Laughrea et al, 1996, pp. 99-102)

- **L'approche féministe :**

C'est en premier lieu au mouvement féministe que l'on doit la défense des droits de la femme. Les femmes de ce mouvement vont rompre le silence sur la question de cette violence. L'un des principes fondamentaux de ce mouvement est que l'inégalité des sexes (tant aux niveaux économiques, social, politique que culturel) est un phénomène appartenant à notre structure sociale. Pour corriger le déséquilibre du rapport de force entre les hommes et les femmes, une action politique doit être entreprise (Danworkt, 1992). Selon la conception féministe, la société patriarcale légitime, à la limite, le droit de violence des hommes sur les femmes. En conséquence, cela débouche sur une tolérance généralisée de la violence masculine aussi bien sur le plan individuel qu'institutionnel.

En raison de la force historique et des enjeux en cause de cette façon de penser, les défenderesses des droits des femmes se heurtent donc à de nombreuses résistances face aux changements désirés. Selon elles, l'homme hésite à abandonner l'idéologie patriarcale car il y voit encore des privilèges à exercer son pouvoir et sa domination.

En dépit de ceci, l'approche féministe a reçu de nombreux appuis au cours de la dernière décennie ; les gouvernements, les ministères, les autorités policières ainsi que plusieurs intervenants en matière de violence conjugale posent des actions politiques, sociales et individuelles en accord avec les postulats de base de cette approche. (Laughrea et al, 1996, p. 103)

- **L'approche psychopathologique :**

Tente d'associer la violence à l'usage abusif de l'alcool ou d'autres substances psychoactives. Une récente étude, effectuée par statistique Canada en 1993, mentionne que le taux de voies de fait est trois fois plus élevé chez les femmes vivant avec un homme qui boit régulièrement (quatre fois par semaine). L'alcool est en ce sens considéré comme un facteur de risque important. Bien que dans 25 % à 60 % des cas, les deux conjoints puissent souffrir d'alcoolisme, la relation entre l'abus et l'alcool et la violence n'est cependant pas toujours automatique ni causale. En effet, bon nombre d'alcoolique ne sont pas violents et à l'inverse, un certain nombre d'hommes violents ne consomment pas de drogue ni d'alcool. De plus, comme Pagelow (1981), Pahl (1985) et Sinclair (1985) le font remarquer, les maris qui agressent leur épouse en état d'ébriété le font souvent aussi lorsqu'ils sont sobres. L'adéquation entre consommation en abus ne pouvant donc être établie clairement, il semble que d'autres variables puissent entrer en jeu dans l'explication des causes de la violence conjugale. Il y a donc lieu de pousser d'avantages les recherches dans ce domaine. (Laughrea et al, 1996, p. 100)

Synthèse :

De tous ce qui précèdent, il s'avère que la violence conjugale affecte l'intégralité de la famille. Les implications psychologiques participent à la création de dynamiques et de symptômes pathologiques pour l'enfant.

La violence elle a plusieurs formes, elle affecte le couple conjugale, le lien parental et les enfants qui sont témoins ou exposés d'une façon directe ou indirecte, elle participe dans la création des conséquences psychologiques et pathologiques pour les victimes surtout la perturbation de développement de l'enfant dans différents plans (physique, psychologique, comportementale...etc.).

Les enfants victimes de violence conjugale peut prendre des risques sur leurs santé mentale surtout si ils n'ont pas fait des prises en charges psychologiques pour dépasser ce problème, surtout si ontgrandit dans un environnement aussi défailent, ils garderaient des séquelles si l'expérience vécu est répétitive , peut prend des risques à long terme et pour l'amélioration leurs états il faut créer un contexte de sécurité car le bien être d'un enfant victime des agresseurs est le facteur principale motive pour prendre décision de n'a pas accepter la violence subit soit sur sa mère soit sur lui-même.



Chapitre 02

Préambule :

Le sens de la vie est un concept multidimensionnel, dépend de la façon dont les événements sont vécus et qui diffère d'une personne à une autre, c'est-à-dire que la réaction de chaque individu dépend de sa personnalité et des phénomènes complexes traversés. En termes simples, les expériences de vie défavorable vécue par une personne peuvent affecter son état.

Dans ce qui suit, on s'intéressera aux vécus psychologiques des enfants victimes de violence conjugale, comment cet événement traumatique altère leur vie.

Ainsi dans ce chapitre on va présenter « le vécu psychologique des enfants victimes de violence conjugale ». D'abord on va définir le concept vécu, ses deux types. Ensuite, on va présenter la notion du stress d'une façon général, son origine, les approches explicatives de cette conceptualisation et ses effets. Puis on va expliquer le trouble d'état de stress post-traumatique et l'anxiété généralisée d'une façon détaillée on va se focaliser sur les points essentiels tels que les définitions, les symptômes, critères diagnostiques, Comorbidité, diagnostic différentiel. On va expliquer aussi la manifestation du trouble chez l'enfant. Enfin, la prise en charge et les interventions psychologiques et médicamenteuses et on termine par synthèse.

2.1 Le vécu :**2.1.1 La définition du vécu psychologique :**

Le vécu psychologique est défini comme « la vie intérieure ou le sens intérieur de l'individu lors d'une expérience ou d'une situation, qui varie en fonction des attitudes et des situations de la vie d'un individu, qu'elles soient permanentes ou temporaires. Ainsi il est tout ce qu'un individu ressent dans ses profondeurs ésotériques et l'image qu'il vit avec soi-même. Ceci se traduit en sentiments reflétés sur son comportement ». (Mekhzem et al, 2021, p. 391)

Il existe deux types de vécu :

Un bon vécu : ce caractérise par un équilibre psychique, une stabilité émotionnelle, un bien être, une résistance aux traumatismes, un sens du l'humour, la socialisation, une capacité d'emmagasiner de l'énergie pour refaire sa vie, un épanouissement devant les conditions défavorables, des projets d'avenirs. (Mekhzem et al, 2021, p. 391)

Un mauvais vécu : se caractérise par une souffrance psychologique, une instabilité émotionnelle, un sentiment de peur extrême, d'anxiété. Comme il rapporte un ensemble d'indices du traumatisme comme le choc, une incompréhension de l'événement. Une déniégation de la réalité, une blessure affective, une perturbation du cycle normal de la vie. (Mekhzem et al, 2021, pp. 391-392)

Dans notre travail on retient deux variables à étudier qui sont : le stress post-traumatique et l'anxiété. Notre recherche portée sur l'expérience psychologique des enfants victimes de la violence conjugale nous pousse à découvrir le vécu de cette situation de la vie de l'enfant.

2.2 Le stress

2.2.1 La définition de stress :

Le stress est un concept aux limites de la métallurgie, de la psychologie, de la psychiatrie, de la neuropsychologie, de la neurochimie, et de l'immunologie, de la psychosociologie, de la neuropsychanalyse, etc. Il vient du latin stringer qui signifie « éteindre, serrer, resserrer, lier, pincer, serrer le cœur, blesser, offenser », qui à donné naissance en français à « éteindre, entourer avec le corps, avec les membres, en serrant étroitement », accompagné de sentiments opposés puisqu'il est possible d'éteindre quelqu'un sur son cœur, sa poitrine, mais aussi de l'étouffer ; « étouffer » nous conduit à « opprimer, serrer » : angoisse, anxiété, sentiment de détresse qui étreint le cœur, l'âme, et nous conduit à détresse, autre mot issu de stringer, à savoir : sentiment d'abandon, de délaissement, de solitude, d'impuissance ... que l'on éprouve dans une situation poignante (besoin , danger, souffrance...). (Stora, 2019, p. 10)

De son côté, Stora (2019) a défini le stress comme « une force qui produit une tension entraînant une déformation (strain) de l'objet sur lequel cette force est appliquée ; dans ce sens, il s'agit de stimuli externes, d'agents quels qu'ils soient (agent physique : bruit, chaleur, froid... ou psychologique : deuil, perte de son travail...) modifiant notre environnement ». Il s'agit d'identifier l'agent ou la source de stress. Ainsi est un résultat de l'action de ces agents physiques et psychologiques ou sociaux ; agents appelés stressors par Hans Selye.(Stora, 2019, p. 11)

Le stress à des conséquences biologiques, mentales et psychiques de l'action de ces agents « stressants » sur la santé des individus. L'action pouvant

être ponctuelle, ou permanente, l'on étudiera sa durée ainsi que le temps de latence d'apparition des symptômes des maladies : de quelques heures à plusieurs mois, ou même une année ou plusieurs années dans le cas par exemple des effets du stress post-traumatique. (Stora, 2019, p. 11)

2.2.2 L'origine du stress :

C'est en 1936 que H. Selye (de l'université de Prague et travaillant à Montréal) a décrit, chez le rat, des atteintes somatiques (hypertrophie des surrénales, ulcérations gastriques, atrophie des ganglions lymphatiques, etc.) provoquées par des facteurs d'agression (ou « stressseurs ») très variés.

En 1946, Selye évoque le « syndrome général d'adaptation » (général adaptation Syndrom). Celui-ci est caractérisé par des réponses biologiques se déroulant chronologiquement selon trois étapes : une phase d'alarme dans laquelle l'organisme mobilise ses forces, suivie par une période de résistance, qui, si elle se poursuit, peut conduire à la troisième étape, l'épuisement des capacités de lutte. Pour Selye, la vie n'est rien d'autre qu'un processus d'adaptation aux conditions changeantes de notre environnement. La maladie, le vieillissement prématuré résultent d'une adaptation inadéquate ou excessive. (Barais&Cupa, 2008, p. 84)

2.2.3 Les différentes approches du stress :

L'approche physiologique :

Considère le stress comme la réaction à des variables environnementales, aussi appelées stressseurs. Dans ce cas, le terme « strain » est utilisé dans la littérature anglo-saxonne, pour parler de la charge ou la pression subie par l'individu. En d'autres termes, le stress est ici l'expression d'un état de tension, le stress est ici l'expression d'une tension accumulée, Mesurable par des réponses physiologiques, psychologiques et comportementaux. Le syndrome général de d'adaptation (Selye, 1936 ; 1946) est un modèle illustre de ce courant. (Massoudi, 2009, p. 20)

L'approche causaliste :

Comme son nom l'indique, porte l'accent sur la recherche et d'explication des causes du stress. Cette approche étudie sur la recherche et l'explication des causes du stress. Cette approche étudie le stress à travers les stimuli environnementaux qui provoquent la tension, et leurs effets sur la santé de

l'individu. Ici sont mesurées des facteurs environnementaux (chargé de travail, de bruit, chaleur) ou psychosociaux (événements de vie). Le modèle Demand-Control de Karasek (1979) est l'un des plus influents dans ce domaine. (Massoudi, 2009, p. 20)

L'approche psychologique :

Le stress peut être considéré comme l'ensemble des stimuli et réponses, et le processus en jeu entre ces deux « pôles ». Ce processus comprend les mécanismes d'évaluation des stressors par l'individu et les conduites individuelles d'ajustement au stress (coping). Le modèle transactionnel de Lazarus et Folkman (1980, 1988) illustre bien les postulats de ce courant théorique. (Massoudi, 2009, p. 20)

2.2.4 Les effets du stress :

Les effets physiologiques :

Les agents stressants : étant extrêmement variés (type, durée, intensité), il existe de multiples réponses au stress, pouvant agir de manière spécifique sur un seul système (cardio-vasculaire, par exemple) ou sur l'ensemble des systèmes.

Les principales manifestations physiologiques déclenchées par le stress :

1. Réponse endocrinologiques (augmentation des sécrétions hormonales, adrénaline, corticostéroïdes, etc.).
 2. Augmentation de la pression artérielle, du rythme cardiaque, du rythme respiratoire, de la conductibilité de la peau, de la tension musculaire.
 3. Diminution des défenses immunitaires (plus grande sensibilité aux infections virales, par exemple).
- Le stress intervient ainsi dans les pathologies cardiovasculaires, de l'appareil digestif, de l'appareil respiratoire, de la peau, etc. Son rôle dans le déclenchement des cancers semble également plausible. (Barais&Cupa, 2008, p. 85)

Les effets psychologiques :

- Ils sont de différentes natures ; comportementaux (diminution du regard de face), posturaux (attitude défensive), verbaux (troubles de l'élocution), intellectuels (diminution de l'efficacité cognitive), émotionnels (augmentation de la nervosité, de l'irritabilité, de l'anxiété), psychosociaux

(diminution du comportement prosocial aide à autrui, et augmentation du comportement antisocial- augmentation de l'agressivité).

- Aux effets immédiats précités s'ajoutent des effets à long terme, apparaissant parfois longtemps après l'exposition au stress. Les post effets constituent le cout de l'adaptation de la situation stressante. (Barais&Cupa, 2008, p. 85)
- **2.3 Stress post-traumatique :**
- **2.3.1 La définition du stress post-traumatique :**
- L'état de stress post-traumatique (fait désormais partie des troubles liés aux traumatismes ou au stress dans la classification DSM5).
- Après un traumatisme psychique, on peut observer plusieurs réactions aiguës et à distance du trauma. La réaction pathologique survenant à distance s'appelle l'état de stress post-traumatique (la névrose traumatique est un terme psychanalytique). L'état de stress post-traumatique associe des souvenirs de l'épisode traumatique sous forme de « flashs » très réels, des conduites d'évitement (éviter les lieux, les pensées ayant un trait au traumatisme) et des symptômes somatiques avec difficultés d'endormissement, irritabilité, difficulté de concentration. (Lim-Sabbah, 2022, p 62)
- L'état de stress post-traumatique implique le développement de symptômes caractéristiques suite à l'exposition à un facteur de stress traumatique extrême « hors de commun » capable d'entraîner la mort, de constituer une menace de mort ou une blessure sévère. Les principaux événements traumatiques incluent notamment les catastrophes naturelles, les faits de guerre, les agressions et les accidents graves. (Dierick, 2003, p. 254)
- **2.3.2 Les symptômes :**
- Chez l'enfant, 4 symptômes prédominant :
- **Les reviviscences se traduisent par des cauchemars :** qui réamorcent les émotions ressenties lors de l'événement, même si leur contenu n'est pas toujours en lien avec ce dernier. Le jeu traumatique est aussi une manifestation classique en pédiatrie : l'enfant remet en scène ce qu'il a vécu, de façon répétitive.
- Ce symptôme n'est pas souvent repéré par la famille. Il est important de noter que la dimension de plaisir qui caractérise normalement les moments de jeu est absente dans ce cas.

- **L'évitement des lieux** :(s'il existe) est souvent le reflet de l'attitude des parents : si ces derniers fuient certains endroits l'enfant le feront aussi.
- Cela concerne également les émotions trop intenses : progressivement, le sujet ne ressent plus de peur, de colère, voire de plaisir, l'identification de ces conduites n'est pas aisée, surtout chez les tout-petits. Un évitement social (mise à distance, détachement par rapport aux proches) est aussi décrit, ainsi que celui de tout objet pouvant rappeler le traumatisme (couteau, voiture, par exemple)
- **La sur activation neurovégétative** : s'exprime le plus souvent par des troubles massifs du sommeil : difficultés d'endormissement, réveils nocturnes, sommeil agité avec cauchemars et terreurs sont caractéristiques. Sont également rapportées : sudation excessive, augmentation du rythme cardiaque et respiratoire, douleurs abdominales, hausse de la réponse électrodermale....
- **Des troubles cognitifs** : (de la concentration ou de la mémoire) peuvent entraîner des difficultés scolaires. On observe une labilité de l'humeur, avec des crises de colère, tristesse et anxiété.
- **Lors de l'événement traumatique ou pendant son évocation** : L'enfant peut avoir des symptômes dissociatifs comme la dépersonnalisation (détachement de soi ou de son corps, ralentissement temporel) ou la déréalisation (irréalité, éloignement, déformation de l'environnement). (Askenazy, 2019, p.896)

2.3.3 Les critères diagnostiques selon DSM5 :

N.B. : les critères suivants s'appliquent aux adultes, aux adolescents et aux enfants âgés de plus de 6 ans.

A. Exposition à la mort effective ou une menace de mort, à une blessure grave ou à des violences sexuelles d'une (ou de plusieurs) des façons suivantes :

1. En étant directement exposé à un ou de plusieurs événements traumatiques.
2. En étant témoin direct d'un ou de plusieurs événements traumatiques survenus à d'autres personnes.
3. En apprenant qu'un ou plusieurs événements traumatiques sont arrivés à un membre de la famille proche ou à un ami proche. Dans les cas de mort effective ou de menace de mort d'un membre de la famille ou d'un ami, le ou les événements doivent avoir été violents ou accidentels.

4. En étant exposé de manière répétée ou extrême aux caractéristiques aversives du ou des événements traumatiques (p. ex. intervenants de première ligne rassemblant des restes humains, policiers exposés à plusieurs reprises à des faits explicites d'abus sexuels d'enfants).

N.B. : le critère A4 ne s'applique pas à des expositions par l'intermédiaire de médias électroniques, télévision, film ou image, sauf quand elles surviennent dans le contexte d'une activité professionnelle.

B. Présence d'un (ou de plusieurs) des symptômes envahissants suivants associés à un ou plusieurs événements traumatiques et ayant débuté après la survenue du ou des événements traumatiques en cause :

1. souvenirs répétitifs, involontaires et envahissants du ou des événements traumatiques provoquant un sentiment de détresse.

N.B. : Chez les enfants de plus de 6 ans, on peut observer un jeu répétitif exprimant des thèmes ou des aspects du traumatisme.

2. Rêves répétitifs provoquant un sentiment de détresse dans lesquels le contenu et/ ou l'affect du rêve sont liés à l'événement/ aux événements traumatiques.

N.B. : Chez les enfants, il peut y avoir des rêves effrayants sans contenu reconnaissable.

3. Réactions dissociatives (p. ex. Flashbacks (scènes rétrospectives) au cours desquelles le sujet se sent ou agit comme si le ou les événements traumatiques allaient se reproduire. (Telles réactions peuvent survenir sur un continuum, l'expression la plus extrême étant une abolition complète de la conscience de l'environnement.)

N.B. : chez les enfants, on peut observer des reconstitutions spécifiques du traumatisme au cours du jeu.

4. Sentiment intense ou prolongé de détresse psychique lors de l'exposition à des indices internes ou externes évoquant ou ressemblant à un aspect du ou des événements traumatiques en cause.

5. Réactions physiologiques marquées lors de l'exposition à des indices internes ou externes pouvant évoquer ou ressembler à un aspect du ou des événements traumatiques.

C. Evitement persistant des stimuli associés à un ou plusieurs événements traumatiques, débutant après la survenue du ou des événements traumatiques, comme en témoigne la présence de l'une ou des deux manifestations suivantes :

1. Evitement ou efforts pour éviter les souvenirs, pensées ou sentiments concernant ou étroitement associés à un ou plusieurs événements traumatiques et provoquant un sentiment de détresse.
2. Evitement ou efforts pour éviter les rappels externes (personnes, endroits, conversations, activités, objets, situations) qui réveillent des souvenirs des pensées des sentiments associés à un plusieurs événements traumatiques et provoquant un sentiment de détresse.

D. Altérations négatives des cognitions et de l'humeur associés à un ou plusieurs événements traumatiques, débutant ou s'aggravant après la survenue du ou des événements traumatiques, comme témoignent deux(ou plus) des éléments suivants :

1. Incapacité de se rappeler un aspect important du ou des événements traumatiques (typiquement en raison de l'amnésie dissociative et non pas à cause d'autres facteurs comme un traumatisme crânien, l'alcool ou des drogues).
2. Croyances ou attentes négatives persistantes et exagérées concernant soi-même, d'autres personnes ou le monde (p. ex. : « je suis mauvais », « on ne peut faire confiance à personne », « le monde entier est dangereux », « mon système nerveux est complètement détruit pour toujours »).
3. Distorsions cognitives persistantes à propos de la cause ou des conséquences

D'un ou de plusieurs événements traumatiques qui poussent le sujet à se blâmer ou à blâmer d'autres personnes.

4. Etat émotionnel négatif persistant (p. ex. crainte, horreur, colère, culpabilité ou honte).
5. Réduction nette de l'intérêt pour des activités importantes ou bien réduction de la participation à ces mêmes activités.
6. sentiment de détachement d'autrui ou bien de devenir étranger par rapport aux autres.
7. Incapacité persistante d'éprouver des émotions positives (p. ex. incapacité d'éprouver bonheur, satisfaction ou sentiments affectueux).

E. Altérations marquées de l'éveil et de la réactivité associés à un ou plusieurs événements traumatiques, débutant ou s'aggravant après la survenue du ou des événements traumatiques, comme en témoignent deux (ou plus) des éléments suivants :

1. comportement irritable ou accès de colère (avec peu ou pas de provocation) qui s'exprime typiquement par une agressivité verbale ou physique envers des personnes ou des objets.
2. comportement irréfléchi ou autodestructeur.
3. hyper vigilance.
4. Réaction de sursaut exagérée.
5. problème de concentration.
6. perturbation du sommeil (p. ex. difficulté d'endormissement ou sommeil interrompu ou agité).

F. la perturbation (symptôme des critères B, C, D, et E) dure plus d'un mois.

G. La perturbation entraîne une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

H. La perturbation n'est pas imputable aux effets physiologiques d'une substance (p. ex. médicament, alcool) ou à une autre affection médicale.

Spécifier le type :

Avec symptômes dissociatifs : les symptômes présentés par le sujet répondent aux critères d'un trouble stress post-traumatique ; de plus et en réponse au facteur de stress, le sujet éprouve l'un ou l'autre des symptômes persistants ou récurrents suivants :

1. Dépersonnalisation : expériences persistantes ou récurrentes de se sentir détaché de soi, comme si l'on était un observateur extérieur de ses processus mentaux ou de son corps (p. ex. sentiment d'un ralentissement temporel).
2. Déréalisation : expériences persistantes ou récurrentes d'un sentiment d'irréalité de l'environnement (p. ex. le monde autour du sujet est vécu comme irréel, onirique, éloigné, ou déformé).

N.B. : pour retenir ce sous-type, les symptômes dissociatifs ne doivent pas être imputables aux effets physiologiques d'une substance (p. ex. période d'amnésie (blackouts) ou à une autre affection médicale (p. ex. épilepsie partielle complexe).

Spécifier si :

A expression retardée : si l'ensemble de critères diagnostiques n'est présent que 6 mois après l'évènement (alors que le début et l'expression de quelques symptômes peuvent être immédiats). (DSM5, 2015, pp. 320-322)

2.3.4 Facteurs de risques et pronostiques :

Les facteurs de risque (et les facteurs protecteurs) sont généralement divisés en pré péri et post-traumatiques.

Facteurs pré traumatiques :

Tempéramentaux : Ceux-ci incluent les problèmes émotionnels durant l'enfance dès l'âge de 6 ans (p. ex. exposition traumatiques antérieures, problèmes d'extériorisation ou d'anxiété) et des troubles mentaux antérieurs (P.ex. trouble panique, trouble dépressif, TSPT ou trouble obsessionnel-compulsif (TOC).

Environnementaux : ceux-ci incluent un statut socio-économique bas, un niveau éducatif bas, l'exposition à des traumatismes antérieurs (particulièrement pendant l'enfance), des circonstances défavorables durant d'enfance (p. ex. dénuement économique, dysfonctionnement familial, séparation parentale ou mort parentale), des caractéristiques culturelles (p. ex. stratégies d'adaptation fatalistes ou auto-accusatrices), un bas niveau intellectuel, un statut ethnique minoritaire et des antécédents psychiatriques familiaux. La présence d'un support social avant l'exposition à l'évènement est protectrice.

Génétiques et physiologiques : ceux-ci incluent le genre féminin et un âge jeune au moment de l'exposition au traumatisme (pour les adultes). Certains génotypes peuvent être protecteurs et augmenter le risque de TPST après l'exposition à des événements traumatismes.

Facteurs péri traumatiques :

Environnementaux : ceux-ci incluent : la sévérité (le degré) du traumatisme (plus grande est l'ampleur du traumatisme, plus grande est la probabilité de TSPT), la perception d'une menace mortelle, les blessures physiques, la violence interpersonnelle (en particulier lorsque le traumatisme est commis par une

personne qui est en charge du sujet ou , chez l'enfant, le fait d'être témoin d'une menace faite à une personne qui en est responsable) et , pour le personnel militaire, être l'auteur de violences, être témoin d'atrocités, ou tuer l'ennemi. Enfin, la survenue d'une dissociation pendant le traumatisme et sa persistance après le traumatisme sont un facteur de risque.

Facteurs post-traumatiques :

Tempéramentaux : ceux-ci incluent les évaluations négatives, les stratégies d'adaptation inadéquates et le développement d'un trouble stress aigu.

Environnementaux : ceux-ci incluent : l'exposition ultérieure à des rappels répétés bouleversants, les événements de vie ultérieurs défavorables et les pertes financières ou autres pertes en lien avec le traumatisme. Le support social (y compris, pour les enfants, la stabilité familiale) est un facteur protecteur qui modère l'évolution après le traumatisme. (DSM5, 2015, p. 328)

2.3.5 Diagnostic différentiel :

Troubles de l'adaptation : dans les troubles de l'adaptation, le facteur de stress peut avoir n'importe quel type à la différence de ce qui est requis pour le critère A du TSPT. Le diagnostic d'un trouble de l'adaptation est utilisé quand la réponse à un facteur de stress répond au critère A du TSPT mais ne remplit pas tous les autres critères du TSPT (ou les critères d'un trouble psychique). On fait également du diagnostic de trouble de l'adaptation quand les symptômes du TSPT surviennent en réponse à un facteur de stress qui ne répond au critère A du TSPT (p. ex. départ du conjoint, licenciement).

Autres troubles et affections post-traumatiques : la psychopathologie qui apparaît chez des individus exposés à un facteur de stress extrême ne doit pas obligatoirement être attribuée à un TSPT. Le diagnostic requiert que l'exposition à un traumatisme précède le début ou l'exacerbation de symptômes pertinents. De plus, si les symptômes surviennent en réponse à un facteur de stress extrême répondent aux critères d'un autre trouble psychique, on doit porter ce diagnostic au lieu de ou en plus de celui de TSPT. D'autres diagnostics et affections sont exclus s'ils sont mieux expliqués par un TSPT. (P.ex. symptômes du trouble panique survenant uniquement après l'exposition à des rappels traumatiques.) S'ils sont graves, les symptômes survenant en réponse à un facteur de stress extrême peuvent justifier un diagnostic séparé (p.ex. amnésie dissociative).

Trouble stresse aigu : le trouble stresse aigu se distingue de TSPT par le fait que la durée des symptômes du trouble stresse aigu est limitée entre 3 jours et 1 mois après l'exposition à l'événement traumatique.

Trouble anxieux et trouble obsessionnel-compulsif : Dans le TOC, il y a des pensées intrusives récurrentes mais celles-ci répondent aux critères d'une obsession. De plus, les pensées intrusives ne sont pas liées à un événement traumatique vécu par la personne, elles sont habituellement associées à des compulsions et les autres symptômes de TSPT ou du trouble stresse aigu sont typiquement absents. Ni l'éveil et les symptômes dissociatifs du trouble panique ni l'évitement, l'irritabilité et l'anxiété de l'anxiété généralisée ne sont clairement liés à la séparation de la maison ou de famille plutôt qu'à un événement traumatique.

Trouble dépressif caractérisé : la dépression caractérisée peut être précédée ou non par un événement traumatique et le diagnostic peut être si les autres symptômes du TSPT sont absents. Spécifiquement, l'épisode dépressif caractérisé n'inclut pas non plus certains symptômes des critères D ou Edu TSPT.

Trouble de personnalité : les difficultés interpersonnelles qui surviennent, ou qui sont fortement exacerbées, après l'exposition à un événement traumatique peuvent orienter vers un diagnostic de TSPT plutôt que vers celui d'un trouble de la personnalité, dans lequel on s'attendrait à de telles difficultés indépendamment de toute exposition traumatique.

Trouble dissociatifs : l'amnésie dissociative, le trouble dissociatif de l'identité et la dépersonnalisation/déréalisation peuvent être ou ne pas précédés par l'exposition à un événement traumatique ou peuvent présenter ou ne pas présenter de symptômes de TSPT concomitants. Quand les critères complets du TSPT sont également présents, on doit évoquer le sous-type de TSPT « avec symptômes dissociatifs ».

Trouble de conversion (trouble à symptomatologie neurologique fonctionnelle) : la survenue de symptômes somatiques dans un contexte de détresse post-traumatique peut être évocatrice d'un TSPT plutôt que d'un trouble de conversion (trouble à symptomatologie neurologique fonctionnelle).

Troubles psychotiques : les flashbacks (scènes rétrospectives) survenant au cours d'un TSPT doivent être distingués des illusions, des hallucinations et d'autres troubles des perceptions pouvant survenir au cours de la schizophrénie,

des épisodes psychotiques brefs et d'autres troubles psychotique , des troubles dépressifs et bipolaires avec caractéristiques psychotique (delirium), du a une autre affection médicale.

Lésion cérébrale traumatique : Quand une lésion cérébrale survient dans le contexte d'un événement traumatique (p.ex. accident traumatique, explosion d'une bombe, traumatisme d'accélération/ralentissement.) elle peut s'accompagner de certains des symptômes d'un TSPT. Un événement causant un traumatisme crânien peut aussi constituer un événement traumatique psychologique, et les symptômes neurocognitif lies a la lésion cérébrale traumatique (LCT) n'excluent pas un TSPT et peuvent sur venir simultanément. Les symptômes appelés post commotionnels dans le passe (p.ex. céphalées, vertiges, hypersensibilité à la lumière ou au bruit, irritabilité, troubles de la concentration) peuvent survenir dans les populations avec et sans lésions cérébrales, y compris chez les individus souffrant d'un TSPT. Comme les symptômes du TSPT et les symptômes neurocognitifs lies à une LCT peuvent se chevaucher, le diagnostic différentiel entre TSPT et symptômes d'un trouble neurocognitif imputable à une LCT doit reposer sur la présence des symptômes qui sont distinctifs de chaque tableau clinique. Alors que la reviviscence et l'évitement sont caractéristiques du TSPT et ne sont pas les effets de la LCT, la persistance d'une désorientation et d'une confusion sont plus spécifiques d'une LCT (effets neurocognitifs) que d'un TSPT. (DSM5, 2015, p. 330-331)

2.3.6 Comorbidité : les individus souffrant d'un TSPT ont 80% plus de risques que ceux sans TSPT d'avoir des symptômes répondant aux critères diagnostiques d'au moins un autre trouble psychique (p.ex. dépressif, bipolaire, anxieux ou l'usage d'une substance). La Comorbidité avec un trouble. De l'usage de substance et un trouble des conduites est plus fréquente chez les hommes que chez les femmes. Parmi le personnel combattant des Etats-Unis et les vétérans de combat qui ont participé aux guerres récentes d'afghanis-tan et d'Irak , la survenue simultanée d'un TSPT et d'une LCT légère était de 48% bien que la plupart des jeunes enfants souffrant d'un TSPT aient aussi au moins un autre diagnostic, les patterns de Comorbidité sont différents de ceux observés chez les adultes , avec prédominance du trouble oppositionnel avec provocation de l'anxiété de séparations . Enfin, il y a une Comorbidité considérable entre TSPT et trouble neurocognitifs majeurs avec certains symptômes qui sont communs à ces troubles. (DSM5, 2015, p. 330-331)

2.3.7 L'enfant et le syndrome de stress post-traumatique :

La référence la plus fréquemment mobilisée par les professionnels pour rendre compte des symptômes observés sur les enfants suite à leur exposition à la violence conjugale est celle du stress post-traumatique. Cette notion se définit ainsi : le sujet (l'enfant) a vécu, a été témoin ou a été confronté à un événement ou à des éléments durant lesquels des individus ont pu mourir, ou être très gravement blessés, ou menacé de mort, ou de graves blessures, ou durant lesquels sont intégrité physique ou celle d'autrui a pu être menacée. Et la réaction du sujet (l'enfant) à l'événement s'est traduite par une peur intense, un sentiment d'impuissance ou d'horreur. (Séverac, 2012, p. 14)

2.3.8 Grandes principes de la prise en charge :

Bienveillance et empathie sont cruciales : car le psychotraumatisme perturbe la famille dans sa globalité : l'enfant victime, les frères et sœurs, mais surtout les parents. Il est important de ne jamais asséner de jugement moral mais plutôt de délivrer des conseils.

Renforcement positif : le traumatisme est une rupture dans le quotidien de l'enfant et de sa famille, dans leur trajectoire de vie. Il ne faut pas essayer d'effacer ce qui s'est passé. Un retour à l'état antérieur n'est pas possible. En revanche, la vie peut reprendre, et c'est tout le travail du thérapeute et du soignant que de l'encourager.

Organisation d'un cadre rassurant et soutenant : chez les victimes, les émotions de surprise ou bien tous ce qui est ambigu peut être jugé comme négatif. Il faut donc éviter au maximum que les patients et leur famille soient « pris au dépourvu » (annulation d'une consultation, changement de lieu ou de médecin). (Askenazy, 2019, p. 898)

2.3.9 La prise en charge :

- **D'une réaction adaptée à la pathologie :**

Chez tous les enfants, après un traumatisme : l'organisme ne retrouve son rythme physiologique normal qu'après une période de 48 heures. Pendant ce temps, il est classique de revoir des images de l'événement, de sentir les odeurs qui lui sont liées, d'avoir des difficultés à dormir ou à se concentrer. Dans ces 2 premiers jours, il faut rassurer et réhumaniser.

La psychoéducation est indispensable : expliquer à l'enfant et à sa famille ce qu'il est entrain de vivre, lui indiquer les réactions de peur adaptées, les modalités de consultations spécialisées, les numéros utiles.

Durant le mois suivant l'événement :

Les symptômes, peuvent apparaître et commencer à s'installer. La première consultation spécialisée doit alors être précoce : l'objectif est d'évaluer les risques évolutifs, d'apaiser l'enfant et lui apprendre des techniques simples pour se calmer et mobiliser les compétences préservées. (Askenazy, 2019, p. 896)

Le trouble de stress post-traumatique implique ce traitement selon des interventions et des thérapies psychologiques et des soins pharmacologiques (médicamenteux) :

La psychothérapie :

La thérapie individuelle : est toujours indiqué. Dans la phase aiguë, peut suivre le modèle d'intervention de crise avec le soutien, l'orientation et le développement des instruments pour faire face à l'événement traumatique. Dans la phase chronique, la psychothérapie vise à laisser le patient parler librement, lui laissant de rappeler l'événement traumatique, et si possible se rendre au travail reconstruire l'avenir. La psychothérapie de groupe peut également être efficace dans le développement de traumatisme, en particulier dans la phase chronique. Famille psychothérapie peut offrir un soutien direct aux membres de la famille et le patient. (Queiroz, 2010, p. 358)

Thérapie cognitivo-comportementale :

La thérapie cognitivo-comportementale individuelle ou en groupe repose sur l'idée que les personnes en ESPT ont les pensées et des convictions inadaptées concernant un événement traumatique et ses conséquences. Ces pensées et convictions entraînent un événement inutile de tout ce qui rappelle l'événement et entretiennent un sentiment de menace permanente. Les interventions cognitivo-comportementales comprennent une thérapie d'exposition (imaginaire et in vivo) et une remise en question directe des pensées et convictions inadaptées concernant le traumatisme. (OMS, 2013, p. 10)

Thérapie EMDR (désensibilisation et retraitement par les mouvements oculaires) :

Cette thérapie se repose sur l'idée que les pensées, les sentiments et les comportements négatifs découlent de souvenirs non assimilés. Le traitement utilise des procédures standardisées, impliquant notamment de se concentrer simultanément sur les associations spontanées d'images, de pensées, d'émotions et de sensations corporelles traumatisantes, et la stimulation bilatérale, généralement sous forme de mouvements oculaires répétitifs. Comme la TCC, L'EMDR vise à réduire la détresse subjective et à renforcer les convictions d'adaptation liées à l'événement traumatique. A la différence de la TCC, l'EMDR n'implique pas de descriptions détaillées de l'événement, de remise en questions directe des convictions, d'exposition prolongée ou d'exercice à domicile. (OMS, 2013, p. 10)

Les interventions psychosociales :

- S'enquérir des stressseurs psychosociaux, dans la mesure du possible, utiliser des techniques de résolution des problèmes pour aider les personnes à résoudre ses principaux stressseurs psychosociaux ou difficultés relationnelles faire appel aux ressources et services communautaires, selon qu'il convient (avec le consentement de la personne, par exemple)
- Evaluer et prendre en charge toute situation de maltraitance (violence domestique, par exemple). Cette évaluation impose de disposer d'un espace privé et confidentiel. Contacter les services juridiques ou communautaires (par exemple les services sociaux, les réseaux de protection communautaires) pour prendre en charge toute maltraitance, selon qu'il convient (avec le consentement de la personne, par exemple).
- Selon qu'il convient, identifier les membres de la famille qui apportent un soutien et les impliquer autant que possible.
- Chez les enfants : évaluer la maltraitance, l'exclusion ou le harcèlement, interroger directement l'enfant ou l'adolescent à ce sujet, en privé. Dans la mesure du possible, travailler avec la famille, l'école et la communauté pour assurer la sécurité de l'enfant.
- Evaluer et prendre en charge les problèmes mentaux, neurologiques et liés à l'utilisation de substances psycho actives (en particulier la dépression) et les stressseurs psychosociaux pesant sur les aidants des enfants. (OMS, 2013, p. 6)

Les techniques pour la gestion du stress :

Exercices de respiration : cette technique implique d'expliquer que l'anxiété est associée à une respiration thoracique superficielle et rapide ; pour réduire l'anxiété, il faut viser une respiration abdominale lente et régulière. La technique nécessite d'apprendre à respirer par le diaphragme.

La relaxation musculaire progressive :

- Cette technique implique d'expliquer que l'anxiété est associée à une contraction des muscles et que la relaxation systématique de ces derniers réduit l'anxiété. La technique nécessite d'apprendre à tendre et relâcher systématiquement les principaux groupes musculaires, généralement des pieds vers le haut du corps. . (OMS, 2013, p. 6)

Utilisations des modes d'affrontement positif des problèmes et du soutien social disponible :

- S'appuyer sur les points forts et les capacités de la personne, lui demander ce qui va bien dans sa vie. Comment fait-elle pour que cela dure ? comment a-t-elle surmonté les difficultés passées ?
- Demander à la personne d'identifier les personnes en qui elle a confiance. Il peut s'agir de membres de la famille, d'amis ou des personnes de la communauté. Encourager la personne à passer du temps et à parler de ses difficultés avec les personnes de confiance.
- Encourager, dans la mesure du possible, la reprise des activités sociales et des routines quotidiennes (par exemple, école, réunion de famille, visites aux voisins, activités sociales sur le lieu de travail, sport, activités communautaires, sorties avec les amis).
- Sensibiliser la personne fait que l'alcool et les substances psycho actives n'aident pas à se rétablir et que l'usage massif de ces produits (y compris les médicaments achetés sans ordonnance dans les pharmacies) peut provoquer de nouveaux problèmes de santé et d'insertion sociale. (OMS, 2013, p. 6)

Traitement Pharmacologique :

Antidépresseurs tricycliques, surtout l'imipramine et l'amitriptyline, ont prouvé le traitement de l'état de l'action post-traumatique de stress. La posologie est la même que le traitement des troubles dépressifs, et de la durée minimale d'un essai thérapeutique devrait être de huit semaines.

Les patients qui répondent bien devraient maintenir antidépresseur en cours pour une période minimale d'un an avant d'essayer de retirer.

L'utilisation des antipsychotiques tels que l'halopéridol, il convient d'éviter, à l'exception de brèves périodes de contrôle des accès d'agression ou une forte agitation. (Queiroz, 2010, p. 358)

2.4 L'anxiété généralisée :

2.4.1 La définition de l'anxiété :

Il est admis en général que l'anxiété est une réaction à un danger souvent non spécifié ou inconnu pour la personne. L'objet de ce danger se situe très souvent dans le champ imaginaire des représentations. Par exemple, un patient peut ressentir de l'anxiété avant un soin parce qu'il se le représente, à tort ou à raison, comme douloureux. La représentation de ce soin est dite anxiogène, en l'absence de tout acte présent (le soin n'a pas débuté).

L'anxiété provoque chez la personne un vague de malaise, d'inquiétude, de doute, de crainte, de terreur ou d'appréhension. Les réactions physiologiques associées à l'anxiété sont transmises principalement par le système nerveux autonome. (Bioy, 2003, p. 52)

2.4.2 Définition de trouble anxiété généralisée :

L'anxiété généralisée est caractérisée par un état d'angoisse et de souci excessif dans un contexte d'attente anxieuse en lien avec certains événements (retard d'un proche, difficultés quotidiennes...) ou activité (travail, performances scolaires...), sur une durée et d'au moins six mois. L'angoisse ressentie est hors de proportion et est incontrôlable pour la personne. (Langenfeld&Merkling, 2019, p. 286)

2.4.3 L'origine de l'anxiété :

La première conception structurée de l'anxiété revient à Freud. Pose de reconsidérer la neurasthénie décrite par Beard, qui lui paraît trop hétérogène, et la démembrer en « pseudo-neurasthénie », « mélancolie », « neurasthénie véritable » et « névrose d'angoisse », au sujet de laquelle il publie un article en 1859. Il s'agit d'une démarche originale, mettant l'anxiété au centre d'une pathologie. La névrose d'angoisse est caractérisée par trois éléments centraux : l'attente anxieuse, où Freud voit le symptôme nucléaire de la névrose, l'hyperexcitabilité générale et les accès d'angoisse aigüe.

Ce modèle de la névrose d'angoisse s'est imposé jusqu'au milieu du 20^{ème} siècle comme référence nosographique en matière d'anxiété ; il est indissociable des conceptions psychanalytiques en matière d'anxiété ; il est nombreux écrits que Freud consacre au rôle de l'anxiété, dans le développement normal au pathologique de la personnalité, témoignent de la richesse et de l'évolution de sa pensée. En 1909, il publie le cas du « petit Hans », contribuant ainsi de façon importante à la description et à la conceptualisation de l'anxiété chez l'enfant. Quelques années plus tard, dans une perspective comportementale, Watson et Rayner (1920) publient le cas du « Petit Albert », qui contribue également à la compréhension des mécanismes intervenant dans la genèse de l'anxiété phobique. (Martin-Guehl, 2003, p. 5)

2.4.4 Les différents concepts de l'anxiété :

L'angoisse : est une forme aiguë de l'anxiété. La personne ne peut rapporter cet état de malaise ni au champ perceptif ni au champ imaginaire (représentation inconsciente). Par exemple, dormir dans un lieu inconnu (comme une chambre d'hôpital) peut provoquer une angoisse. Il s'agit bien d'une sensation sans substrat perceptif (aucun élément présent n'est perçu par le patient comme angoissant en soi) et sans représentation imaginaire particulière (aucune situation angoissante particulière n'est imaginée).

Bien souvent la crise d'angoisse se produit de façon spontanée et imprévisible. Elle dure quelques minutes ou quelques heures et associe des symptômes somatiques (tachycardie, dyspnée, sensation de vertiges, douleurs thoraciques, diminution brusque de la force musculaire, nausée ou vomissement...) à une impression non motivée de catastrophe imminente. (Bioy, 2003, p. 52)

La peur :

Il est admis en général que la peur est une réaction à un danger plus ou moins menaçant, qui peut être présent et visible ou bien suggéré par certains indices. L'objet de cette peur se trouve dans le champ perceptif de l'individu. C'est du reste sur ce point que la peur se distingue de la phobie. Dans cette dernière manifestation, le patient perçoit un danger provoquant un malaise violent en présence d'un objet particulier qui, en soi, n'est pas dangereux (exemple : l'agoraphobie, peur de la foule). Ici, le danger est imaginé, fantasmé, par le patient. La peur, à l'inverse, possède une réalité physique.

Cet état provoque, chez la personne, une stratégie de réponse plus ou moins adaptée : fuite, immobilité, dissimulation, ou encore agressivité. (Bioy, 2003, p. 53)

2.4.5 Les symptômes :

- **Les symptômes psychiques :**

- Difficultés à contrôler ses préoccupations avec incapacité à les empêcher. d'interférer avec des tâches en cours.
- Hypertensions psychique avec agitation ou sensation d'être survolté.
- Difficultés de concentration et trous de mémoire.
- Ruminations anxieuses.
- Irritabilité.
- Inquiétudes excessives quant aux compétences personnelles. (Langenfeld&Merkling, 2019, p. 286)

- **Les symptômes physiques :**

- Fatigabilité.
- Tensions musculaires.
- Céphalées.
- Perturbation du sommeil : difficultés d'endormissement, sommeil interrompu, agité ou non satisfaisant. (Langenfeld&Merkling, 2019, p. 287)

2.4.6 Les critères diagnostiques :

- A. Anxiété et soucis excessifs (attente avec appréhension) survenant la plupart du temps durant au moins 6 mois concernant certain nombre d'événements ou d'activités (telles que le travail ou les performances scolaires)
- B. La personne éprouve de la difficulté à contrôler cette a préoccupation.
- C. L'anxiété et les soucis sont associés à trois (ou plus) des six symptômes suivants (dont au moins certains symptômes ont été présents la plupart du temps durant les 6 derniers mois)

N.B : un seul item est requis chez l'enfant

1. agitation ou sensation d'être survolté ou a bout.
2. fatigabilité
3. difficulté de concentration ou trous de mémoire
4. irritabilité.
5. tension musculaire
6. perturbation du sommeil (difficultés d'endormissement ou sommeil interrompu ou sommeil agité et non satisfaisant).

D. L'anxiété, les soucis ou les symptômes physique entraînent une détresse ou une altération cliniquement significatives du fonctionnement social professionnel ou dans d'autres domaines importants.

E. la perturbation n'est pas imputable aux effets psychologiques d'une substance (p.ex. substance donnant lieu à abus, médicament) ou d'une autre affection médicale (p.ex. hyperthyroïdie)

F. la perturbation n'est pas mieux expliquée par un autre trouble mental (p.ex. anxiété ou souci d'avoir une autre attaque de panique dans trouble panique, évaluation négative dans l'anxiété social (phobie social), contamination ou autres obsession dans le trouble obsessionnels-compulsif, séparation des figures d'attachement dans l'anxiété de séparation, souvenirs d'événements traumatiques dans le trouble stress post-traumatique prise de poids dans l'anorexie mentale, plaintes somatiques dans le trouble à symptomatologie somatique, défauts d'apparence perçus dans l'obsession d'une dysmorphie corporelle, avoir une maladie grave dans la crainte excessive d'avoir une maladie, ou teneur de croyances délirantes dans la schizophrénie ou trouble délirant). (DSM5, 2015, p. 263)

2.4.7 L'anxiété normale et anormale :

L'anxiété est une émotion naturelle, éprouvée par chacun d'entre nous, mais qui varie en sévérité et en fréquence. L'appréhension d'événements pénibles suscite cette réaction émotive. Contrairement à ce qui se passe dans le cas de la peur, la menace paraît ici plus diffuse, plus lointaine ou plus vague. L'anxiété sert la même fonction que les réactions d'alarme et de peur : elle oriente l'attention vers une menace ou un danger, prépare l'organisme à agir afin d'opérer un changement. Comme nous allons l'expliquer plus en détail, l'anxiété est une réaction fondamentalement utile et essentielle.

L'anxiété et la peur sont des expériences si communes chez l'être humain que chacun pourrait en donner des exemples personnels. L'anxiété fait partie de la nature humaine que chacun pourrait en donner des exemples personnels. L'anxiété fait partie de la nature humaine. C'est une réponse normale au stress quotidien. Dans certains cas, elle améliore même la performance. Lorsque l'anxiété est vécue de façon modérée, elle peut motiver l'individu et le pousser à se dépasser. Plusieurs mentionnent, par exemple, qu'ils travaillent mieux « sous pression ». L'anxiété tient lieu de signal d'alarme lorsqu'il y a un danger et dans certaines situations, elle peut assurer la survie. Normalement, cette réaction disparaît quand la situation ou le l'objet qui l'a déclenchée a cessé d'exister.

Parfois, l'anxiété persiste sans raison apparente, se manifeste sous différentes formes et entrave le fonctionnement de la personne concernée. C'est surtout dans ces situations que les individus qui en souffrent sont amenés à consulter des médecins ou d'autres professionnels et souvent en viennent à suivre une psychothérapie ou à prendre une médication. On parle alors d'anxiété anormale ou de troubles anxieux. (Ladouceur, 1999, p. 2)

2.4.8 Les facteurs de risques et de pronostiques :

Tempéramentaux : L'inhibition comportementale, l'affectivité négative (névrosisme) et l'évitement de danger ont été associés à l'anxiété généralisée

Environnementaux : Bien que les épreuves vécues dans l'enfance ou l'hyperprotection parentale aient été associées à l'anxiété généralisée, aucun facteur environnemental n'a été identifié comme spécifique à l'anxiété généralisée ou nécessaire ou suffisant pour poser le diagnostic.

Génétiques et physiologiques : Un tiers du risque de présenter une anxiété généralisée est génétique ; ces facteurs génétiques se chevauchent avec les risques du névrosisme et sont communs aux troubles anxieux et de l'humeur, notamment le trouble dépressif caractérisé. (DSM5, 2015, p. 264)

2.4.9 Diagnostic différentiel :

Trouble anxieux dû à une autre affection médicale : le diagnostic de trouble anxieux associé à une autre affection médicale doit être porté si l'anxiété et les inquiétudes du sujet sont jugées être, d'après les antécédents, l'examen physique ou les examens complémentaires, la conséquence physiologique directe d'une autre affection médicale spécifique (p.ex. phéochromocytome, hyperthyroïdie).

Trouble anxieux induit par une substance /un médicament : Se distingue de l'anxiété généralisée par le fait qu'une substance /un médicament (p. ex. substance donnant lieu à abus, exposition à un toxique) est jugée être étiologiquement liée à l'anxiété. Par exemple, une anxiété sévère qui survient uniquement dans le contexte d'une consommation importante de café sera diagnostiquée en tant que trouble anxieux induit par la caféine.

Anxiété sociale : les sujets ayant une anxiété sociale ont souvent une anxiété anticipatoire focalisée sur les situations sociales à venir dans lesquelles ils doivent

réaliser une performance ou être évalués par les autres, alors que les sujets avec une anxiété généralisée s'inquiètent de toute façon, qu'ils soient ou évalués.

Trouble obsessionnel-compulsif : plusieurs caractéristiques distinguent les inquiétudes excessives de l'anxiété généralisée des idées obsédantes du trouble obsessionnel-compulsif. Dans l'anxiété généralisée, les inquiétudes portent sur des problèmes qui peuvent survenir, et c'est le caractère excessif de ces inquiétudes à propos d'évènements à venir qui est anormal. Dans le trouble obsessionnel-compulsif, les obsessions sont des idées inappropriées qui prennent la forme de pensées, pulsions ou images intrusives et indésirables.

Trouble stress post-traumatique et troubles de l'adaptation : l'anxiété est toujours présente dans le trouble stress-post-traumatique. Le diagnostic d'anxiété généralisée ne peut pas être porté si l'anxiété et les inquiétudes sont mieux expliquées par les symptômes d'un trouble stress-post-traumatique. L'anxiété peut également exister dans le trouble de l'adaptation mais cette catégorie résiduelle ne peut être utilisée que lorsque les critères d'aucun autre trouble (dont l'anxiété généralisée) ne sont remplis. De plus, dans les troubles de l'adaptation, l'anxiété survient en réaction à un évènement stressant dans les 3 mois suivant le début de l'évènement et ne persiste pas plus de 6 mois après la fin de l'évènement stressant ou de ses conséquences.

Troubles dépressifs, bipolaires et psychotiques : l'anxiété/l'inquiétude généralisée est une caractéristique fréquemment associée aux troubles dépressifs, bipolaires ou psychotiques et ne doit pas être diagnostiquée séparément si l'inquiétude excessive survient uniquement durant l'évolution de ces troubles. (DSM5, 2015, p. 265)

2.4.10 Comorbidité :

Les sujets présentant les critères de l'anxiété généralisée ont tendance à remplir ou à avoir rempli les critères d'autres troubles anxieux et de la dépression unipolaire. Le névrosisme ou la labilité émotionnelle qui sous-tendent ces profils de Comorbidité sont associés à des antécédents tempéramentaux et à des facteurs de risque génétiques et environnementaux communs à ces troubles, bien que des voies spécifiques soient aussi possibles. La Comorbidité avec des troubles de l'usage d'une substance, des troubles des conduites, des troubles psychotiques,

neurodéveloppementaux et neurocognitifs est moins fréquente. (DSM5, 2015, p. 266)

2.4.11 L'anxiété chez l'enfant :

L'anxiété fait partie de l'existence humaine et se caractérise par un sentiment de danger imminent avec attitude d'attente entraînant un désarroi plus ou moins profond ; vécu individuel qui envahit la personne dans ses racines mêmes, difficilement partageable avec autrui, et auquel nous donnons un caractère de généralité , afin de le mieux camoufler .il est classique de séparer de l'anxiété de l'angoisse , celle-ci étant la manifestation corporelle , l'« angor » avec ses manifestations constrictives et neurovégétatives . Dans ce mode de concevoir on sépare le senti du vécu et l'on donne à l'un une valeur neurophysiologique et à l'autre une valeur existentielle. Si l'on envisage ce problème sur le plan du développement infantile. Cette séparation ne paraît pas juste.

Si l'on a également essayé de distinguer l'anxiété de la peur ou de la crainte ,il ne suffit pas de le faire en considérant que l' anxiété ne se réfère à aucune donnée réelle, qu'elle n'a aucun point de référence, alors que la peur ,réaction de défense, est la réponse par la fuite ou l'immobilisation et a comme objet une situation réelle et présente. Comme l'indique J. Boutonnier, un enfant qui ne distingue pas encore le réel de l'irréel, et dont la faiblesse et l'inexpérience ne permettent pas qu'il puisse se défendre, éprouvera des peurs qui sont très voisine de l'angoisse .d'ailleurs le danger par rapport a l'organisme n'a de sens que par rapport à l'organisme n'a de sens que par rapport a son intégrité recherchée, aux modifications qu'il provoque et au déséquilibre qu'il crée. Nous savons par ailleurs que chez l'enfant les réactions émotionnelles prennent des formes diverses depuis la forme motrice de la réaction de sursaut jusqu'aux réactions tensionnelles, conséquence d'insatisfaction réelle ou de désarroi face à des objets évoques par élaboration fantasmatique. L'objet source de danger peut être aussi bien un objet externe qu'un objet interne. (Ajuriaguerra, 1980, p. 687)

2.4.12 La prise en charge :

L'inquiétude excessive et incontrôlable et un processus qui peut être modifié. Cela prend du temps, mais les résultats justifient l'effort.

Evolution et pronostic :

Si on ne fait rien, le trouble anxieux généralisé persiste dans le temps. Cet état chronique est ponctué de pics d'aggravation lors de facteurs de stress et grevé

d'un risque élevé de faire une dépression. Une fois traité (psychothérapie avec ou sans médicaments), on observe souvent une rémission partielle ou complète. Chez certaines personnes, une évolution intermittente avec des rechutes est observée à la faveur de situation stressantes. Au bout du compte, un hyper-anxieux ne se transformera jamais en hyper-zen. On peut toutes fois changer en profondeur son rapport au monde, en étant plus détendu face aux aléas de la vie. (Soumaille, 2015, p. 147)

Psychothérapie :

L'anxieux généralisée collectionne les erreurs d'appréciation, appelées distorsions cognitives, lesquelles jouent un rôle indéniable dans le maintien de ses peurs. Avec l'aide de son psychothérapeute, il va peu à peu corriger ses croyances sur l'utilité de souci et relativiser ses craintes face à des éventualités très improbables.

Le patient apprend à reconnaître les facteurs déclenchant son anxiété et les émotions associées. Il identifie progressivement les pensées qui le poussent à focaliser son attention sur des issues improbables et négatives.

Ce faisant, il change son regard sur les soucis excessifs qu'il se fabrique en permanence. Petit à petit, il mesure mieux le niveau réel de menace lié aux impondérables et réévalue à la hausse sa faculté à y faire face. (Soumaille, 2015, p. 147)

- Thérapie cognitivo-comportementale :

Dans l'approche cognitive et comportementale sont généralement associées dans le vocabulaire courant. Bien qu'elles se complètent de façon magnifique dans la pratique, chacune d'elle s'intéresse à un aspect propre de l'être humain. Les comportementalistes, dans le traitement de l'anxiété généralisée, vont s'intéresser aux comportements que la personne adopte face à son anxiété et vont tenter, en modifiant ces comportements, d'amener la personne à diminuer son niveau d'angoisse. Les cognitivistes, quant à eux, vont également agir dans le même sens, mais en se penchant sur les pensées qui habitent la personne anxieuse. Comme les pensées et les comportements sont intimement liés dans la réalité, il est normal que ces deux approches le soient aussi.

Les traitements découlent d'une approche cognitive suggèrent généralement un travail de restructuration cognitive avec les gens souffrent

d'anxiété généralisée. La personne doit, dans un premier temps prendre conscience de pensée inadéquat pour ensuite être en mesure de les modifier.

Elles s'intéressent aussi à la réduction des distorsions cognitives et des fausses croyances qui sont généralement à la base de l'anxiété chronique et qui génèrent un important niveau de souffrance. Ces traitements tentent de remettre à l'individu anxieux une certaine autonomie qui doit préalablement passer par la perception de contrôle sur les pensées, les émotions, les inquiétudes et les comportements. (Rivard, 2004, p. 51)

Ses techniques

- **Auto-observation :**

A l'aide d'un carnet d'observation, le patient consigne les pensées alarmistes qui l'assaillent et évalue leurs avantages comme leurs inconvénients. A ce jeu de la balance « pour et contre », il constate assez vite que la plupart de ses assertions ne le protègent pas contre le risque de survenue d'un événement fâcheux. Il peut alors prendre du recul et se rendre compte de l'inutilité de son habitude à se faire du souci. Celle-ci se révèle, en effet totalement inefficace contre les contingences de l'existence. Mais, attention, pour que cet « auto-scanner » porte ses fruits, il faut aussi être prêt à changer d'attitude. A travers des exercices d'exposition, l'enjeu est d'arriver à lâcher les comportements de réassurances qui sont des pseudos antidotes aux soucis. (Soumaille, 2015, p. 148)

- **Relaxation :**

Efficace et accessible, elles occupent une place importante dans la panoplie de moyens de survie de l'anxieux. Les exercices de relaxation et de respiration sont plus que bienvenus, ils aident le patient à se détendre et à prendre du recul par rapport à ses préoccupations. (Soumaille, 2015, p. 149)

Celle de Jacobson la plus recommandé dans le traitement, cette méthode en étant active, laisse moins de place à l'intrusion des pensées anxiogènes et permet ainsi d'éviter l'augmentation de l'angoisse chez la personne. Certaines techniques de bio feed-back, semblent également apporter des résultats considérables dans la réduction de l'anxiété. Toutefois, ces techniques sont généralement difficiles à

maitriser et demandent un important investissement de temps et d'argent. (Rivard, 2004, p. 52)

Ses techniques :**- Kit de survie :**

Les TCC intègrent généralement l'acquisition de techniques de relaxation. L'anxieux a tout intérêt à acquérir ce type d'outils pour faire baisser son niveau d'anxiété où qu'il se trouve et sans recours à des médicaments. Un kit de survie « en milieu hostile » à conserver sur soi en tout temps. (Soumaille, 2015, p. 139)

- Résistance au stress :

A la base, la relaxation est une disposition naturelle qui sert à économiser de l'énergie et à favoriser une meilleure récupération après un effort. Quel est l'intérêt pour les anxieux ? Elle augmente la résistance au stress et agit sur la détente musculaire. En clair, elle permet de « baisser le volume », de calmer le jeu quand la surchauffe menace. Pour profiter de ses bienfaits, on peut la pratiquer à petites doses de manière répétée ou alors plus longtemps (dix à vingt minutes). D'après les études menées dans ce domaine, plusieurs moments de relaxation minute effectués au cours de la journée ou une à deux pauses prolongées de détente quotidiennes sont en mesure de contenir la courbe du stress à un niveau raisonnable. (Soumaille, 2015, p. 139)

- La thérapie systémique :

Dans l'approche systémique la principale toile fond est l'interdépendance entre la personne constituant l'environnement interpersonnel du patient, le trouble d'une personne devient le symptôme d'un milieu malade. En effet, selon cette approche, la personne souffrant d'une problématique, tel un trouble d'anxiété généralisée est inévitablement influencée par les gens qui l'entourent. Ainsi, l'utilisation de ce qui est sain dans son entourage peut être bénéfique dans le rétablissement de son état mental lors du processus de traitement. (Rivard, 2004, p. 62)

Lors d'une thérapie systémique, il devient plus important pour le thérapeute de connaître et de comprendre la vision subjective qu'à le patient de son environnement social que de connaître les faits extérieurs. En effet, le contact avec celui-ci s'établit à partir de la construction personnelle qu'il se fait de son

environnement et cette construction de la réalité se bâtit généralement par le biais des interactions sociales. (Rivard, 2004, p. 62)

Plusieurs méthodes employées dans le traitement la trouble anxieux généralisée, l'utilisation du questionnement circulaire qui consiste à poser des questions au patient qui ont pour fonction d'élargir sa vision des choses. Ce questionnement se penche davantage sur les interactions ainsi que sur le contexte d'apparition du problème. Le recadrage est également une technique qui aide à générer des changements chez une personne et qui a pour but de modifier l'angle sous lequel elle perçoit une situation. (Rivard, 2004, p. 64)

- **Le traitement pharmacologique :**
- **Médicamenteuses :**

Parmi les anxiolytiques qui disposent chez l'enfant trois principalement prescrites : les neuroleptiques sédatifs, les benzodiazépines et les antihistaminiques.

Dans certains cas on donne les antidépresseurs pour atténuer les symptômes, aussi une nouvelle venue dans le traitement du trouble généralisé, la prégabaline, un médicament utilisé notamment dans les douleurs neuropathiques, peut également être proposée par le médecin.

Les anxiolytiques benzodiazépiniques ont peu d'indications psychiatriques établies chez l'enfant. Le diazépam (Valium) et le clobazam (Urbanyl) sont indiqués uniquement dans les troubles du sommeil à type de trouble de l'endormissement. Les terreurs nocturnes, et le somnambulisme. De plus, l'action hypnotique des benzodiazépines, comme des antihistaminiques, n'a pas été étudiée de manière approfondie chez l'enfant, malgré leur large prescription. Dans les troubles anxieux (attaque de panique, refus scolaire, anxiété de séparation, anxiété généralisée), aucune indication n'a pu être établie.

L'usage des anxiolytiques et des hypnotiques chez l'enfant est donc peu documenté et ne repose que sur des bases empiriques. Il n'existe pas plus, à l'heure actuelle, de données précises concernant leurs règles de prescription, à l'exception d'une restriction légale de la durée de prescription : 12 semaines maximum pour un anxiolytique benzodiazépinique. Ainsi la prescription des tranquillisants chez l'enfant ne peut être recommandée du fait de l'absence contrôlée documentant indications et tolérance. (Bouvenot&Caulin, 2012, p. 1191)

Synthèse :

Le concept vécu psychologique renvoie à une expérience, événement ou bien une histoire, une épreuve qui a été effectivement vécu par une personne, c'est son propre sentiment psychologique qui a été partagé. L'enfant dans la vie violente est affecté par des souffrances psychosomatiques par contre sa stabilisation est dans le cadre de vie sécurisant et non violent est le primordiale.

Cet événement affecte la vie des enfants, et peut engendrer des troubles anxieux tels que l'anxiété et le stress post traumatique, car leurs effets sur la santé mentale sont négatifs.



La partie pratique



Chapitre 03

Préambule :

Pour exister la science se sert de postulats et construit des théories. Les postulats de base de la démarche scientifique sont considérés comme le noyau dur de la méthode scientifique général. Ils fonctionnent comme des critères de reconnaissances de l'activité scientifique.

Ce chapitre a pour le but de préciser les modalités de réalisation de l'étude poursuivie. Et après avoir précisé les objectifs de notre recherche, nous décrivons, dans les prochains pages, les principales étapes de la méthodologie à laquelle nous avons recours pour la réaliser. En présentant la méthode de la recherche, le lieu de la recherche, le groupe de la recherche, les outils de la recherche, le déroulement de notre recherche, et on termine par synthèse.

1. La méthode de la recherche :**1.1 La méthode clinique :**

La psychologie clinique étudie et traite tout « fait » ou « événement » psychologique normal ou pathologique indépendamment de sa cause comme ou supposée. Elle se vise la mobilisation des processus proprement psychologiques au sein d'une relation donnée. Le psychologue joue sur les effets de rencontre avec un autre qui permettront de soulager la souffrance psychique tout en analysant son propre engagement au sein de cette relation. La méthode clinique envisage « la conduite dans sa perspective propre, relever aussi fidèlement que possible la manière d'être et d'agir d'un être humain concret et complet aux prises avec cette situation, chercher à en établir le sens, la structure et la genèse, déceler les conflits qui la motivent et les démarches qui tendent à résoudre ces conflits » (Lagache, 1949). (Chahraoui&Bénony, 2003, p. 11)

Elle répond donc aux exigences de référence à la singularité des individus, de prise en compte de la totalité des situations (l'observateur est partie intégrante de l'observation), à la dimension concrète des situations, la dynamique, la genèse. Toute être humain est en conflit en tant avec le monde extérieur qu'avec les autres et avec lui-même, il doit donc chercher à résoudre ces conflits et se situe toujours en position d'équilibre fragile. Tout être humain est une totalité inachevée qui évolue en permanence et ses réactions s'éclairent à la lumière de l'histoire de sa vie. (Chahraoui&Bénony, 2003, p. 11)

La méthode clinique utilise l'entretien, les tests, les échelles d'évaluation, le dessin, le jeu, l'observation pour développer l'étude de cas unique. L'analyse

des productions en provenance de ces outils est largement diversifiée puisqu'il peut s'agir d'analyse de contenu, d'analyse psychopathologie, d'analyse normative, d'analyse perceptivo-cognitive, etc. cette étude de cas est la méthode la plus communément utilisée en pratique clinique et vise « non seulement à donner une description d'une personne, de sa situation et de ses problèmes, mais elle cherche aussi à en éclairer l'origine et le développement, l'anamnèse ayant pour objet de repérer les causes et la genèse de ces problèmes » (Huber, 1993). Il s'agit, pour le psychologue, de comprendre une personne dans sa propre langue, dans son propre univers et en référence à son histoire et ce, indépendamment des aspects de diagnostic. Celui-ci favorise le contact affectif, l'expression émotionnelle, la clarification de la demande et du problème, l'émergence de relations entre les faits, les événements passés et présents, etc. l'étude de cas enrichit les connaissances en sciences humaines dans la mesure où elle favorise les productions des représentations subjectives en situation et en relation, ce que des mesures objectives et fiables ne peuvent aucunement apporter, d'où la nécessité d'envisager la méthode clinique comme fondamentalement complémentariste. Rappelons pour cela que subjectivité ne signifie pas absence de rigueur. (Chahraoui&Bénony, 2003, p. 12)

L'étude de cas fait partie des méthodes descriptives et historiques. Elle consiste en une observation approfondie d'un individu ou d'un groupe d'individus. L'étude de cas est naturellement au cœur de la méthodologie clinique et les cliniciens y font souvent référence. C'est une méthode pratiquée déjà par les premiers psychopathologues comme Freud ou Janet pour décrire les névroses et illustrer des hypothèses théoriques. Elle a été également pratiquée en médecine pour décrire des maladies et leur évolution.

Par l'étude de cas, le clinicien tente de décrire le plus précisément possible le problème actuel d'un sujet en tenant compte de ses différentes circonstances de survenue actuelles et passées (histoire de sujet, organisation de la personnalité, relations avec autrui, mécanismes de défense, etc.). Pour cela, il rassemble un grand nombre de données issues des entretiens avec le sujet mais également d'autres sources, bilans d'examen psychologiques, témoignages des proches et des soignants. L'étude de cas ne s'intéresse pas seulement aux aspects sémiologiques mais tente de resituer le problème d'un sujet dans un contexte de vie où sont pris en compte différents niveaux d'observation et de compréhension : organisation de la personnalité, relations avec l'environnement et avec l'entourage, événements présents et passés. De l'ensemble de ces données

descriptives, le clinicien essaie de suggérer des hypothèses sur l'origine de la conduite, celles-ci étant multiples, il essaiera de focaliser l'analyse sur un ensemble réduit de facteurs ayant probablement entraîné la situation problématique. Ses premières hypothèses donneront lieu à des propositions concernant le suivi d'un patient, par exemple indication d'une technique thérapeutique particulière ou bien interprétation ou proposition fournie au patient lors de la prise en charge thérapeutique, il s'agit d'une sorte de mise à l'épreuve de l'hypothèse dans le cas où il n'y a pas de changement pour le sujet, le clinicien devra à nouveau reformuler d'autres hypothèses en retournant à l'observation et à la description des données. (Chahraoui & Bénony, 2003, pp. 125-126)

2. Présentation du lieu de recherche :

Notre expérience pratique a été effectuée dans l'association « Ikhoulaf association des enfants victimes de séparation conjugale », c'est une organisation humanitaire et des soutiens sociaux son but non lucratif, elle est pour l'intérêt supérieur de l'enfant.

Elle est créée le 14 août 2006 conformément à l'ancienne loi 90-31 du 31 décembre 1990 sous le numéro 0206/2006 par un groupe des jeunes constitué de

Membres en majorité issus des parents séparés en date de 17/09/2012, l'association a adopté son statut conformément à la nouvelle loi 06/12 du 12 janvier 2012 relative aux associations.

L'association est due d'une personnalité morale et d'une capacité juridique, elle active au niveau de la commune et daïra d'Akbou, ainsi qu'à travers le territoire

De la wilaya de Bejaia. Egalement elle développe des échanges d'expériences et de coopération à l'échelle nationale et internationale.

Les compositions du lieu de recherche :

- Un bureau d'accueil où se trouve une psychologue.
- Deux salles, une salle spéciale pour les consultations et l'autre pour les activités.
- Une salle d'attente.

Les objectifs de l'association :

- Promouvoir de nouveaux textes de loi garantissant d'avantage les droits de l'enfant victime de séparation.
- Protéger l'enfant contre toutes formes de violence, d'exploitation et de maltraitements.
- Renforcer la sensibilité d'un large public sur les causes et les conséquences de la violence au sein de la famille.
- Informer sur les programmes destinés à l'amélioration de la prise en charge sociale des couches défavorisées notamment en zone rurale.

Les activités et missions de l'association :

- La réalisation des activités d'information et de sensibilisation pour la protection de l'enfant et ses droits face une séparation conjugale.
- Des activités éducatives et loisirs.
- Orientation et accompagnement psychologique des enfants victimes de la violence conjugale.
- L'aide sociale et la solidarité pour les couples qui ont des difficultés socioéconomiques et un conflit conjugal.

Pour conclure les différentes activités de cette association en regroupement des personnes reconnaissant à l'enfant le droit inaliénable de bénéficier des rapports affectifs, psychologiques, éducatifs de ses deux parents.

3. La présentation de groupe de recherche et ses critères de choix :

• Les critères d'inclusions :

- L'âge des enfants de 10 ans à 12 ans.
- Sont victimes et exposés aux différentes formes de la violence conjugale.
- Des enfants scolarisés.
- Les femmes mariées sont victime de toute violence conjugale.

• Les critères d'exclusions :

- Le sexe des enfants n'est pas précis.
- Le statut socioéconomique des parents n'est pas précis.

Les caractéristiques de groupe de recherche :

Tableau 1 : représentent les caractéristiques des éléments de groupes de recherche (les mères).

Prénoms	Age	Niveau d'instruction	profession	Situation conjugale	La durée du mariage

Bahiya	36 ans	Illettrisme	Femme de foyer	mariée	16 ans
Hamida	40 ans	2em année lycée	Fabrication des gâteaux traditionnels	mariée	19 ans
Zhor	33 ans	4em année moyenne	Femme de ménage	mariée	15 ans
Zebida	35 ans	/	Femme de foyer	mariée	12 ans
Latifa	40 ans	Illettrisme	Femme de foyer	Mariée	15 ans

Ce tableau représente notre groupe de recherche sont des femmes adultes leurs âge entre 33 et 40 ans, leurs situations conjugale est normale, leurs niveau d'étude est différent entre le secondaire et le lycée, la pluparts des femmes de foyers ou travaillent des métiers simples.

Tableau 2 : représentent les enfants victimes de violence conjugale.

Prénoms	Age	Niveau d'instruction	Sexe	Nombre de la fratrie
W	12 ans	4em année primaire	Garçon	2 frères et 2 sœurs
A	12 ans	4em année primaire	Garçon	3 frères et une sœur
F	11 ans	5em année primaire	Garçon	1 frère et 1 sœur
T	10 ans	5em année primaire	Garçon	Une sœur
X	11 ans	3em année primaire	Fille	3 frères

Ce tableau représente le groupe d'enfants (fille et garçon) âgés de 10 à 12 ans qui fréquente à l'école entre 3^{ème} année primaire et 5^{ème} année primaire.

4. Les outils d'investigations :

4.1 L'entretien clinique :

L'entretien peut être défini dans un premier temps, ainsi que le propose le Petit Robert, simplement comme l'action d'échanger des paroles avec ou plusieurs personnes. Entretien est synonyme de conversation, discussion ou dialogue. Ce terme implique donc deux dimensions essentielles : interactive et discursive. (Chahraoui&Bénony, 2013, p. 11)

L'entretien clinique utilisé par les psychologues cliniciens a un sens quelque peu différent : il vise à appréhender et à comprendre le fonctionnement psychologique d'un sujet en se concentrant sur son vécu et en mettant l'accent sur la relation, l'entretien clinique fait partie de la méthode clinique et des techniques d'enquête en sciences sociales, il constitue l'un des meilleurs moyens pour accéder aux représentations subjectives du sujet dans le sens, évidemment, où l'on postule un lien entre le discours et le substrat psychique (Alain Blancher, 1997). En clinique, l'entretien permet d'obtenir des informations sur la souffrance du sujet, ses difficultés de vie, les événements vécus, son histoire, la manière dont il aménage ses relations avec autrui, sa vie intime, ses rêves, ses fantasmes. Il apparaît donc comme un outil tout à fait irremplaçable et unique si l'on veut comprendre un sujet dans sa spécificité et mettre en évidence le contexte d'apparition de ses difficultés. (Chahraoui&Bénony, 2013, p. 12)

La notion de l'entretien clinique est très liée aux travaux de Carl Rogers (1966), psychologue humaniste de changement de la personnalité et les valeurs humaines. Après avoir travaillé douze années dans un centre de protection de l'enfance en danger, C. Rogers a développé ses propres points de vue en matière de psychothérapie. Ses contributions essentielles portent sur les notions d'acceptation de l'autre, de centration sur le sujet, d'empathie, de non-directivité et compréhension. Son idée générale est que, dans le domaine de la clinique, il faut aborder le sujet sans a priori théorique : « seul le patient sait où et comment il souffre » ; il faut donc lui faire confiance, l'écouter pleinement dans une attitude compréhensive et respectueuse qui va lui permettre de développer toutes ses possibilités.

La pratique de l'entretien clinique a été également considérablement influencé par d'autres modèles (psychanalytiques, phénoménologiques, psychiatriques, systémiques). (Chahraoui&Bénony, 2013, p. 12)

4.1.1 Entretien clinique et psychologie clinique :

L'entretien clinique est le paradigme même du travail du psychologue clinicien. Il fait partie de la méthode clinique, qui comprend :

- Une clinique « à mains nues » (l'observation et l'entretien).
- Et une clinique instrumentale (tests projectifs, échelles cliniques, etc.).

L'entretien clinique a donc une place de choix en psychologie clinique ; il vise à recueillir un maximum d'informations sur le sujet, mais, ces informations ne peuvent être comprises qu'en référence au sujet lui-même. Par exemple, les difficultés d'un individu ne peuvent prendre sens que si elles sont resituées dans leur cadre de référence : l'histoire personnelle du sujet, son histoire familiale, la manière dont il aménage ses relations avec autrui, sa personnalité, etc.

L'entretien clinique en psychologie clinique se situe généralement dans un contexte :

- D'aide ou de soins psychologiques.
- De diagnostic ou d'évaluation psychologique.
- Ou de recherche clinique.

Cette visée de traitement ou de diagnostic distingue l'entretien clinique utilisé en psychologie clinique et l'entretien utilisé dans les enquêtes sociales ou pratiqué dans d'autres disciplines des sciences humaines. (Bénoy&Chahraoui, 2013, p. 12-13)

4.1.2 Type de l'entretien clinique effectué dans la recherche :

Entretien semi-directif :

Dans ce type d'entretien, le clinicien dispose d'un guide d'entretien ; il a en tête quelques questions qui correspondent à des thèmes sur lesquels il se propose de mener son investigation. Ces questions ne sont pas posées de manière hiérarchisée ni ordonnée, mais au moment opportun de l'entretien clinique, à la fin d'une association du sujet, par exemple.

De même, dans ce type d'entretien, le clinicien pose une question puis s'efface pour laisser parler le sujet ; ce qui est proposé est avant tout une trame à partir de laquelle le sujet va pouvoir dérouler son discours. L'aspect spontané des associations du sujet est moins présent dans ce type d'entretien dans la mesure où c'est le clinicien qui cadre le discours, mais ce dernier adopte tout de même une attitude non directif : il n'interrompt pas le sujet, le laisse associer librement, mais seulement sur le thème proposé. (Bénoy&Chahraoui, 2013, p. 16)

4.2 L'observation clinique :

Observer, c'est « l'action de considérer, avec une attention suivie, la nature, l'homme, la société, afin de mieux les connaître ».

L'observation est la recherche de caractères distinctifs : ce qui intéresse le psychologue n'est pas facile à appréhender puisque cela concerne les affects, les émotions...

Il s'agit de repérer des signes inconscients qui évoquent ce que le patient éprouve à un moment donné. (Samacher, 2005, p.385)

L'observation clinique a pour objet de relever des phénomènes comportementaux significatifs, de leur donner un sens et de les situer dans la dynamique individuelle. L'observation a une place ancienne et respectée dans la science, dans l'étude de l'histoire naturelle, dans l'étude des mouvements célestes, et dans l'étude du comportement humain spécialement le comportement des enfants. La fiabilité dans les études d'observation est basée sur l'accord entre deux ou plusieurs observateurs indépendants. (Chahraoui&Bénony, 2003, p. 31)

Le propre de l'observation clinique est de considérer que les conduites sont des productions significatives d'une personne et qu'elles expriment quelque chose dès lors qu'il y a un observateur présent. L'influence de ce dernier fait que les comportements de la personne observée en situation deviennent des interactions. A partir des travaux de Lebovici (1983) chez l'enfant, l'approche clinique dégage les interactions comportementales (manière dont le comportement de l'enfant et celui de la mère s'agencent l'un à l'autre), affectives (influence réciproque de la vie émotionnelle de l'enfant et de celle de la mère) et fantasmatiques (influence réciproque de la vie psychique de la mère et celle de l'enfant). . (Chahraoui&Bénony, 2003, p. 31)

L'observation qualifiée de naturaliste permet d'appréhender assez largement les situations quotidiennes (sommeil, alimentation, jeux, soins corporels) mais aussi les contextes de séparation, de détresse et de souffrance. Les manifestations objectives, visibles ou comportementales peuvent être directement observées, mesurées, ou enregistrées alors que les manifestations subjectives ne sont connues que du sujet lui-même et sont l'expression de son activité mentale la plus intime. Ainsi l'observation va des actes, des gestes jusqu'à des comportements plus discrets tels que les émotions ; ces manifestations peuvent être simplement décrites mais on peut aussi les interpréter. L'interprétation va

alors dépendre du modèle théorique utilisé par l'observateur. Pour le psychanalyste, les processus intrapsychiques dépendent directement de la communication interpersonnelle telle qu'elle est observée dans la relation. Au sein de cette rencontre, l'interaction psychique mobilisée modifie le monde psychique des deux protagonistes. Ce phénomène élimine le critère d'extériorité et de neutralité objective du psychologue expérimentaliste. Ici l'empathie est alors un moyen pour se représenter le monde de l'autre sans être « pris » émotionnellement par les projections, les croyances ou les convictions de l'interlocuteur (Widlocher, 1996, 1998 ; Widlocher et Hardy-Bayle, 1990). Pour cela, l'expérience du clinicien, ses capacités de remise en cause, son travail psychique personnel, en bref ses capacités d'implication contrôlée, sont des qualités de sa propre psyché radicalement incontournables mais permettant l'accès aux particularités intrapsychiques de la personne observée. . (Chahraoui&Bénony, 2003, p. 31)

4.3 Les échelles :

Les informations issues des échelles cliniques ont pour objectif de préciser le diagnostic symptomatique ou syndromique, des caractéristiques psychologiques mais aussi le fonctionnement psychique singulier permettant l'identification des problèmes d'un sujet.

4.3.1 Questionnaire sur les événements de vie (ESPT) (Child Post-Traumatic Stress-Reaction Index (CPTS-RI) de Frederick et al (1992)) :

4.3.1.1 Domaine d'application :

Le CPTS-RI a été une des premières utilisées pour mesurer la symptomatologie post-traumatique chez les enfants (Pynoos et al, 1987). Il s'agit l'adaptation d'une échelle initialement développée pour les adultes (Frederick, 1985 a). Le CPTS-RI peut être administré sous la forme d'un questionnaire auto administré ou d'une entrevue semi-structurée. Les données présentées ici ne portent que sur la forme auto administrée.

Le CPTS-RI sert à évaluer la gravité des réactions post-traumatiques et ne permet pas de poser un diagnostic d'ESPT tel que défini par le DSM-IV.

4.3.1.2 Mode de Passation :

Le CPTS-IR est un questionnaire auto administré que l'enfant remplit lui-même. Il débute par une question générale où on lui demande s'il a déjà vécu un

événement qu'il a jugé traumatisant. L'échelle comprend ensuite 20 items portant sur les réactions de l'enfant face à cet événement (par exemple : « fais-tu des cauchemars à propos de ce qui t'est arrivé ? »).

4.3.1.3 Cotation :

L'enfant répond à chaque item sur l'enfant répond à chaque items sur une échelle de type likert graduée en 5 points, allant de 0 (jamais) à 4 (la plupart du temps). Les scores aux 20 items sont additionnés, pour un total variant entre 0 et 80, selon les critères proposés par Frederick (1985 b), les points de coupure suivants peuvent être utilisés pour déterminer la gravité des réactions post-traumatiques : 0-11 (peu probable), 12-24 (légère), 25-39 (modérée), 40-59 (grave) et 60-80 (très grave). (Bouvard, 2008, p. 75)

4.3.1.4 L'analyse et l'interprétation de l'échelle :

Pour l'analyse des résultats nous avons utilisés en composantes principales à trois facteurs conformément au construit de l'échelle, puis une rotation varimax. Le premier facteur regroupe les items 1, 2, 3, 4, 8, 9, 16 et 17 il correspond aux items explorant : les reviviscences de l'évènement, l'émoussement des capacités de réaction, le désintérêt pour le monde extérieur ainsi que l'évitement. Le deuxième facteur, explique les items 6, 11, 13, 14, 19 et 20, correspond aux symptômes de peurs et d'anxiété secondaires à l'évènement. Le troisième comprend les items 5, 7, 10, 12, 15 et 18 est relatif aux difficultés de concentration à l'école et les troubles du sommeil.

4.3.2 Echelle d'anxiété manifeste pour enfant révisée (ou « ce que je pense et ce que je ressens ») _ RevisedChildren's Manifeste AnxietyScale (RCMAS) de Reynolds et Richmond (1978) :

4.3.2.1 La description clinique de l'échelle :

Turgeon et Chartrand, (2003), traduction du RevisedChildren'sManifestAnxietyScale ou RCMAS (Reynolds et Richmond, 1978), est un outil largement utilisé pour évaluer les symptômes d'anxiété chez les enfants et les adolescents. Il contient 37 items, dont 28 évaluent les symptômes d'anxiété, par exemple « je m'inquiète la plupart du temps » ou « j'ai peur de plusieurs choses ». Ces items peuvent être regroupés dans des sous échelles

spécifiques et indiquer par exemple l'hypersensibilité, la tendance à s'inquiéter, les difficultés de concentration et l'anxiété physiologique. Une sous-échelle de mensonge permet par ailleurs de détecter si le patient a tendance à sous-estimer ses symptômes. (Turgeon et al, 2019, p. 28)

4.3.2.2 Domaine d'application :

L'échelle d'anxiété manifeste pour enfant révisée est très largement utilisée pour étudier l'anxiété chez les enfants de 8 à 13 ans. Elle fait partie des outils « historiques » de la mesure de l'anxiété chez l'enfant. Elle ne permet pas de diagnostiquer les différents troubles anxieux de l'enfant.

4.3.2.3 Mode de passation :

L'enfant doit entourer le mot « oui » s'il pense que la phrase est vraie pour lui, et « non » s'il pense que cela ne le concerne pas.

4.3.2.4 Cotation :

Chaque réponse positive reçoit un point. Un score d'anxiété peut être calculé (28 items) ainsi que trois dimensions d'anxiété :

- Manifestations physiologiques (items 1, 5, 9, 13, 17, 19, 21, 25, 29, 33). Elle correspond aux difficultés d'endormissement, aux nausées, à la fatigue.
- Inquiétude et hypersensibilité (items 2, 6, 10, 14, 18, 22, 26, 30, 34, 37). Elle est associée aux ruminations mentales liées à la peur de l'isolement et de la blessure affective.
- Concentration et inquiétudes sociales (items 3, 11, 15, 23, 31, 35), cette dimension est très corrélée avec les problèmes scolaires. Les items 4, 8,

12, 16, 20, 24, 28, 32, 36 font partie de l'échelle de « mensonge » et permettent d'évaluer la désirabilité sociale.

Ce questionnaire est souvent utilisé pour évaluer l'intensité de l'anxiété chez l'enfant et l'adolescent. D'après plusieurs auteurs (Muris et al, 2002 a ; Stark et Laurent, 2001, entre autres), la RCMAS n'est pas une pure mesure de l'anxiété : elle contient des items évaluant l'humeur, l'impulsivité, l'attention et les problèmes d'interaction avec les pairs. (Bouvard, 2008, p. 38-39)

4.3.2.5 L'analyse et l'interprétation de l'échelle :

Les notes fournies pour l'ensemble de l'échantillon d'étalonnage par groupe d'âge et par sexe. Il n'est pas évident de savoir si, dans certains groupes les sujets sont effectivement plus anxieux que dans d'autres ou si tout simplement, ils sont plus désireux de rendre compte des symptômes de l'anxiété. Pour le moment, il est recommandé d'utiliser des normes séparées en fonction de l'âge et du sexe.

Les notes de trois sous-échelles d'anxiété (anxiété physiologique, inquiétude/hypersensibilité, et préoccupations sociales/concentration) constituent les domaines dans lesquels se manifeste l'anxiété et sont destinées à aider le psychologue dans l'élaboration de ses hypothèses concernant l'enfant et son comportement. Cependant, étant donné la longueur limitée de ces sous-échelles et les niveaux de fidélité qui en résultent (bien qu'ils soient bons pour de si courtes échelles), les sous-échelles devraient être utilisées avec prudence et considérées uniquement comme une source possible dans la genèse des hypothèses. Les trois sous-échelles d'anxiété sont indépendantes. La sous-échelle d'anxiété physiologique est constituée de 10 items. Cette échelle est associée aux manifestations somatiques de l'anxiété telles que les difficultés d'endormissement, les nausées et la fatigue. La sous-échelle d'inquiétude/hypersensibilité, constituée de 11 items, est associée à des préoccupations obsessionnelles, vagues et mal définies dans l'esprit de l'enfant, doublées d'une peur d'être blessé ou isolé affectivement. La sous-échelle de préoccupations sociales/concentration, plus courte que les deux autres sous-échelles, est constituée de 7 items. Elle est particulièrement corrélée avec les problèmes scolaires. Cette sous-échelle se réfère à l'existence de pensées périphériques ainsi qu'à certaines peurs à caractère social ou interpersonnel qui conduisent à des difficultés d'attention et de concentration.

L'échelle de mensonge vise à détecter l'acquiescement, la désirabilité sociale ou la falsification délibérée des réponses. Cette échelle se compose de 9 items, une note élevée devrait amener le psychologue à déterminer si l'enfant a réellement donné une réponse valide à l'échelle d'anxiété ou s'il a simplement entouré le « oui » à chaque item pour faire plaisir au psychologue.

5. Le déroulement de la recherche :

Notre avons effectué notre stage au sein de l'association « Ikhoulaf » à Akbou-Bejaïa. Lors de notre première visite, nous avons établi notre plan d'action en expliquant notre sujet de recherche et en sélectionnant le groupe à étudier. Nous

avons ensuite discuté des règles à suivre et de l'organisation de notre travail afin d'obtenir l'approbation de notre demande de stage, avec l'accord du responsable et de psychologue pour entamer nos recherches.

La psychologue nous a fourni des informations détaillées sur la prise en charge des enfants, victimes de violence conjugale, nous permettant ainsi de mieux comprendre leur situation dès le début de notre étude. Malgré la sensibilité de notre sujet de recherche dans notre société, nous avons rencontrés certaines difficultés pour obtenir le consentement des parents de nos sujets d'étude, une étape essentielle pour tout clinicien. Nous avons donc pris des rendez-vous avec les mères concernées. Notre expérience s'est déroulée en accord avec les objectifs et les hypothèses de notre projet d'étude final.

La première étape a consisté à nous présenter à nos et à leur expliquer notre travail afin de gagner leur confiance. Nous avons réalisé un guide d'entretien abordant les sujets de la vie conjugale des mères, de la violence conjugale et du vécu psychologique de leurs enfants. Nous avons formulé les questions dans la langue maternelle des participants, tandis que le troisième volet comportait des questions adressées directement aux enfants. De plus, nous avons utilisé le questionnaire sur les événements de vie (ESPT) et l'échelle d'anxiété (RCMAS) pour compléter notre analyse.

Synthèse :

La démarche scientifique en psychologie partage des grandes méthodes d'investigation communes aux divers champs de l'activité scientifique comme l'observation, l'expérimentation. Elle apprend aux étudiants à acquérir une forme de pensée conforme aux plus hauts standards de rigueur scientifique pour les chercheurs doivent également respecter des normes éthiques pour éviter de causer des dommages psychologiques aux participants.

A decorative scroll-like frame with a black outline and a light gray shadow. The frame is horizontal and has a slightly curved top and bottom edge. The text "Chapitre 04" is centered within the frame in a bold, black, serif font.

Chapitre 04

Préambule :

Dans cette partie est consacrée pour la présentation et l'analyse des résultats de notre recherche. Nous allons procéder à la présentation des cinq cas avec lesquelles nous avons travaillé. Il s'agit d'analyser et interpréter les données de l'entretien clinique qui est dirigé à chaque maman et son enfant, puis les scores de l'échelle CPTS-RI et l'échelle de RCMAS. Finalement, on termine par discussion des hypothèses et une synthèse.

1.1 Présentations des cas et analyse des résultats :**Présentation du 1^{er} cas :****Présentation et analyse des données de l'entretien avec la mère :**

Bahia est une maman âgée de 36 ans, elle n'a jamais étudiée dans sa vie est une femme au foyer, elle est mariée depuis 16 ans. Et à cinq enfants, deux filles et trois garçons et notre sujet de recherche nommé « w », est son fils âgé de 12 ans.

Son conjoint est un homme âgé de 45 ans, son niveau d'instruction 4^{em} année moyenne, son métier quotidien c'est un maçon.

Bahia nous parle de son mariage qui est traditionnel, malgré La détresse et la fatigue visible sur son visage, nous avons pu mener l'entretien progressivement et aborder tous les sujets avec sa confiance grandissante.

Les causes de la violence conjugale :

Bahia nous a raconté que son mari a changé son comportement envers elle seulement sept jours après leur mariage, de plus, sa belle-mère et ses sœurs créent des problèmes entre eux, ce qui est l'un des facteurs à l'origine de leurs disputes. Elle dit : « Avant il a été bien, on est parti à la mer après le 7^{ème} jour de notre mariage, il a changé de comportement vis-à-vis de moi et il me frappe et il me dit tu regardes les gens, les hommes, sa mère et ses sœurs lui disent du mal de moi »¹.

Le conjoint de Bahia souffre d'une dépendance à l'alcool et au tabac, et en raison de ces addictions, il a malheureusement frappée sa mère qui est âgée de 80

¹ " Uqbal ila bien 7 wussan defir tmeghra ikarhiyi, ineqlab iwiyi a lebhar ikathiya iaqaryid talayat lghachi, irgazen, imas distmas hedernas scher felli "

ans à une occasion. Bahia mentionne cela comme un exemple de la situation difficile qu'elle traverse, elle raconte comme suit : « il buvait de l'alcool l'été dernier, il m'a battu jusqu'à ce qu'il veuille m'arracher les cheveux et me tuer, il a battu injustement sa mère de 80 ans. »². Plus de cela, il souffre des troubles psychologiques et à déjà été traité par un psychiatre. Cependant, il ne suit pas les recommandations et interrompt régulièrement son traitement médical. Leur situation économique est difficile et ils se trouvent dans une situation de pauvreté, ce qui rend impossible la poursuite des soins nécessaires pour lui. Elle dit que : « il était soigné avant le mariage et ne m'a pas non plus dit jusqu'à ce que je l'épouse, je le savais et maintenant nous sommes financièrement déficients, alors il ne va pas chez le médecin »³.

La suite des événements a été marquée par une dynamique familiale malsaine dans laquelle le mari de Bahia a changé de comportement envers elle. Selon ses dires, les actes de violence ont commencé après sa deuxième grossesse. En l'espace de seulement six mois, il est allé jusqu'à la frapper, entraînant même la perte de leur bébé, « sa famille ont l'ensorcelé pour qu'il me déteste, quand j'étais enceinte il me batte, il me faisait de mauvais sang »⁴.

Au fil de l'entretien, nous avons pu constater que la vie quotidienne de Bahia avec son mari est constamment marquée par la violence. Des menaces physiques sont régulièrement proférées, accompagnées d'objets lancés, de coup de pied et d'insultes. Il la méprise et lui manque de respect, ce qui entraîne un manque de confiance et un sentiment de doute constant. Il lui interdit de sortir et de parler au téléphone avec sa famille. Il contrôle même sa façon de s'habiller de manière excessive. La situation est telle que Bahia ressent de l'inquiétude et de la peur lorsqu'elle sort, cherchant à se cacher de lui. Elle exprime cela : « Je dois faire ce qu'il veut, ma satisfaction n'a aucun sens, mes parents m'ont invité à un mariage, alors j'ai tout préparé et quand nous allions y aller, il m'a battu et insulté, il m'a humilié parce que je suis une femme, la seule c'est ma mère qui m'aide quand j'ai besoin de quelque chose, ne fait que me battre, mais mon seigneur est avec moi, quant à sortir, je dois sortir comme une vieille pace qu'il m'arrête de

² "ites lbira deg unebdu i3edan iwthiyi ami bgha adiq3 che3riw ayinegh arnu imas n 80 sna iwthit idelmit"

³ "Iteswanyi oqbal nezwaj arnu ur ydinara ami zewjagh dides i3elmagh tura minkhos ur itruhara artbib"

⁴ " akhamensen khedemnas ihechkulan asmi ligh stadist ikathiyi ikhedmiyi z3af "

sortir, il m'a pris le téléphone, une fois il est allé à la police pour voir qui m'appelle, cherchant la béquille de sa mère pour me battre avec elle »⁵.

Depuis son mariage, Bahia a remarqué un changement significatif dans sa santé mentale. Elle ressent maintenant de la peur vis-à-vis de plusieurs aspects de sa vie. Ses habitudes ont été altérées et même ses sentiments ont été affectés, « Depuis mon mariage, la peur est entrée en moi, la crainte, quand je marche dehors mes yeux sont dans le sol, juste parce que j'ai peur d'être frappée, j'ai peur que mon mari me voie, j'ai peur de tout, le vent quand je l'entends ou le bruit de la voiture, je dis que c'est maintenant la fin de monde »⁶.

Il néglige ses responsabilités parentales en ne s'occupant pas des devoirs de ses enfants. De plus, il ne procure pas les fournitures scolaires nécessaires ni une alimentation adéquate, comme l'a souligné Bahia : « tu sais que ses enfants les frappent, il les pique, et quand ils lui disent d'acheter quelque chose pour l'école ou que le café est fini, il les frappe »⁷.

Les enfants ont été témoins des scènes de violence et en particulier sa fille a été profondément choquée. Ils vivent dans la peur constante que leur père puisse nuire à leur mère de manière mortelle, comme l'a exprimé Bahia : « ils sont présents pour la violence, ma fille aînée est choquée, les enfants paniquent, il leur dit que si quelqu'un s'approche, je le tuerai »⁸. Malgré les difficultés de sa relation avec son mari, Bahia a décidé de rester avec lui principalement en raison de l'avenir de ses enfants. Elle ressent un manque de soutien familial, en particulier depuis le décès de sa mère, ce qui a influencé sa décision d'accepter de vivre avec son mari « j'ai été patiente pour mes enfants, et aussi vous savez qui a

⁵· Ilaq adkhemagh lebghis lebghiw ur yet3edayara 3ratniyi imawlaniw atmeghra sujdeghed kulach asmi ntedu anruh iwthayi isubiyi, iheqriyi mi tametuth, dyema kan iydit3awanen ma khosagh temuth kan iqal ikathiyi kan ma3na ila rabi, ma tawafgha lazem adefghagh am temgharth iqet3iyi, iksiyi aportable chhalaya iruh ami la police adizer menho iyditla3in, itqalib ta3ekast n yemas iwaken ayiweth syes "

⁶ · deg mizewjagh ikachmiyi lkhuf, lkhel3a ma tedugh g berra alniw gelqa3a kan taghadegh 3lajal tiyitha saydizer argaziw tagdaegh kolach, abehri ma seslegh ula sut n tunubil qarghas tura atengar dunith "

⁷ · T3elmat deryas ikathithen, tsusufithen asmara asnini aghed lehwyey n leqraya negh tfuk lqehwa ahniwth "

⁸ · hedren il3unf taqchicht iw tameqrant tchuki, lwachul khel3en, iqarasen win adiqarben atenghagh "

des lacunes matérielles, et aussi j'ai peur, je sais, il n'y a personne qui les plaint, même si leur père se remarie, vous savez que la femme du père de quelqu'un comment ça se fait »⁹. Bahia éprouve un profond manque d'estime de soi et se sent dévalorisée en raison du manque de respect de son mari à l'égard de ses opinions et de son statut de femme : « il me voit comme une menteuse »¹⁰ selon ses propres mots, sa vie a été bouleversée en raison des actions de son mari et de sa maladie, et elle doit faire face à un doute constant de la part de son mari « le doute et la maladie mentale qui ont changé ma vie, La maladie de leur père en est la raison »¹¹.

Bahia décrit l'expérience vécue par ses enfants comme étant vulnérable, même ses les enseignants ont remarqué leur malaise en classe cherchant à comprendre les raisons de leur stress, « Effrayés, tristes, regardant leur père pour moi, le garçon et la fille se lèvent tôt, attendant qu'il me batte, parfois ils se disputent entre eux, à l'école, ils sont tranquilles, ils ont peur, ils ne parlent pas de leurs droits même quand quelqu'un les bat et les professeurs demandent pourquoi c'est le cas ».¹²

A la fin de l'entretien, Bahia a partagé son espoir que sa vie et celle de ses enfants changent un jour. Elle souhaite ardemment qu'ils surmontent leurs stress, oublient les mauvais souvenirs et puissent continuer à mener une vie normale. Elle transmet ce message d'espoir à ses enfants, les encourageant à garder espoir pour un avenir meilleur « Ce n'est pas la volonté de ton père, qu'un jour il soit guéri ».¹³

Présentation de cas de l'enfant :

W un garçon de 12 ans, est actuellement en 4^e année du primaire, il a deux frères et deux sœurs. Parmi ses qualités personnelles on retrouve sa

⁹ " sebreggh 3lajal warrawiw arnu win ikhusen t3elmat arnu tagadagh fellasen ulach menho adihninen fellasen lukan adi3waed zwaj tezrid amek temugh tamtuth n babas nyiwen"

¹⁰ " itwalayi skidibagh"

¹¹ " D chek d lehlak n tnefsith iyejan tam3ichwtiw atbedal, dlehlak babthsen iseba"

¹² " tagaden heznen t3assan babathsen feli taqchichtiw duqchichni tbakiren sbah t3asan sayiweth, tikal tnaghen garasen g l'école tranquille tcharaknara tagaden udneteqnara felheq nsen asma ahniweth hed lechyukh seqsayan iwach anechta"

¹³ " Babathenwen machi glebghis adiqel adihlu

bonheur, son inquiète pour sa mère et sa triste face à leur situation défavorable, il se montre tolérant et autonome.

Lors des questions qui lui étaient posées, nous avons remarqué que les scènes de violence sont toujours actives dans la vie de "W". D'après nos observations, il est profondément traumatisé. De plus, il avait du mal à exprimer ses réponses et ses opinions, en particulier lorsqu'on lui a demandé ce qu'il pensait des parents qui frappent leurs enfants. Cela le perturbe mentalement et il a mentionné son père à cet égard, « je ne veux pas ce truc »¹⁴, une absence de l'attention et il est perturbé.

"W" ressent souvent de la peur lorsque son père rentre à la maison, et il est très attaché à sa mère. Il exprime également sa déception quant à la relation entre ses parents et les conflits qui lui opposent. C'est ce qu'il nous a confié lors de notre échange « je m'énerve quand ils se battent, je n'aime pas ce truc »¹⁵. De plus, il a rencontré des difficultés scolaires et éprouve des problèmes de concentration en classe, il ne défend pas ses droits et ne réclame pas justice lorsqu'un de ses amis le frappe. Malgré son sourire, il dissimule une profonde tristesse et d'après son regard on peut déceler une certaine intensité, voire une lueur de violence.

Présentation et analyse des résultats de questionnaire sur les événements de vie (ESPT) :

Tableau N° 03 : représente les résultats de l'échelle CPTS-RI pour le cas "W"

Cas	Score total	Degré de la gravité	Interprétation
W	24	12-24 légère	Peu probable

Selon l'échelle de CPTS-RI, W présente un score de 24, ce qui indique un niveau de stress post-traumatique léger. En nous basant sur les perspectives de W. lui-même concernant la violence conjugale, nous avons constaté qu'il exprime sa déception mais essaie également de résister au stress et de faire preuve de résilience. Toutefois, d'après les propos de la mère, il est réellement traumatisé.

¹⁴ "Beghughara anechtayi"

¹⁵ "Tdiqigh asma atnaghen uhemelghara anchtani"

Il a répondu positivement à des items correspondant à la reviviscence de l'événement traumatique (items 9 et 17), ce qui suggère qu'il ressent constamment de l'inquiétude et de la nervosité, et qu'il évite de se rappeler des scènes de violence traumatique. Il éprouve également de la culpabilité vers sa mère pour ne pas avoir pu la protéger (items 13), qui est le deuxième symptôme lié à l'anxiété.

De plus, les items 5, 7, 10, 12 et 15 soulignent les altérations négatives des cognitions chez W. Ces items révèlent qu'il souffre fréquemment de cauchemars au moment s'endormir, qu'il ressent du déplaisir lorsqu'il joue en groupe, qu'il désintéressé par le monde extérieur, qu'il a du mal à défendre ses propres intérêts lors de disputes, qu'il présente un émoussement de ses capacités de réaction, qu'il cherche à éviter les situations liées au traumatisme, qu'il rencontre des difficultés scolaires et qu'il manque de concentration en classe.

Présentation et analyse des résultats de l'échelle RCMAS :

Tableau N° 04 :représente les résultats de l'échelle RCMAS pour le cas "W"

Cas : W	Note brute	Note standard	Norme	Interprétation
Anxiété globale	15	66	50	Elevé
Anxiété physiologique	05	13	10	Elevé
Inquiétude/hypersensibilité	05	12	10	Elevé
Préoccupation sociales/concentration	02	12	10	Elevé
Mensonge	02	09	13	Bas

Les résultats de l'échelle RCMAS présentées dans le tableau ci-dessus montre une note standard de 09 à la sous échelle de mensonge et une note totale de l'anxiété de 66, ce qui donne des résultats élevées par rapport à son âge. Ses notes standards aux sous-échelles d'anxiété physiologiques, d'inquiétude/hypersensibilité et de préoccupations sociales/ concentration sont respectivement de 13, 12, 12.

W il na pas vraiment caché ses vrais sentiments anxieux, et son degré de l'anxiété est vraiment élevé qui prouve qu'il est vraiment affecté. Cette échelle détecte l'isolement social, le rejet de la part du père, W aussi souffre des

problèmes émotionnels tels que la difficulté d'entretenir des relations avec les pairs, des problèmes d'apprentissages scolaires, dans les sous-échelles on a remarqué que W à besoin d'apprendre exprimés ses inquiétudes, il a manque de concentration qui a influencé négativement sur ses notes à l'école.

Synthèse de cas :

D'après les résultats de l'entretien, l'échelle R-CMAS et l'échelle CPTS-RI, nous avons conclu que W est victime de violence conjugale, ayant été témoin direct des actes violents de son père envers sa mère Bahia, ce phénomène a commencé tôt dans la vie de Bahia, alors que le couple n'avait pas encore d'enfants. Malheureusement, son mari continue de se comporter de manière violente, ce qui a un impact négatif sur le bien être psychologique de W, et lui cause une douleur et des traumatismes persistants degré légère.

W tente de protéger sa mère des abus de son père, mais sa peur l'empêche. Malgré l'état de son père, il souhaite vivre une vie normale au sein d'une famille saine avec son père. Les résultats suggèrent que la violence conjugale est un événement néfaste qui altère les liens familiaux et affecte la santé mentale de l'enfant. Parmi les conséquences observées chez W, on note l'anxiété, les perturbations émotionnelles, les problèmes d'attention et de concentration, le manque d'estime de soi et les difficultés scolaires.

Présentation de 2^{ème} cas :**Présentation et analyse des données de l'entretien de la mère :**

Hamida, âgée de 40 ans, est une mère de cinq enfants, comprennent quatre garçons et une fille. Elle a atteint le niveau d'études correspondant à la deuxième année du lycée et travaille dans la fabrication de gâteaux traditionnels. Elle est mariée depuis 2004, mais elle a rencontré son mari trois ans auparavant, avant de se fiancer officiellement. Son mari âgé de 45 ans, exerce le métier de maçon.

Malheureusement, Hamida est confrontée à des comportements violents de la part de son conjoint. Cette situation est d'autant plus difficile pour elle, car elle a grandi dans un environnement familial violent. Elle ressent le poids de toutes les responsabilités de sa famille sur ses épaules et perçoit un manque d'efforts de la part de son mari envers elle et leurs enfants.

Les causes de la violence conjugale :

L'enfance de Hamida a été marquée par une agressivité omniprésente. En effet, alors qu'elle était encore jeune, sa mère a été tragiquement abattue devant ses yeux, provoquant ainsi son décès. Elle décrit cette douloureuse expérience dans ses propres mots : « c'est une orpheline de 5 ans, sa mère a été abattue, elle a été battue quand elle était jeune, elle a été piégée avec la femme de son père, et ses oncles l'ont un peu aidée à grandir, entre maintenant et le passé rien n'a changé dans sa vie »¹⁶.

Le conflit dans leur relation a commencé après la naissance de leurs deux premiers enfants. Hamida ressent que son mari n'assume plus ses responsabilités et ne prend pas en charge les besoins quotidiens de la famille. Elle est dégoûtée par son comportement et ils sont constamment en désaccord. Lorsqu'il y a une différence d'opinions, ils restent plusieurs jours sans se parler ni communiquer. La violence dans leur relation est principalement verbale, avec des insultes émanant des deux côtés. Parfois, c'est même Hamida qui en vient à frapper son mari, tandis que la réaction de son mari se limite souvent à casser des objets, Elle dit : « Non pas seulement, en frappant avec des mots, il prend juste quelque chose et le casse, je suis celui qui le frappe avec juste un léger coup »¹⁷. Malgré l'absence d'harmonie entre eux, il a choisi de continuer cette vie pour le bien de leurs enfants et par affection envers sa femme, car il est attaché à elle.

Les enfants sont témoins de scènes de violence où le comportement de leur père envers eux très agressif, allant jusqu'à les frapper. Même la mère peut être violente envers son enfant « A », pour des raisons futiles. Bien qu'il y ait des moments où les deux conjoints sont violents, la mère n'accepte pas que leur père les frappe, et même leur grand-mère désapprouve ce genre d'actes. Elle l'exprime en ces termes : « quand la mère de mon mari est intervenue pour nous protéger les autres n'ont juste regardé qu'avec leurs yeux »¹⁸.

Hamida a choisi de vivre cette situation en raison de ses enfants, car elle est préoccupée par la dangerosité de leur quartier, « j'ai peur pour mes enfants, où je

¹⁶ " D yiweth tagujilt 5 ans yemas temuth serssas twawethed deg temzis thesled deg temtuth n babas, xwalis 3awnent chewya amek idekar ak tura ak d zik kra uybedal deg dunithis"

¹⁷ " tiyitha xati slehdur kan, adidem lhaja atirez, nekki kathegth styitha ikhfifen kan"

¹⁸ " asmi tela yemas waragziw tegared imanis athud wiyat twalin kan swalnsen"

vie n'est pas bon »¹⁹. Elle souligne que ses enfants n'ont pas encore remarqué les signes de violence, mais qu'ils sont encore trop jeunes pour faire face à cet événement. Elle insiste sur le fait que la seule qu'ils rencontrent est leur situation financière « c'est juste une pénurie, mais ils sont jeunes pour s'en remettre »²⁰.

Au cours de notre entretien, nous avons remarqué qu'elle ressentait une certaine gêne à partager sa vie privée. Elle préférerait aborder brièvement les moments difficiles qu'elle avait vécus, en particulier les expériences douloureuses de son enfance qui lui revenaient à l'esprit.

Présentation de cas de l'enfant :

« A » est âgé de 12 ans, son niveau d'instruction est en 4^{em} année primaire il a refait l'année deux fois, il a trois frères et une sœur.

A présente plusieurs traits de caractère : il a tendance à dire la vérité respectueux, autonome et sombre. Il est fidèle et ne trahit pas les autres. Cependant, il vit un stress important en raison de ses problèmes familiaux et l'agressivité qu'il subit régulièrement, il dit : « parfois on vit bien, parfois non, si je bouge un peu ils me battent surtout ma maman »²¹.

Selon les informations fournies lors de l'entretien, l'enfant décrit son affection pour les chiens agressifs et son habitude de jouer avec eux, il possède même un chien à la maison. De plus, lorsqu'il se sent désespéré pendant les disputes, il exprime ses sentiments à ce chien, se confiant à lui, « j'aime beaucoup mon chien, je lui dis tout, même quand ils me battent à la maison, il me protège »²².

Durant l'entretien, il était constamment agité et ne cessait pas de en plus de cela il déviait fréquemment du sujet pour parler des disputes entre ses amis, ce qui rendait difficile pour lui de maintenir sa concentration et de suivre le déroulement de la conversation, « je viens de le battre, il amène son père, alors ils m'ont battu à la maison »²³. En outre, à l'école, il fait face à des difficultés pour se rappeler de ses leçons et assimiler les enseignements scolaires. Il s'exprime une

¹⁹ "taggader farawiw amkan izedran chewyath kan"

²⁰ "d lekhsas kan oma mechtuhithen iwaken adghelben anechtani"

²¹ " tikwal net3ich bien tikwal khati ma herkagh kan azuh ayuthen surtout yema"

²² " hemlegh aqjuniw hekughas kolach même asma yiwthan gkham ithuduyid"

²³ " athghalbagh kan aydayawi babass bachk ayuthen gekham"

inquiétude constant quant à l'éventualité de redoubler une année, craignant les réactions violentes de ses parents. Cette question revient régulièrement lors de nos échanges « Avez-vous déjà redoublé l'année scolaire ou non ? »²⁴.

Ses regards exprime la violence, il a besoin de diminuer ses problèmes pour arriver à ce ses regards reflètent une certaine violence, ce qui indique qu'il a besoin de résoudre ses problèmes afin de parvenir à se concentrer sur ses études et de concentrer sur le plan scolaire.

Présentation et analyse des résultats de questionnaire sur événements de vie (ESPT) :

Tableau N° 05 : représente les résultats de l'échelle CPTS-RI pour le cas "A"

Cas	Score total	Degré de la gravité	Interprétation
A	41	40-59	Grave

Le score obtenu de l'échelle CPTS-RI est de 41 points, indiquant un niveau grave de désordre. Il présente des symptômes de reviviscence, des scènes traumatiques en raison de la violence physique que sa mère lui inflige fréquemment, ce qui le pousse à éviter cette situation en jouant agressivement avec son chien (items 2, 3, 4, 8, 9, 16, 17). Il s'inquiète de sa performance scolaire, présente une nervosité facile, une peur à l'école, des maux de tête et des difficultés à contrôler son comportement et ses réactions dangereuses lorsqu'il se bat avec ses amis. Ces symptômes correspondent aux items 11, 14, 19 et 20. Le troisième facteur concerne les problèmes cognitifs tels que le manque de concentration et une faible mémoire, représentés par les items 5, 7, 12 et 15.

Présentation et analyse des résultats de l'échelle (RCMAS) :

Tableau N° 06 : représente les résultats de l'échelle RCMAS pour le cas "A"

Cas : A	Note brute	Note standard	Norme	Interprétation
Anxiété globale	21	76	50	Elevé
Anxiété physiologique	05	13	10	Elevé
Inquiétude/hypersensibilité	06	13	10	Elevé

²⁴ "T3awdam déjà tikelt sana nigh khati ? "

Préoccupation sociales/ concentration	04	15	10	Elevé
Mensonge	06	13	13	Elevé

Les résultats du RCMAS (RivisedChildren'sManifestAnxietyScale) fournissent des indications sur l'état émotionnel de « A ». Il a obtenu un score standard de 13 sur l'échelle du mensonge, et un score total de l'anxiété de 76, ce qui est assez élevé avec des scores standard de 13, 13 et 15 sur les sous-échelles spécifiques d'anxiété.

L'anxiété que ressent « A » peut-être attribuée à plusieurs facteurs dans sa vie. Tous d'abord, il est préoccupé par le fait de devoir refaire l'année scolaire. Cette inquiétude se traduit par une anxiété liée à ses performances académiques et à l'évolution de ses compétences intellectuelles. Le fait de ne pas pouvoir progresser comme il souhaite peut-être une source de stress importante pour lui.

En outre, « A » éprouve également de l'anxiété en raison de l'inacceptation de sa mère face à ses difficultés scolaires. Le manque de soutien et de compréhension de sa mère peut aggraver son anxiété et le faire douter de ses capacités.

Le rejet de la part de ses parents constitue également un facteur de stress significatif pour « A ». Se sentir rejeté par ceux qui devraient normalement lui apporter amour et soutien peut avoir un impact profond sur son bien-être émotionnel et augmenter son niveau d'anxiété.

Enfin, une communication intrafamiliale déficiente contribue également l'anxiété de « A ». Les difficultés à exprimer ses émotions, à communiquer ouvertement avec ses proches et à résoudre les conflits de manière saine peuvent créer un climat familial stressant, ce qui aggrave son anxiété déjà présente.

Synthèse de cas :

D'après l'analyse des résultats de l'entretien, l'échelle de R-CMAS et l'échelle CPTS-RI on constate que la mère et son enfant adoptent des comportements agressifs, en particulier en ce qui concerne la violence physique et verbale, comprenant des insultes et des menaces. Ces expériences traumatisantes, CPTS-RI est (41) fragilisent son vécu et ont eu un impact négatif

sur ses performances scolaires. Il est évident qu'il a besoin de tendresse et d'affection de la part de ses parents. Parmi les conséquences de ces événements sur cet enfant, on peut noter une anxiété élevée (note globale standard de R-CAS est 76), des comportements agressifs, des problèmes de mémoire, des difficultés dans ses apprentissages scolaires et un manque de sociabilité (sous échelle de préoccupations sociales/concentration est élevé).

Présentation de 3^{ème} cas :

Présentation et analyse des données de l'entretien avec la mère :

Zhor est une femme âgée de 33 ans, est mère de trois enfants, elle a terminé ses études au niveau de 4^{ème} année moyenne, et travaille actuellement comme une femme de ménage. Elle est mariée depuis 15 ans à un homme avec qui elle a eu une relation amoureuse pendant 5 ans avant de se marier. De plus, il existe des liens de parenté entre eux. Son conjoint âgé de 41 ans, a atteint un niveau d'instruction terminal et a travaillé dans la gendarmerie nationale. Cependant, il a quitté son emploi et continue à fumer sans cesse.

Zhor nous nous raconte les problèmes ont commencé avec son mari en raison des interférences de sa famille, ce qui a perturbé leur relation. Elle ressent également une pression économique importante de sa vie.

Les causes de la violence conjugale :

La vie de Zhor a pris un tournant après seulement un an de mariage. Son mari a complètement changé de comportement en accordant une grande écoute à sa mère et ses sœurs. Il prend constamment leur parti lors de chaque dispute, la laissant se sentir seule sans aucun soutien de sa part. De plus, lors de chaque occasion spéciale ou de fête, comme l'Aïd, il l'emmène chez ses parents pour éviter les querelles avec sa belle mère. Zhor exprime ses sentiments comme suit : « Tout a commencé après un an de mariage, quand il se dispute avec moi, il se tient avec sa famille et les entends beaucoup et à toutes occasions il m'emmène chez mes parents pour ne pas se quereller avec eux »²⁵.

Particulièrement lorsqu'elle était jeune, à l'âge de 16 ans, Zhor ressentait de la jalousie de la part des sœurs de son conjoint chaque fois qu'elle prenait soin d'elle-même, s'habillait avec des beaux vêtements ou de maquillait. Ces situations ont créé des problèmes, car elles n'étaient pas encore mariées et elles ont blâmé Zhor, cherchant ainsi à créer des désaccords entre elle et leur frère. Zhor exprime ainsi sa perspective : « Ses sœurs ne sont pas mariées, quand elles m'ont vue une mariée de 16 ans, je m'habille bien et je prends soin de moi, elles n'aiment pas cette chose et elles me blâment quand je m'entends pas avec lui, tout dans ma vie et avec eux se querellent»²⁶.

Zhor ressent constamment qu'elle est sous la surveillance de ses belles sœurs. Elle dit : « Ils suivent chacun de mes mouvements, ils me cherchent dans la cuisine, ils veulent savoir ce que je fais, ils me privent d'eau froide »²⁷.

La violence a commencé après la deuxième grossesse de Zhor. Son mari ne savait pas qu'elle était enceinte car elle ressentait une profonde aversion vers lui. Elle a pris la décision de ne pas lui en parler. Malheureusement, il l'a frappé violemment avec des coups de pieds et un bâton, mettant ainsi la vie de son fœtus en danger. Par miracle, elle n'a pas perdu son bébé, mais elle continue de subir des violences physiques. Son mari laissent des traces sur son corps et la conduisent à l'hôpital, « Les coups de violence ont commencé lors de ma deuxième grossesse, il ne savait pas que j'étais enceinte, Je ne lui ai pas dit, je le détestais, je ne pouvais pas le supporter, j'n'en pouvais plus des pressions, jusqu'à ce que nous disputions et il m'a battu avec un bâton sur mon ventre, et ma belle-mère lui dit que je suis enceinte, et il ne croyait pas. Il lui dit qu'elle ment, jusqu'à ce qu'elle le convainque d'arrête, et chaque fois il laisse des traces de coup jusqu'à ce qu'il m'emmène à l'hôpital »²⁸.

26

«خواتنه ماشي مزوجين كشافوني عروسة تاع 16 سنة نلبس مليح نقوم بروحيمعجبهمش لحال ويلوموني كمنتفاهمش معاه كلشي في حياتي ومعيشتي معاهم بالمداوسة»

27

«يتبعو قاع تحركات دياولي ئحوسو عليا فالكوزينة واش ندير يحرمو عليا الماء البارد»

28

En l'interdisant de parler avec sa mère au téléphone, son mari a cru qu'elle essaierait de la convaincre de se séparer de lui ou qu'elle serait une source de perturbation dans leur relation. Cela a provoqué des conflits entre eux chaque fois qu'elle se défendait verbalement. Elle raconte son expérience de la manière suivante : « Même quand ma mère m'a acheté le téléphone, il n'a pas pris la peine de lui parler, me disant qu'elle vous inciterait à propos de moi et vous convaincrait et ferait des problèmes pour ruiner votre maison et la raison de la querelle est quand je me défends »²⁹

Pendant 10 ans, Zhor a vécu une vie remplie des problèmes, de cris et de malentendus. Ses enfants ont passé leur enfance confinés dans leur chambre 24 heures sur 24 heures. Elle y cuisine également pour éviter les conflits, car lorsque les enfants sortent dans le couloir pour jouer, leur belle mère les frappe. Malgré tout, ils ont grandi, selon ses dire, dans ce petit coin chaleureux créé par leur mère qui se sacrifie toujours pour eux. Elle dit que : « 10 ans et j'étais entrain de me battre et de crier, je m'occupais de mes enfants dans ma chambre seulement 24 heures sur 24 heures, ils ne sortent pas parce qu'ils sont petits, et quand ils sortent dans le couloir ma belle-mère les bat, j'ai enduré sans sortir quand ils étaient petits, même quand ils sont sous le proche, ma belle-mère les bat, et j'ai enduré pour eux »³⁰.

Lorsqu'elle a eu sa première fille, Zhor a envisagé sérieusement de demander le divorce et de retourner vivre chez sa mère de manière permanente. Cependant, elle n'a pas trouvé le soutien de la part de sa mère lorsqu'elle a pris cette décision importante. Dans notre société, le divorce est souvent considéré comme une honte pour la femme et sa famille. Elle s'est sentie seule, car elle n'avait pas de père pour défendre ses droits. Ses parents sont divorcés et son père

الضرب و العنف بداو فالحمل تا عي زوج هو مكش علا بالو راني بالحمل مقتلوش كرهتوا لبيت منحملوش من الضغوطات حتى داوسنا و ضربيني بالعصا للكرش وعجوزتي نقله بالحمل وهو ميامنيش يقلها راهي تكذب بصح حتى قنعاته وحبس وكل مرة يخيليني مارة تا عي الضرب و يوصلني لسبيطار

29

حتى كشر اتلي يما telephone مخلاننيش نهدر معاها يقولني شغل تحرش فيك وتقنعك ونديرلك مشاكل تخربلك دارك و سبب الدواسكنعيط وندافع علا روجي

30

10 سنين ونا دواس و عياط ربيت ولادي في شومبرة 24 ساعة على 24 ساعة ميخرجوشصغار يخرجو للكولوار عجوزتي تضربهم تحملت علجالهم

a refait sa vie avec une autre femme et d'autres enfants, sans jamais entrer en contact avec elle. Elle dit : « Une fois, j'ai emmené ma fille et fait un certificat médical pour que je puisse divorcer, mais il est allé voir mon oncle parce qu'ils sont cousins, il s'est excusé auprès de moi et a demandé pardon, et ma mère n'a pas accepté de divorcer parce que j'ai un enfant, donc je suis retourné vers lui »³¹.

Elle raconte avoir envisagé de se suicider à un moment mais la pensée de ses enfants sans elle l'a incitée à abandonner cette décision. Elle dit : « Une fois j'ai voulu de me suicider, alors je les ai sorti, j'ai fermé la porte, j'ai pris un couteau pour me massacrer, puis je me suis souvenu de mes enfants, alors je me suis arrêté »³²

Ses deux enfants ont été témoins de scènes de violence, le petit garçon pleure et avait peur, tandis que la fille essaie de protéger sa mère, explique-t-elle : « Ma fille défend toujours, mais quand nous criions dessus, elle me dit que je ne vais plus interférer avec toi »³³

Il regrette sur ses actes agressifs et s'il excuse mais elle ne croit pas au fond de son cœur. Elle dit : « Quand il me frappe, il regrette et demande pardon, mais je n'aime pas le croire »³⁴.

Lors d'une altercation avec la sœur de son conjoint alors qu'il n'était pas à la maison, les choses ont dégénéré au point où elle était à bout de forces. Son taux de sucre et sa tension artérielle est devenus très basse. Etant également asthmatique, elle a été hospitalisée pendant une semaine. A la suite de cet événement, elle a pris la décision de louer un logement pour elle-même et ses enfants, emmenant son mari avec eux. Elle dit : « Une fois, j'ai eu une grosse

³¹ "خطرة هزيت بنتي ودرت سارتفيكا حتى نطلق أيا راح عند خالي هما ولاد عمومحلل فيا و طلبسماح و بما مقبلتش نطلق كعندي طفلة وليت عنده"

³² "مرة حببت نقتل روجي خرجتهم غلقت الباب هزيت الموس نذبح روجي تفكرت ولادي حبست"

³³ "بنتي دافع عليا بصح كنعيطو عليها تقول منزيدش ندخل بيناتكم"

³⁴ "كيضربني يندم و يطلب سماح بصح منحيش نأمنه"

dispute avec sa sœur, et il n'était pas à la maison, alors mon diabète e et ma tension artérielle ont chuté, et j'ai de l'asthme, et j'ai fini par mourir, je suis restée une semaine à l'hôpital, puis je suis sorti, loué une maison et emmené mes enfants et mon mari »³⁵.

Maintenant, elle fait face à des difficultés économiques et a décidé de travailler, car son mari est au chômage. Les conflits conjugaux ont diminué et il a arrêté la violence physique envers elle. Son comportement envers leurs enfants est normal, il ne les frappe jamais et les aime énormément. Elle dit :« Quand il a arrêté de travailler pour des bagarres avec ses parents, nous ne pouvions pas trouver quoi manger, alors je suis allé travailler et il n'a pas trouvé, parfois il cherche, non maintenant il a réduit les cris et même les coups l'ont arrêté»³⁶

Elle encourage constamment ses enfants en leur rappelant que chaque famille rencontre des problèmes, qui évoluent au fil du temps comme la météo, afin de les aider à oublier les difficultés qu'ils ont traversées, « Je les motive en disant seulement que c'est le monde, et quand je me prie, ils n'aiment pas, je leur dis que la vie est comme le temps, je leur ai expliqué que ce sont des choses ordinaires dans chaque famille qui a des problèmes, et ses enfants les aiment beaucoup, il ne les frappe pas, c'est moi qui les bat parfois pour leur bien »³⁷.

Au cours de l'entretien, il était évident que cette femme a sacrifié sa jeunesse et ses études. Elle regrette profondément son mariage et déplore le manque de soutien et de fraternité dont elle aurait pu bénéficier en cas de besoin. Elle souligne l'importance d'être une femme indépendante dans tous les aspects de la vie.

35

“مرة داوست مع خته كحلة هو مكانشه فدار طاحلي سكر ولاطونسيوو عندي از ماتيك وصلت الموت بقيت سمانة فسبيطار منبعد خرجت كريت ديت ولادي معايا وراجلي”

36

“كحبس الخدمة عجال دواس مع دار هم أيا ملقيناش واش ناكلو خرجت نخدم هو ملقاش يحوس منداك لا ضكا نقص من العياط و الضرب حبس”

37

نحزهم غير بالهدرة هادي هيا الدنيا كندعي علا روعي ميحبوش و نقولهم الحياة كما الحالة الجوية وفهنتهم هذو لحوايج فعاديين فكل عائلة فيها مشاكلولاده يحبهم بزاف ميضربهمش انا لنضربهم منداك فصلاهم”

Présentation de cas de l'enfant :

« F » est un enfant âgé de 11 ans qui étudie en 5^{ème} année du primaire, il a une sœur et un petit frère. Parmi ses qualités personnelles, il se distingue pour sa famille, il est très attaché à sa sœur et fait preuve d'autonomie en s'organisant seul sans demander l'aide de ses parents. Il ne souffre d'aucune maladie chronique ou psychologique, mais il présente une déficience visuelle. Selon sa mère, il se préoccupe énormément de ses études et de son avenir. Cet enfant est particulièrement sensible lorsqu'il s'agit de son amour pour sa mère, et il pleure lorsqu'il lit quelque chose à l'école concernant les mères, confi sa mère pendant l'entretien : « Il m'aime beaucoup et quand il lit quelque chose sur la maman à l'école, il pleure, et quand il a besoin de quelque chose pour étudier, il doit être à l'heure, il n'a pas de patience, et quand il vient se plaindre en pleurant, et quand je me fâche contre lui, il se fâche jusqu'à ce qu'il r pleure »³⁸ .

Selon les dires de la mère lors de l'entretien son fils exagère lorsqu'il il exprime son amour pour elle et fait des gestes inhabituels. Elle pense qu'il peut ne pas être tout à fait normal en raison de certains comportements. De plus, il devient nerveux lorsque sa mère se met en colère à cause de ses bêtises. Elle dit : « Je sens qu'il exagère ses actions bizarrement, quand il se lève tôt le matin, on dort il vient s'endormir devant mes jambes et les embrasse, et quand je regarde une chaine de notre pays avec son père, il dit que je suis dans un autre monde et bouge ses mains comme des rebots qui les regardent beaucoup »³⁹

Il demeure dans cette situation jusqu'à ce qu'elle lui pardonne. Il se sent désespéré lorsque sa sœur est absente à la maison, car il y a une forte cohésion entre eux malgré le fait qu'elle soit plus âgée que lui. Elle dit :

38
بيغيني بزاف وكيقرا حاجة علا الام فالمدرسة بيكيكيسحق حاجة تاع قرايا لازم تم تم ميصبرش كيحي يشكي
علا حاجة ديما بالبكاوكنز عف منه يز عف حتى يولي بيكي ..

39
"تحسه بيالغ فتصرفاته بيزاغ صباح ينوض بكري ككونو راقدين يجي يرقد عند رجليا و يسلم عندهم
وكنتفرج فقناة تاع بلادنا مع باباه يقول انا في عالم ثاني و يدبر بيديه كما روبايات يتفرج عليهم بزاف"

« Il s'entend beaucoup avec sa grande sœur, et quand elle est absente, il n'est pas en forme »⁴⁰

« F » fait toujours de son mieux pour résoudre les problèmes entre ses parents. Il déteste les moments de disputes et cela le stresse énormément. Malgré son âge, il a une certaine sagesse et sait comment mettre fin aux conflits et apaiser l'atmosphère entre eux. Confie sa mère : « Quand il nous entend crier, il nous en dit assez, arrêter de crier, et il essaie de trouver comment nous réconcilier tous les deux »⁴¹

Lors de l'entretien, une différence a été observée entre les réponses de « F » et celles de sa mère. « F » cherche à mettre en avant une vie favorable et parfaite, ainsi que ses bonnes relations avec ses amis, comme il l'a mentionné : « Ils n'y a pas de problèmes, ils ne disputent pas, il n'y a pas de bonne relations dans laquelle il n'y a pas des ragots, mes amis sont fidèles et certains sont mauvais »⁴²

Selon lui, la violence peut être bénéfique dans certaines formes d'éducation pour aider les enfants à distinguer entre le bien et le mal, comme il l'a exprimé : « Les coups sont pour le bien des enfants, pas pour leur faire du mal »⁴³

Il aime beaucoup son père malgré de son comportement violent vers sa mère car par ses efforts elle n'a pas laissé une distance entre lui et ses enfants elle explique le plus souvent que ya pas d'une vie parfaite tous le temps chaque famille dans la société vécu ce genre d'événements. Et même lui il défend sur son père qu'il n'est pas mauvais, c'est lui qui me conseille sur les bonnes choses et les bonnes destinations dans ma vie et il ne fait pas la différence entre moi et mes frères il

40

يتفاهم بزاف مع خته الكبيرة و كتغيب عليه ميكونش مليح

41

كبسمعنا نعطو بقولنا خلاص حبسو من لعياط ويحاول كيفاه يصلحنا في زوج

⁴² "oulach aghbel ur tnaghen ara "

لا يتشاجر انلا يوجد علاقة جيدة لا يوجد فيها نميمة "أصدقائي اوفياء و هناك البعض سيء"

43

"الضرب من أجل مصلحة الاطفال ليس لما يضرهم"

nous achète les mêmes articles il est juste avec nous il a dit :« Mon père ne me frappe pas, il me donne des conseils de hadith, c'est lui qui me guide et s'ajuste entre moi et mes frères s'ils nous s'achètent tous la même chose »⁴⁴

Il éprouve des problèmes de sommeil, comme l'a souligné sa mère lors de l'entretien. Elle mentionne qu'il regard en secret des films et des dessins animés effrayants lorsqu'elle part travailler, avec des monstres et des rebots. Cela lui cause des cauchemars et des mauvais rêves, ce qui le rend anxieux et perturbe son sommeil. Sa mère décrit également qu'il fait des gestes étranges, bougeant ses mains comme un robot. Elle pense que cela est dû à son addiction à ce type de films, « Il a des problèmes du sommeil, rêve de choses et de monstres, et je leur laisse l'internet quand je vais au travail pour qu'ils étudient avec eux, mais il regarde secrètement de sa sœur des robots effrayants, donc il ne dort pas bien »⁴⁵

D'après les propos de sa mère lors de l'entretien, on peut constater que « F » est un enfant extrêmement intelligent. Il essaie de dissimuler les véritables difficultés qu'il rencontre à la maison de manière sage, comme s'il était un adulte. Sur le plan scolaire, il ne rencontre pas d'obstacles et se montre dynamique. Cependant, nos observations mettent en évidence qu'il éprouve du stress, bouge légèrement et rencontre des difficultés d'endormissement en raison de la situation familiale.

Présentation et analyse des résultats de questionnaire sur événements de vie (ESPT) :

Tableau N° 07 : représente les résultats de l'échelle CPTS-RI pour le cas "F"

Cas	Score total	Le degré de la gravité	Interprétation
F	33	25-39	Modérée

44

“أبي لا يضربني يقول لي حديث نصوح هو الذي يرشدني”

و يعدل بيني و بين إخوتي إذا اشترا لنا كلنا نفس شيء”

45

“عنده مشاكل فالرقاد ينوم حوايج وحوش نخليهم انترنت كنخدم حتى يقرأو عليها و يتفرج بتخباية علا ختو يتفرج روبات يخلعو علابيها مينامش مليح”

Le score obtenu sur l'échelle CPTS-RI est de 33 points, ce qui indique un degré modéré de symptômes. « F » présente des signes de reviviscence lorsqu'il se remémore les épisodes de la violence, en particulier les conflits entre ses parents. Il se préoccupe de son avenir et de ses études, cherchant des moyens de réussir à changer le climat familial (items 3, 4, 8, 16, 17). Il essaie de surmonter leur situation et d'éviter les mauvais souvenirs. Le deuxième symptôme concerne l'anxiété et la peur face aux nouvelles situations, ainsi que la culpabilité de ne pas avoir respecté les consignes de sa mère (items 6, 13, 19). Le troisième facteur concerne les altérations cognitives telles que les cauchemars, qui peuvent être attribués aux contenus effrayants auxquels il est exposé, selon les propos de sa mère lors de l'entretien, ainsi que les problèmes de sommeil (items 5, 7, 10, 15). Il apparaît que « F » n'a pas été complètement sincère dans ses réponses, cherchant à dissimuler, son stress et considérant la violence comme un phénomène banal, un problème simple qui existe tous les sociétés.

Présentation et analyse des résultats de l'échelle RCMAS :

Tableau N° 08 : représente les résultats de l'échelle RCMAS pour le cas "F"

Cas : F	Note brute	Note standard	Norme	Interprétation
Anxiété globale	18	63	50	Elevé
Anxiété physiologique	05	12	10	Elevé
Inquiétude/hypersensibilité	06	12	10	Elevé
Préoccupation sociales/concentration	03	12	10	Elevé
Mensonge	04	11	13	Moins Elevé

Les résultats de l'échelle RCMAS révèlent un score standard de 11 pour la sous-échelle du mensonge et un score global d'anxiété de 63. Ses scores pour les trois sous-échelles sont les suivants : 12 pour l'anxiété physiologique, 12 pour l'inquiétude/hypersensibilité, et 12 pour les préoccupations sociales/concentration. « F » semble essayer de dissimuler la réalité de sa vie, ce qui peut être considéré comme un comportement extrême. Il a tenté de présenter la relation conjugale de ses parents de manière parfaite et de faire croire que l'environnement familial est favorable, sans ressentir d'inquiétude ou de peur. Mais les résultats de l'échelle R-CMAS révèle une anxiété sévère.

Synthèse de cas :

Il est important de souligner que la violence conjugale vécue par Zhor n'est pas uniquement liée à sa relation avec son mari, mais elle est principalement causée par l'interférence de la famille de son mari, notamment sa belle-mère et ses sœurs. Les scènes de violence ont commencé peu de temps après leur mariage précisément pendant sa grossesse avec son fils « F ». Cette violence se manifeste à la fois verbalement et physiquement, et elle persiste même en raison de difficultés économiques.

Il a été constaté que le fils « F » fait des efforts pour équilibrer la relation entre ses parents et trouve des solutions à chaque conflit. Lors de l'entretien, il est apparu que les réponses de la mère et du fils différaient, chacun racontant sa propre expérience face à cette problématique. On a observé une certaine ambivalence car le fils dissimulait la réalité du climat familial, répondant de manière intelligente en considérant que toutes les familles traversent des situations difficiles dans la vie et en minimisant l'importance de la situation. Il essayait de donner un sentiment de normalité et d'apprécier leur vie. Parmi les répercussions de la violence conjugale sur F, on retrouve la peur de la mort et de perdre sa mère, un attachement excessif, des problèmes de sommeil, des cauchemars, des émotions exacerbées, de la nervosité, des pleurs faciles, des pensées illogiques et des gestes étranges.

Présentation de 4^{ème} cas :

Présentation et analyse des données de l'entretien avec la mère :

Zebida âgée de 35 ans, est une mère au foyer pour deux enfants, qui n'a jamais eu l'occasion de poursuivre des études. Elle est mariée depuis 2011, dans le respect des traditions, à un homme de 40 ans qui a un niveau d'instruction correspondant à la 5^{ème} année primaire. Son mari travaille en tant que maçon.

Lors de l'entretien, Zebida a exprimé une certaine complexité lorsqu'il s'agissait d'aborder le sujet de la violence. Au début, elle évitait de parler de son mari, car elle était frustrée par les événements répétitifs auxquels elle était confrontée, elle ressentait comme si elle était enfermée dans une cage, ce qui rendait difficile pour elle d'en parler.

Les causes de la violence conjugale :

Le comportement de son mari a commencé à changer dès les premiers jours de leurs mariage, avec des disputes fréquentes chaque fois qu'ils étaient en

désaccord sur différents sujets. Son conjoint est une personne qui consomme de l'alcool et fume régulièrement. Il ne se montre pas responsable en tant que mari ni en tant que père pour leurs enfants, comme elle l'a exprimé lors de l'entretien : « ça ne m'intéresse pas, ça existe comme si ça n'existait pas »⁴⁶. Elle mène une vie isolée, n'ayant pas d'amies avec qui elle peut partager ses émotions. Elle garde tout en elle, sans pouvoir s'ouvrir à quelqu'un. Même au sein de sa famille, elle ne trouve pas de soutien, comme elle l'a mentionné : « normal, je ne veux pas ajouter à mes soucis, je ne le dis à personne »⁴⁷.

Elle évite de donner trop de détails sur les scènes de violence, car cela la traumatise vraiment. Son mari la frappe avec n'importe quel objet et l'insulte constamment elle le décrit avec ses propres mots : « Il n'y a aucune raison, ça frappe par tous les moyens »⁴⁸. Pendant sa grossesse, son mari a fait preuve d'agressivité envers elle. Elle a porté plainte contre lui, mais malheureusement cela n'a abouti à aucun résultat et il n'a jamais changé, « Je me suis plaint de lui mais la même chose »⁴⁹.

Elle ressentait au profond désespoir et une dépression mentale. Elle essayait d'éviter de s'étendre sur les événements et ne s'investissait pas pleinement dans la conversation. Ces réponses suggèrent même qu'elle a déjà envisagé de se suicider, elle dit : « oui plusieurs je tombe malade les jours »⁵⁰. Les enfants ont été directement exposés à la violence et leur réaction consiste simplement à observer en silence, « oui parfois ils sont présents, je ne le laisse pas les frapper, oui il leur crie dessus, ils ne regardent qu'avec les yeux »⁵¹.

Son comportement envers ses enfants est également violent et il n'y a pas de communication entre eux. Il ne les soutient pas du tout, ce qui les préoccupe beaucoup, « Ils ne parlent pas à leur père, je ne vis que pour le bien de mes

⁴⁶ "ustuqi3ara lme3na yella amaken ulachith"

⁴⁷ "normal rnighasend kan aghebliw uthekugh ihed"

⁴⁸ "wlach seba, ikath skoulach"

⁴⁹ "Chekthagh felas kifkifit"

⁵⁰ "Oui plusieurs fois, helkagh kollas"

⁵¹ "Oui hedren tikwal uttajaghara ahniweth, oui it3ayid fellasen nuhni dawali kan swalen"

enfants »⁵². Elle dit que ses enfants sont obligés de s'habituer sur cette vie ils n'ont pas le choix pour la changer, « la situation les oblige à surmonter cette chose »⁵³.

Nous avons observé que cette mère est profondément perturbée par la façon dont elle répond, mais malheureusement, elle se sent impuissante. Elle a accepté la violence dans l'intérêt de l'avenir de ses enfants, mais cela continuera de manière stressante, ayant un impact négatif sur leur bien-être psychologique.

La présentation de cas de l'enfant :

« T » est un enfant de 10 ans qui fréquente la 5^{ème} année primaire. Il a une petite sœur. Parmi ses caractéristiques personnelles, on remarque qu'il est souvent triste et souffre de stress excessif. Il aime beaucoup de parler, en particulier pour raconter à sa mère toutes les tâches qu'il a accomplies dans sa journée. Il peut être un peu rigide dans sa façon de penser et a du mal à pardonner. En ce qui concerne son autonomie, il dépend en grande partie de ses parents pour les activités, selon sa mère : « il dépend de ses études »⁵⁴.

Depuis le début de l'entretien, on remarque que « T » est très agité sur sa chaise et montre des signes de stress évidents. Il se ronge les ongles et affiche une tristesse perceptible lorsqu'il parle de sa situation familiale. Il a partagé avec nous ses sentiments à ce sujet, « juste inquiétant »⁵⁵, « Je dis juste à ma mère, je lui dis que je n'aime pas ma vie, je ne l'aime pas »⁵⁶. Il ressent un profond dégoût à l'égard des disputes récurrentes entre ses parents. Il a clairement exprimé son aversion envers son père en raison de ses mauvais comportements tels que sa consommation excessive de tabac, son manquement au jeûne du Ramadan et à la prière. Ses propres mots témoignent de cette désapprobation, il dit : « quelqu'un qui est ivre, ne prie pas, il fume, ne jeûne pas, je n'aime pas ça »⁵⁷.

Il entretient une relation difficile avec son père, qui se comporte de manière agressive envers lui. C'est pourquoi il préfère sa mère et est fortement attaché à

⁵² " Khati ohedernara d babathsen, tt3ichegh kan 3lajal warawiw "

⁵³ " ihetmithen lhal adghelben anechtani "

⁵⁴ " Itkalay gleQraya "

⁵⁵ " D'aqlaq kan "

⁵⁶ "Iyema kan ihekugh qarghas tam3ichtiw ur ythe3jibara, ur yde3jibara lhal"

⁵⁷ " Dasekran ur yetzalara, itkeyif, ur itzumara, ur dye3jibara lhal "

elle, il dit comme suit : « je ne parle juste à ma mère »⁵⁸« je ne l'aime pas »⁵⁹. Il ressent que son père traite différemment sa petite sœur par rapport à lui, c'est ce qu'il a exprimé : « il ne m'aime pas du tout, il donne de l'argent à ma sœur et moi non, et il lui donne le téléphone et moi non »⁶⁰. Lorsqu'il aborde les questions relatives à l'amour parental, il détourne le regard vers la table et des larmes se forment dans ses yeux. Il dit qu'il déteste vraiment les parents qui utilise le viol avec leurs enfants, « je n'aime pas les parents qui frappent leurs enfants »⁶¹.

Cet enfant ne présente pas des problèmes chroniques ou psychiques mais il rencontre des difficultés pour s'endormir. Il a tendance à trop réfléchir à sa vie et se rappelle des images des scènes traumatisantes, ce qui affecte sa capacité de concentration en classe. Sa mère a également mentionné ses problèmes de sommeil lors de l'entretien « il ne dort pas tôt, se contente de penser et même de s'inquiéter »⁶².

D'après nos observation la mère et son enfant « T » présentent tous les deux une attitude face à la violence conjugale. Pendant l'entretien, nous avons constaté un niveau de stress élevé chez eux et une grande inquiétude lorsqu'il s'agit d'aborder et de discuter de leur situation familiale.

Présentation et analyse des résultats de questionnaire sur événements de vie (ESPT) :

Tableau N° 09 : représente les résultats de l'échelle CPTS-RI pour le cas "T"

Cas	Score total	Degré de la gravité	Interprétation
T	41	40-59	Grave

Selon les résultats de l'échelle CPTS-RI, « T » présente un score de 4, indiquant un niveau élevé de stress. Il exprime son malaise face aux conflits récurrents entre ses parents en détectant des signes de reviviscence, tels que les comportements violents de son père envers lui et sa mère. Il présente également des symptômes

⁵⁸ « Hedragh d yemma kan »

⁵⁹ « Ur tehmlghara »

⁶⁰ « Ur yehmlara awk asifk idirimen iwletma nekki khati, itakas téléphone nekki khati »

⁶¹ « Ur hmelghara imawlan iykathen deryasen »

⁶² Ides uriganara zik itkhemim kan arnu itqaliq »

d'émoussement des capacités de réaction, d'évitement des conflits avec son père, d'inquiétude face aux nouvelles situations, de solitude et de déplaisir (items 1, 2, 3, 8, 16). Le deuxième facteur concerne les symptômes d'anxiété, tels que l'inquiétude constante, un niveau élevé de stress et des maux de tête ainsi que des douleurs musculaires (item 19). Enfin, le troisième facteur se rapporte aux altérations cognitives, notamment les cauchemars, les problèmes de sommeil, le suçage de pouce et le rongement des ongles, le manque d'attention et de concentration (items 5, 7, 10, 12, 15, 18).

Présentation et analyse des résultats de l'échelle RCMAS :

Tableau N° 10 : représente les résultats de l'échelle RCMAS pour le cas "T"

Cas : T	Note brute	Note standard	Norme	Interprétation
Anxiété globale	15	59	50	Elevé
Anxiété physiologique	04	11	10	Elevé
Inquiétude/hypersensibilité	05	11	10	Elevé
Préoccupation sociales/concentration	02	11	10	Elevé
Mensonge	03	10	13	Moins Elevé

Les résultats de l'échelle RCMAS révèlent un score standard de 10 pour la sous-échelle du mensonge et un score total d'anxiété de 59. Ses scores standard pour les sous-échelles sont de 11 pour l'anxiété physiologique, 11 pour l'inquiétude/hypersensibilité et 11 pour les préoccupations sociales/concentration.

Le score le plus élevé est celui de l'anxiété, car il exprime des craintes qui se manifestent pendant l'évaluation, notamment des mouvements excessifs, un manque de concentration, un rejet social particulièrement de la part de son père, de la fatigue et des problèmes de sommeil.

Synthèse de cas :

D'après les informations recueillies lors de l'entretien avec cette femme, il est évident qu'elle se sent profondément déprimée par sa situation. Elle ressent une grande dévalorisation car son mari est absent en tant que partenaire et en tant que

père, leur relation conjugale est insignifiante, presque inexistante. Ils vivent une relation formelle, dépourvue de véritable connexion émotionnelle.

Malgré son instabilité psychique, la mère fait toujours de son mieux pour offrir chaleur et encouragement à ses enfants afin de surmonter ces difficultés et de trouver des moyens sains de s'adapter à la vie, tout en les éduquant malgré les traumatismes qu'ils ont vécus.

D'après l'analyse de l'entretien, échelle de RCMAS et échelle CPTS-RI nous avons constaté chez « T » : niveau de l'anxiété élevé et excessif (note globale 59 dans l'échelle de RCMAS), des symptômes de stress post-traumatique élevé (le score de 41 CPTS-RI), une agitation excessive, des difficultés de concentration à l'école, des problèmes d'endormissement et un manque de tendresse de la part de son père.

Présentation de 5^{ème} cas :

Présentation et analyse des données de l'entretien avec la mère :

Latifa est une femme de 40 ans qui n'a jamais eu d'éducation formelle. Elle est mère de quatre enfants et se consacre à son foyer. Elle est mariée depuis 2008 dans le cadre d'une union traditionnelle. Son mari âgé de 39 ans, a étudié jusqu'à la quatrième année du niveau moyen et travaillait dans le domaine du plâtre. Cependant, il a développé des problèmes de santé mentale qui l'ont contraint à casser son emploi.

Lors de l'entretien, Latifa décrit sa vie avec une personne qui semble vouloir mettre fin à sa vie. Elle a subi différentes formes de violence, mais elle ne peut en parler à personne par crainte des conséquences. Elle est préoccupée par ses enfants, car leur situation est très dangereuse et elle craint pour leur bien-être.

Les causes de la violence conjugale :

Depuis le début de l'entretien, Latifa partage avec nous des événements très sérieux et émouvants. Elle exprime ses préoccupations constantes pour son mari en répétant une phrase : « il va me tuer, il va me tuer, si je suis en retard »⁶³, mais nous avons tenté de calmer Latifa afin de gérer son angoisse et de la persuader de répondre à nos questions. Elle exprime sa conviction que le comportement de son mari a changé depuis les premiers mois de leur mariage et qu'il lui a caché qu'il

⁶³ " Ayinegh ayinegh lukan ad3etlagh "

souffre d'une maladie mentale. Même sa famille et celle de son conjoint n'ont jamais discuté de son état actuel. Actuellement, il refuse de se considérer comme une personne anormale et de prendre des médicaments psychiatriques. Il a déjà été hospitalisé pendant deux mois et a même tenté de se suicider en se blessant à la main. Elle nous a fait part de ces informations de manière directe « depuis que je suis allé comme une mariée jusqu'à ce que le mois n'arrive pas, il a complètement changé, il est allé auparavant chez le médecin, mais ne boit pas de médicaments, dit que je ne suis pas malade, il est resté dans un hôpital psychiatrique pendant deux mois, une fois qu'il s'est coupé les mains »⁶⁴

Le conjoint de Latifa présente des comportements problématiques tels que l'alcoolisme, la consommation de drogues et le tabagisme. Il ne cherche que ses propres intérêts et est même infidèle à sa femme, ayant des relations avec plusieurs femmes devant ses yeux. Latifa a découvert ces infidélités en vérifiant le téléphone de son conjoint. Cette situation a fait disparaître sa valeur en tant que femme et elle ne se sent pas réellement mariée, car il n'y a aucune communication entre eux en tant que couple marié. Cette situation a également eu un impact sur leur fils aîné, qui est tombé malade selon les dires de Latifa : « Il s'est changé contre moi, m'a trompé avec des filles et mes yeux ont tout vu, ma vie n'est pas clair avec lui, je sens que je ne suis pas là avec lui, je lui parle ne répond pas, aux autres il leur parle normalement, mon fils sait tout ce qu'il a vu sur le téléphone de son père qu'il parlait à d'autres femmes et puis il est tombé malade »⁶⁵.

Les raisons des disputes entre eux restent floues, car à la maison, son conjoint se comporte de manière agressive, tandis qu'à l'extérieur avec les autres, il se comporte normalement, ce qui crée une contradiction. Il crie constamment sur Latifa et casse des objets. En ce qui concerne la consommation, il vole son argent et a même vendu ses bijoux. Il utilise divers objets tels qu'un manche à balai ou une tringle de rideau pour la frapper, selon ce qu'elle raconte : « il n'y a aucune raison de se quereller, il ne fait que causer des ennuis, casse des choses, sans raison il me bat, il frappe avec un manche à balai et une tringle à rideau, mon fils est le

⁶⁴Seg mi digh tislith même pas chher inbedal, iruh yakan a tbib mais uritesara dwa adiqar uhlikghara, iqim yakan g wad 3issi chehrayen, yiweth tikelt igzem ifesnis ..

⁶⁵Inbedal felli ikhed3ayi s teqchichin akken hedrent walwniw, utvanara lhayatiw yides shusayegh amaken ulachiyi yides ashedragh uyditerara tiyad iheder didsent normal, mis izra kolach ittwali seg téléphone n babas ihedder ak tiyad après yehalkiyi ..

seul qui me protège de lui il a vendu tout mon or, il me prend mon argent même mes enfants il leur prend »⁶⁶. En plus de cela, il lui inflige également des brûlures, ce qui la pousse à cacher ses cicatrices sous son foulard. Lorsqu'elle tente de s'échapper ou de se défendre, il lui interdit même de parler à ses parents au téléphone, « Il enlève mes vêtements pour que je ne m'enfui pas »⁶⁷, Latifa fait face aussi à une forme de violence administrative, où elle n'a pas la liberté d'utiliser ses propres documents personnels, tels que sa carte d'identité. Son conjoint lui interdit de sortir, même pour travailler et subvenir aux besoins de ses enfants, ce qu'elle souhaite faire, « Il me prend mes papiers, il ne me laisse pas travailler, il m'empêche de sortir ».⁶⁸ Malheureusement, même pendant les rapports sexuels, Latifa subit des violences. Son conjoint la force, même si elle n'en a pas envie. .

Pendant ses grossesses, Latifa a malheureusement subi des violences physiques. Elle a raconté une situation où elle se trouvait dans une situation d'urgence et a même dû accoucher dans la voiture de son père. Malgré ces circonstances critiques, son conjoint n'a pas réagi pour lui apporter de l'aide ou lui apporter un soutien, « Une fois, il était temps pour moi d'accoucher, alors il m'a attrapé par les cheveux et a brûlé toute la maison jusqu'à ce qu'il veuille me brûler, mais je lui échappe avec difficulté et il m'a pris mes papiers, et ne voulait pas me les donner, même une fois que je suis accouché mon fils deuxième dans la voiture de mon père, il m'a emmené à l'hôpital, même l'administration a refusé d'inscrire mes enfants à l'hôpital, leur acte de naissance, pensant que je ne suis pas mariée et mes enfants sont illégitimes jusqu'à ce que mon père se réfugie dans l'espace et prouve que j'étais mariée jusqu'à ce que mon mari vienne, quand ils ont entendu ses sœurs, me demander pardon, alors ils m'ont renvoyée vers lui »⁶⁹.

⁶⁶ " Wlach sseba, fimenghi, sghures itsebib, itrozo lehwayej bla seba ikathiyi, ikath selmoch nubali, wina n rido dms kan iyethodon, izenzayi ak dehbiw, iteksiyi idrimeniw même darrawiw iteksasen"

⁶⁷ "Iteksiysi ichatidniw aken orgelghara" "

⁶⁸ " Itaksiyi lekwaghtiw, uyittajara adxedemagh, ittgamiyi tufgha"

⁶⁹ " Yiweth tikelt aken adarwagh itfiyi seg ucheku3 isragh ak akham ibgha ayiisragh ami sterwal stamara, iksiysi lekwaghtiw igama yihendik atikelt mi durwagh ami wis sin urughtid g tonobil d baba iywezlan feli gesbitar gumin admarkin derya ni nwanas uzwiighar derya ni glehram ami yuzel baba gchre3 ipruvid jewjagh arnu iwsad netta mi slan istmas itleb smah après raniyi ghures"

Cependant, son conjoint n'a jamais changé son comportement envers elle. Il continue de l'insulter et les tentatives de soins psychiatriques n'ont pas réussi. Son médecin lui a expliqué que tant qu'il ne met pas fin à sa consommation, il n'y aura aucune amélioration de son état mental. Elle a même déposé une plainte contre lui, mais ses principales inquiétudes se portent sur ses enfants, ce qu'il l'a amenée à prendre des mesures de protection en retirant la plainte, « je suis allé chez son médecin, il a dit qu'il prenait délibérément de la drogue, je ne me suis plaint de lui qu'une seule fois, j'ai peur pour mes enfants qu'il les tue »⁷⁰.

Cette femme est profondément préoccupée par la difficulté de parler à quelqu'un et de prendre des décisions pour changer leur situation. La situation est extrêmement compliquée pour elle. Elle en est arrivée à tenté le suicide et jusqu'à ce jour, cette idée persiste dans son esprit, « J'ai essayé de me suicider et jusqu'à maintenant, je suis toujours »⁷¹, la situation perturbante dans laquelle elle se trouve affecte également son rôle d'éducation envers ses enfants. Elle vit dans une grande terreur, et les signes de dépression sont visibles sur sa santé mentale, « je suis tombé malade dans ma psyché, je suis fatigué, j'ai peur »⁷².

Présentation dans le cas de l'enfant :

«X » est une jeune fille âgée de 11 ans, qui est actuellement en 3^{ème} année scolaire. Elle a trois frères. Ses caractéristiques personnelles sont sources de stress, car elle se plaint fréquemment de tout, est perturbée et manque d'organisation. Elle est tolérante, mais triste en permanence et constamment dans la peur. Elle exprime une véritable inquiétude pour sa propre vie, « nous ne vivons pas toujours comme les gens »⁷³, lorsqu'elle essaie d'exprimer ses sentiments, elle se sent réellement perturbée. Elle se bloque et dit qu'elle ne sait pas quoi dire ni quoi faire, se sentant impuissante, « que puis-je faire ? Je n'ai su rien dessus »⁷⁴, Pendant l'entretien, elle éprouve des difficultés à se concentrer sur le sujet ou le contexte de la question. Elle s'éloigne complètement du sujet principal et raconte d'autres

⁷⁰ " Truhegh ar tbibis inayaghed it3amid isett la drogue, chekthagh tikelt kan, tagadagh farrawiw ahinagh "

⁷¹ " Seyagh adenghagh imaniw arthura mazal "

⁷² " Tehlak tnefsitiw, 3eyigh, tagadagh "

⁷³ " Toujours nekkni net3ichara am medden "

⁷⁴ " Achu zemragh adxedmagh neki kra "

événements qui pourraient être liés à son environnement familial. Elle exprime sa tristesse concernant le comportement de son père envers sa mère et se pose des questions sur les raisons qui le motivent, « Quand tu lui parles d'achats ou de nous, il casse tout, parfois il la frappe, parfois il lui parle et lui dit ne me parle pas »⁷⁵.

Elle sent de manque d'amour de la part de son père elle a remarqué qu'il fait la déférence entre ses frères, elle dit : « je me sens triste, il déverse les choses, quand je lui parle, il me frappe, il me dit tais-toi »⁷⁶, « Parfois ça fait une différence entre moi et mes frères, il n'achète que pour mes frères »⁷⁷.

Elle ressent une profonde solitude et un manque de soutien. Elle se confie à une amie proche, une fille, qu'elle estime beaucoup. Elle a le sentiment que cette amie la comprend mieux que sa propre famille, « je n'ai qu'une amie, je lui dis que dans la classe quand la prof sort, je lui dis comme si c'était ma sœur, elle me comprend et je la comprend, quand je lui dis qu'elle pleure dehors aussi, c'est la seule que j'ai quand quelque chose m'arrive à l'extérieur, je ne le dis qu'à ma mère »⁷⁸.

La psychologue confirme également les comportements de cette fille, notant qu'au début, avant la prise en charge, elle était très dispersée et ne semblait pas connaître les bases des comportements liés à l'enfant, tels que l'hygiène personnelle, l'organisation de ses affaires, ses cheveux, et comment s'habiller. Cependant, après la prise en charge, il y a eu une légère amélioration. Elle commence à s'intéresser davantage à ces aspects et à les prendre en compte

Elle éprouve une grande peur du sang en raison d'une expérience traumatisante qu'elle a vécue. Même pendant son sommeil, les souvenirs reviennent la hanter, ce qui provoque automatiquement une réaction de traumatisme. Elle rencontre des difficultés pour dormir en conséquence. Elle a raconté cette situation avec ses propres mots, exprimant ainsi son vécu personnel, « Une fois, je suis allé avec

⁷⁵ · Ma stahdar kan felqedyan nigh felanagh ixebet lqech itruzu, ikathit tikwal, tikwal itla3it iqaras ur yedetla3ara"

⁷⁶ · Shusayegh slehzen, itwezi3 lehwayej, asma ashedragh, ikathiyid, iqariyid bele3"

⁷⁷ · Tikwal i3edal firaq itaghed iwayethma kan"

⁷⁸ · S3igh yiweth n temdakelt iw hekughas g la classe asma adifagh chikh, hekughas am weltma tfehmiyi fehmagth ma sehkuhgh tetteru, deg bera daghen, hacha netath is3igh mayedru haja gbera hekughast iyema"

mon père au marché pour acheter des légumes, quand nous sommes arrivés aux tomates, j'ai vu un homme blessé au cou, et une autre personne l'attrapait avec un gros couteau, depuis ce jour, j'ai peur du sang, quand je m'endors, je me souviens seulement et j'ai peur, je raconte à ma mère elle me dit il n'y a rien »⁷⁹. Jusqu'à présent, cette fille n'a pas réussi à surmonter cette expérience. Elle n'a arrive pas à l'oublier et cela continue de la hanter. Sa mère a également confirmé cela lors de l'entretien, en nous partageant cette information, « Ma fille elle me protège du sang quand elle les voit, elle ferme ses oreilles, même les cris qu'elle ne supporte pas d'entendre »⁸⁰.

Pendant tous l'entretien souffre de manque concentration même elle a été déçu et choqué de la trahison de son père pour sa mère même la façon comment se comporter avec elle, elle dit : « Il parle avec les femmes sur le Messenger, j'étais triste, et quand mon oncle est venu de France, il a refusé de me donner des bonbons et les a mangés seul »⁸¹, dans le but d'oublier ses problèmes et d'arrêter de penser pendant la nuit, elle se met à frapper sa tête contre le mur. Cela devient un moyen de soulagement pour elle, bien que ce comportement soit préoccupant et potentiellement dangereux pour sa santé, « Pour oublier ce qu'il y a dans mon cœur, je secoue ma tête et la frappe contre le mur »⁸². Elle parle à voix basse par crainte que sa mère puisse l'entendre. Elle souffre également d'intimidation à l'école et pense que personne à la maison ne peut la défendre. Elle s'est habituée à cette situation, en partie à cause de son père, qui a du mal à la comprendre et à la soutenir, « Je ne lui ai pas parlé de cette chose parce qu'il n'a pas de l'esprit il va me frapper »⁸³, et sa mère elle frappe a cause de l'énurésie, « elle me frappe quand je mouille le lit »⁸⁴.

⁷⁹ "Yiweth n tikelt digh d baba asuq iwaken adiqto lkhedra asmi nelhaq adnagh amitoch i3edad yiwane wergaz ijrah greqbas, arnu iteb3ithid wayet slmus gasseni tagadegh idamen même asma adruhagh adynagh admekthigh kan adkhel3agh wasehukugh iyema wayteqar barka olach omadekra"

⁸⁰ " Taqchichtiw tahdarayi gdamen ahentzar kan teqfal imezughnis même gle3yat thamalara atsel"

⁸¹ " Ihedder delkhalath g messenger, heznagh aknni yussad 3ami g franca iguma aydik lehlawath ichant uhdes"

⁸² " Ayen iyellan guliw iwaken adetugh nigh lhaja thuzugh aqroyiw kathegth g lhit"

⁸³ "Usnighara fwanchtani parceque yes3ara le3qal ayiweth"

⁸⁴ Tekathiyi 3lajal waman n tassa "

« X » ressent profondément la solitude et l'absence de ses parents à ses côtés elle préfère jouer avec les garçons car elle ne comprend pas les limites habituelles imposées aux filles. En raison, d'un manque dans son éducation, le rôle maternel est insuffisant et elle a constamment peur de la mort. Cette situation nécessite une attention urgente et une intervention maximale pour garantir sa sécurité et son bien-être. Présentation et analyse des résultats de questionnaire sur événements de vie (ESPT) :

Tableau N° 11 : représente les résultats de l'échelle CPTS-RI pour le cas "X"

Cas	Score total	Le degré de la gravité	Interprétation
X	55	40-59	Grave

Selon l'échelle CPTS-RI (Cheklist of resources for Psychological Support-Réfugiés et Immigrés), X a obtenu un score de 55 points, ce qui indique un degré élevé de gravité. Ce score reflète son point de vue sur les événements traumatiques auxquels elle a été confrontée, tels que les maladies de son père liées à des problèmes psychiatriques, la séparation, les bagarres et son inquiétude face au sang qu'elle ne supporte pas de voir.

X souffre de reviviscence fréquente, où elle est constamment aux prises avec des souvenirs traumatisants de violences passées, tels que des bagarres et des scènes qu'elle a observées et qui restent gravées dans sa mémoire. Elle ressent une dévalorisation de soi, de la solitude et de l'inquiétude quant à ses propres sentiments. Elle éprouve de la nervosité et un émoussement des capacités de réaction, ainsi que des comportements d'évitement (correspondant aux items 1, 2, 3, 4, 8, 9, 16, 17).

Un deuxième facteur identifié est la présence de peurs et d'anxiété secondaires, notamment, la peur d'aller à l'école en raison de l'acte violent vécu par sa mère. Elle ressent un niveau élevé de stress et d'angoisse de manière constante. De plus, elle souffre d'infections récurrentes et de sensibilité dans la zone intime (correspondant aux items 6, 11, 13, 14, 19, 20).

Un troisième facteur concerne les problèmes cognitifs, tels qu'un manque de concentration, des problèmes de sommeil et des difficultés scolaires. Ces éléments démontrent les conséquences que la violence conjugale a eu sur sa vie quotidienne.

Présentation et analyse des résultats de l'échelle RCMAS :

Tableau N° 12 : représente les résultats de l'échelle RCMAS pour le cas "X"

Cas : X	Note brute	Note standard	Norme	Interprétation
Anxiété globale	28	80	50	Elevé
Anxiété physiologique	09	16	10	Elevé
Inquiétude/hypersensibilité	09	9	10	Elevé
Préoccupation sociales/concentration	04	13	10	Elevé
Mensonge	06	13	13	Elevé

Les résultats de l'échelle RCMAS indiquent une note de 13 pour l'échelle du mensonge et une note globale de l'anxiété de 80, ce qui est considéré comme pathologique. Il est important de noter que la fille «X » a caché certaines de ses peurs de peur que sa mère l'entende.

En ce qui concerne les sous-échelles, pour l'anxiété physiologique, elle a obtenu un score de 16. Pour l'inquiétude/hypersensibilité, elle a un score de 9. Pour les préoccupations sociales/concentration, elle a obtenu un score de 13. Ces résultats indiquant que cette fille présente des manifestations somatiques liées à l'anxiété, telles que la fatigue et des problèmes de sommeil. Elle souffre également de préoccupations obsessionnelles, notamment en ce qui concerne le sang, et elle a tendance à revivre le même souvenir traumatique de manière récurrente. Elle présente également des difficultés de concentration, des vagues de pensées mal définies et une isolation affective. Ces problèmes peuvent avoir un impact négatif sur son attention, sa concentration et ses performances scolaires.

Synthèse de cas :

D'après les analyses de l'entretien, l'échelle de CPTS-RI et l'échelle de RCMAS, il est clair que Latifa a été victime de diverses formes de violences conjugales, notamment des violences physiques, verbales, sexuelles, psychologiques, administratives, sociales et économiques. Ces actes violents ont laissé des séquelles psychotraumatiques qui l'empêchent de prendre des décisions pour améliorer sa vie, car elle met ses enfants en priorité.

Les signes les plus remarquables de ces traumatismes sont le désespoir, la dépression, le surinvestissement émotionnel envers ses enfants et leurs éducations, ainsi qu'un manque de conscience des traumatismes vécus par sa fille «X », notamment ses peurs comme sa phobie du sang. Il est essentiel de suivre une thérapie psychologique pour sauver sa fille, en particulier sur le plan scolaire. Les répercussions observables chez la fille « X » sont une peur exagérée, des crises d'angoisse, un traumatisme (CPTS-RI révèle un score de 55 points), une perturbation, un manque de sécurité et de concentration, une dépression, une dispersion, des problèmes de sommeil, la solitude, une phobie du sang, de l'énurésie et une perte d'appétit et une anxiété très élevée (note globale de l'anxiété de 80 sur RCMAS).

1.2 Discussions des hypothèses :

Tableau N° 13 : tableau récapitulatif des 5 cas dans l'échelle ESPT :

Cas	0-11 peu probable	12-24 légère	25-39 modérée	40-59 grave	60-80 très grave
W		24			
A				41	
F			33		
T				41	
X				55	

Tableau N° 14 : tableau récapitulatif des 5 cas dans l'échelle RCMAS :

Cas	Note brute					Note standard					Norme 50 /10/ 13	Interprétation
	01	02	03	04	05	01	02	03	04	05		
Anxiété globale	15	21	18	15	28	66	76	63	59	80	50	Elevé
Anxiété physiologique	05	05	05	04	09	13	13	12	11	16	10	Elevé
Inquiétude/ Hypersensibilité	05	06	06	05	09	12	13	12	11	09	10	Elevé
Préoccupations sociales/concentration	02	04	03	02	04	12	15	12	11	13	10	Elevé
Mensonge	02	06	04	03	06	09	13	11	10	13	13	Bas- moins Elevé- Elevé

Après avoir analysé les résultats recueillis nous discuterons dans ce qui suit nos hypothèses :

Discussion de première hypothèse partielle :

La première hypothèse est confirmée, ce qui suggère que les enfants victimes de violence conjugale présentent des symptômes de stress post-traumatique et d'anxiété. Les résultats de l'échelle RCMAS indiquent que les cinq cas de notre groupe de recherche éprouvent de l'anxiété, mais les cas A et X se démarquent avec des degrés d'anxiété très élevés (76 et 80). En ce qui concerne les symptômes de stress post-traumatique, les trois cas A, T et X affichent des degrés élevés sur l'échelle post-trauma, variant entre 41 et 55. En revanche, les deux autres cas présentent des symptômes modérés et légers, probablement en raison de la dissimulation de leurs véritables émotions et peurs. Les résultats sont en accord avec l'étude de Chénard 1994 (cité par Ayadi et Delladj-Sebaa, 2018), qui a souligné que les difficultés rencontrées par les enfants victimes de violence conjugale diffèrent selon l'âge de l'enfant, les plus rapportées sont l'anxiété, la dépression, les troubles des conduites et l'état de stress post-traumatique. En effet, l'impact de la violence conjugale dépend de la manière dont l'enfant a psychologiquement vécu cette violence, ainsi que des réactions de son entourage social et de ses ressources personnelles. Si les violences sont temporaires, l'enfant peut développer toute une gamme de symptômes somatiques tels que l'insomnie, les maux de tête, les nausées, les douleurs abdominales, etc. Dans les situations chroniques, des troubles psychopathologiques apparaissent tels que l'anxiété dépressive, les phobies, les rituels obsessionnels, les cauchemars, les peurs, le repli sur soi, etc. (Haesevoets, 2008)

La deuxième hypothèse partielle : est confirmée, selon laquelle les enfants victimes de violence conjugale qui adoptent une attitude de normalisation de la violence ont un vécu psychologique altéré. Bien que deux cas (W et F) tentent de démontrer que leur vie est normale et que les disputes entre leurs parents sont des problèmes quotidiens sans violence entre eux, les résultats des deux échelles montrent le contraire (le cas W il a dans l'échelle stress post-trauma 24 points et dans RCMAS 66 la note de l'anxiété globale, pour F il a eu 33 points pour le stress post-trauma et 63 points pour l'anxiété globale). Les trois cas les plus vulnérables dans leur vécu sont A, T et X ces enfants sont réellement affectés par ce

phénomène. Selon Karen Sadler (2010), considère que la violence comme un facteur de risque de la vie psychique de l'enfant victime ou exposé, elle spécifie sa position comme étant aussi un traumatisme que s'il était victime directe de violence.

On déduit à partir de la discussion de la première et la deuxième hypothèse partielle que l'hypothèse générale est confirmée.

En effet de l'analyse des données recueillies lors des entretiens cliniques avec les mères et leurs enfants (5 mères et 5 enfants), ainsi que de l'analyse des résultats des deux échelles (ESPT, RCMAS) appliquées sur ces 5 enfants, qui sont âgés de 10 à 12 ans, nous avons constaté que notre hypothèse générale est confirmée, selon laquelle le vécu psychologique des enfants victimes de violence conjugale est altéré, qui se traduit par les signes communs manifestes par nos 5 cas « W, A, F, T, X » tels que les difficultés de l'endormissement, la manque de concentration, les difficultés scolaires, les symptômes des troubles anxieux comme la dépression, l'attachement excessif à la mère, le rejet social par le père, le manque de sociabilité et les difficultés d'entretenir des relations avec les pairs.

On comprend que ce phénomène affecte le développement de l'enfant dans plusieurs sphères tels que le côté émotionnelle comme la colère, une méfiance vers les autres, sur le côté psychique l'apparition des troubles anxieux, dans le plan social : présenter des comportements agressifs envers les pairs, risques de victimisation dans le future veut dire que se retrouver dans les relations abusives à l'âge adulte.

Il est important aussi de noter que chaque enfants victimes ou exposés la violence réagit différemment en fonction des facteurs tels que son âge, son sexe, sa personnalité et le soutien dont il dispose dans son environnement.

La revue de la littérature souligne que ces victimes manifestent leur détresse de plusieurs façons et certains travaux scientifiques visent à prédire les variables de ce phénomène et ses effets sur la santé mentale des enfants.

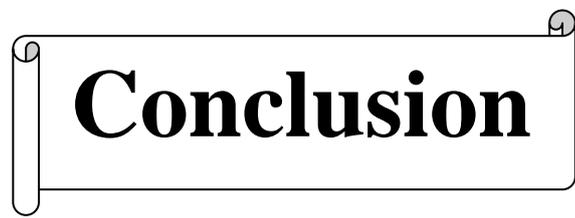
Selon Wolf et al (2003) indique que l'exposition à la violence conjugale est une forme de mauvais traitement psychologique qui se manifeste de plusieurs façons puisqu'elle a pour effet de terroriser, d'isoler les enfants, la socialisation se fera sur des formes inadaptées de relations interpersonnelles. Selon l'édition de 2012 de l'enquête sur la violence familiale dans le vie du Québec, la fréquence

d'exposition à la violence conjugale permet de confirmer que les enfants sont largement plus exposés à la violence verbale que psychologique ou physique. Au cours d'une année, cela arrive à environ un enfant sur cinq (19 %) d'être témoin ou d'avoir connaissance une ou deux fois que l'un de ses parents insulte, ridiculise ou humilie verbalement l'autre parent et à près d'un enfant sur 15 (6 %) de vivre ces situations à trois occasions au plus. Selon l'enquête réalisée par le centre de recherche en anthropologie sociale et culturelle (CRASC° (2006, cité par Sebaa Berrouyel, 2019) les conséquences des violences conjugales touchent plusieurs aspects, les femmes enquêtées révèlent que 49 % des enfants ont peur de leur père, 30,8 % se cachent ou s'enferment, 22,9 % rejettent leur père, 20,3 % sont violents avec leurs frères, 18,2 % agressif à l'extérieur du domicile.

Synthèse :

La violence conjugale se réfère à tout type de comportement violent, physique, sexuel, émotionnel ou économique, qui se produit au sein d'une relation intime. Les victimes de violence conjugale peuvent être des hommes ou des femmes, bien que la majorité des cas concernent les femmes.

Lorsque des enfants sont témoins de violences conjugales, ils subissent des répercussions profondes sur leur développement émotionnel, social, et psychologique. Les enfants sont souvent traumatisés par ces situations, car ils sont confrontés à des scènes de violence, à des cris, à des menaces et à des comportements destructeurs entre leurs parents. Ces expériences peuvent entraîner des troubles anxieux, de la dépression, des troubles du sommeil, des problèmes de comportement, un faible estime de soi et des difficultés relationnelles, ce qui altère la qualité de leur vécu psychologique.



Conclusion

Conclusion :

Notre étude s'est distinguée par sa capacité à décrire en détail l'expérience psychologique des enfants âgés de 10 à 12 ans victimes de violence conjugale. Nous avons cherché à démontrer les problèmes psychologiques auxquels ils sont confrontés en raison de leur vécu, ainsi que les effets de ce phénomène sur leur santé mentale.

Notre étude à révèlè que les actes violents entre conjoints affectent à la fois la mère et l'enfant, démontrant ainsi l'impact sur leur développement dès la période prénatale et persistant tout au long de leur exposition à cette violence. Il est clair que vivre dans un environnement de violence conjugale à la maison est extrêmement très nocif pour les enfants.

A la lumière de cette réalité, ce mémoire avait pour but de répondre à la question comment est le vécu psychologique des enfants victimes de violence conjugale ? Comment le vécu psychologique des enfants victimes de violence conjugale qui adoptent une attitude de normalisation de la violence ?, cette recherche avait comme objectifs de retracer les conséquences psychologiques et physiques de la violence conjugale sur les enfants exposés, et d'identifier leur vécu psychique selon la sévérité des symptômes anxieux et décrire les troubles évalués.

Avec l'assistance de la responsable de notre stage à l'association IkhoulafAkbou, nous avons formé notre groupe de recherche, composé de cinq enfants et leurs mères. Dans le cadre de notre étude, nous avons utilisés différents outils d'investigations. L'entretien clinique qui nous a permis de mieux comprendre la situation des mères et de leurs enfants. Ainsi que les souffrances qu'ils endurent en lien avec cette problématique. Nous avons également utilisé une échelle portant sur les événements de vie liés au trouble stress post-traumatique (ESPT) pour évaluer le degré de stress post-traumatique. En outre, nous avons utilisé l'échelle révisée de l'anxiété manifeste pour enfants (RCMAS) afin de mesurer l'intensité de leur anxiété. Cependant, il est important de préciser que cette échelle ne permet pas de diagnostiquer d'autres troubles anxieux.

Les résultats de notre étude ont confirmé les hypothèses avancées démontrant ainsi que le vécu psychologique des enfants victimes de la violence conjugale ont un vécu altéré qui manifestent par des symptômes d'anxiété, bien que certains cas normalisent les actes violents, les considèrent comme quelque chose de normal dans toute société humaine, les résultats des deux échelles

indiquent le contraire, révélant que ces enfants sont réellement traumatisés par leur vie familiale et que leur vécu psychologique est altéré.

Nous avons relevé de nombreux défis et limites lors de la réalisation de cette étude, notamment le manque d'études sur ce sujet spécifique. En effet, la plupart des travaux scientifiques se concentrent sur les femmes victimes de violence conjugale, alors que la victimisation des mères et de leurs enfants au sein de la violence conjugale est un aspect qui nécessite davantage d'attention. Les événements traumatisants et violents auxquels ils sont confrontés entraînent une mobilisation de leurs énergies, renforcent leur dépendance et leur sentiment d'impuissance. Malheureusement, en raison de ces circonstances, les enfants ont peu de chances de s'épanouir pleinement

Dans ce contexte, afin d'améliorer la vie des enfants victimes de la violence conjugale, il est crucial de leur permettre de révéler leur secret, d'exprimer leurs émotions et de recevoir un soutien adéquat. Ils ont besoin de se sentir accueillis et en sécurité, de ne pas être tenus responsable de la violence à laquelle ils sont exposés. Il est important de les rassurer et de les soutenir en envisageant des solutions avec eux. Ils doivent pouvoir vivre dans un climat familial exempt de violence.

Ce mémoire constitue une contribution importante à la recherche en psychologie sur la violence conjugale, en mettant l'accent sur les enfants victimes. Il comble un vide dans la littérature existante et offre des réflexions supplémentaires sur le sujet. Les résultats de cette étude sont pertinents pour les professionnels de différents domaines, tels que la santé mentale, les centres de la jeunesse, le système judiciaire et les travailleurs sociaux. En améliorant la compréhension et la sensibilisation de la population aux effets de la victimisation des membres de la famille, cette recherche permet d'aider les enfants à mieux gérer leurs souffrances.

Pour conclure notre étude, nous souhaitons proposer une perspective future en formulant des questions de réflexion tels que : comment la violence peut affecter le rendement scolaire des enfants ? Quels sont les stratégies pour prévenir la violence conjugale et ses conséquences sur l'enfant sur le plan scolaire ?

Nous espérons ainsi offrir aux étudiants une voie de réflexion et d'action pour aborder ces problématiques cruciales.



La liste bibliographique

- Arseneau, L-C., Lampron, R., Levaque, F., Paradis. (2005). *Le vécu des enfants exposés à la violence conjugale activité de sensibilisation*. Direction de santé publique, Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la capitale nationale.
- Arnoux-Nicols, c., Sovet, L., Lhotellier, L., Dupont, M-P., Fertin, F., Bernaud, J-L. (2019). Événements vécus et sens de la vie : vers une différenciation des composantes de sens. *Pratiques psychologiques*, 349-366. www.sciencedirect.com.
- Anesm. (2014). *Prise en compte de la souffrance psychique de la personne âgée : prévention, repérage, accompagnement*.
- Ajuriaguerra, J (1980). *Manuel de psychiatrie de l'enfant*. (2^{ème} édition), Paris, France : Masson.
- Askenazy, F., Battista, M., Gindt, M. (Décembre 2019). Troubles de stress post-traumatique : les enfants sont très vulnérables. *La revue du praticien médecine général*, 896-898.
- Ayadi, N., & Delladj-Sebaa, F-Z. (2018). L'impact psychique de la violence conjugale sur les enfants exposés. *Revue des sciences sociales*, 5(5), 233-254.
- Barrial, L., Danel, P., André, C., Domas, J-F., Desestret, M, Ghariani Cordier, S-EL., Dufeutrelle, I., Dupuy, M, Vasselier Novelli, C., hiem, CH. (2019). *La santé des enfants exposés aux violences conjugales le monde du silence*. France : Département de la région nouvelle-Aquitaine.
- Boussafsaf, Z. (Décembre 2020). La violence conjugale post-séparation : A propos de deux cas Spousal violence post separation : A report two cases. *Revue des sciences humaines de l'université Oum El Bouagi* 7(03), 1692-1701.
- Bourret, A. (Avril 2006). *Enfants exposés à la violence conjugales*. Centre Québécois de ressources en promotion de la sécurité et en prévention de la criminalité. www.crpspc.qc.ca.
- Bioy, A, Bourgeois, F, N7GRE, I. (Avril 2003). *Communication soignant-soigné repères et pratiques*. Bréal.
- Bénony, H & Chahraoui, K. (avril 2013). *L'entretien clinique*. Paris, France : Dunod.
- Bouvard, M. (2008). *Echelles et questionnaires d'évaluation chez l'enfant et l'adolescent*. Masson.

- Chénard, L. (1994). Et les enfants, dans un M. RinfertRaynor et S.cantin, violence conjugale recherches sur la violence fait aux femmes en milieu conjugale : 113-130. Boucherville : Gaetan Morin éditeur.
- Chevalerias, M-P., &Marianne, C., & Thevenot. (Décembre 2015). *Accompagnement des enfants exposés aux violences conjugales et soutien a la relation mère-enfant*. La Fondation Mustela.
- Cherifi, S. (2022). *Violences conjugales : « je suis victime de violences, quels sont mes droits »*.France : Books on Demand.
- Cador, P. (2005). *Le traitement juridique des violences conjugales : la sanction déjouée*. France : L'Harmattan.
- Caulin, C., Bouvenot, G. (2012). *Guide du bon usage du médicament* (2^e éd). Paris, France : Lavoisier.
- Chahraoui, K &Bénony, H. (2003). *Méthodes, évaluation et recherches en psychologie clinique*. Paris, France : Dunod.
- Daligand, L. (2019). *les violences conjugales* (2^e éd). France : Presses.
- Dierick, M., Anseau, M., D'Hanen, H., Peuskens, M., Linkowski, P. *Manuel de psychopharmacothérapie*. Academia Press-Gent.
- Delouée, S. *psychologie sociale*. (2^{ème}ed), Dunod.
- Darcourt, G., Myquel, M., Pringuey,D., Braccini, T., Robert, P., Bonhomme, P. (1993). *Psychiatrie*.
- Ferragut, E. (2006). *Agressions et maltraitances*. Belgique, France : Masson.
- Frisch-Desmarez, C. (2016). *La violence conjugale frappe les enfants*. Bruxelles, Belgique : Fédération Wallonie-Bruxelles.
- Gauthier, S.,&Montminy, L. (2012). *Expériences d'intervention psychosociale en contexte de violence conjugale*. Québec, Canada : Presses de l'université du Québec.
- Geopsy. (2011). *Psychologie interculturelle et psychothérapie*.
- Haesvetoës, Y-K. (2016). *Traumatisme de l'enfance et de l'adolescence un regard sur la souffrance psychique*. Bruxelles : De boeck.
- Jovelin, E., & Prieur, E. (2014). *La violence conjugale au Congo-Brazzaville de la tradition à la modernité*. Paris, France : L'Harmattan.
- Kasongo, A-B. (2022). L'enfant expose aux violences conjugales : enfant témoin ou enfant victime? . *Revue Africaine Interdisciplinaire*, 2(75) ,30-42. www.cadhd-dr.org.
- Laan, F. (2013). *Un enfant exposé aux violences conjugales est un enfant maltraité*. Fédération Wallonie-Bruxelles.

- Lachapelle, H & Forest, L. (2000). *La violence conjugale développer l'expertise infirmière*. Québec, Canada : Presses.
- Laughrea, K., & Bélanger, C., & Wright, J. (1996). Existe-t-il un consensus social pour définir et comprendre la problématique de la violence conjugale ? *Santé mentale au Québec*, 21(2), 39-116. <https://doi.org/10.7202/032400ar>.
- Lim-Sabbah, I. (2022). *Mon stage infirmier en psychiatrie*. France : Elsevier Masson.
- Ladouceur, R, Marchand, A, Boisvert, J-M. (1999). *Les troubles anxieux approches cognitive te comportementale*. Paris, France : Elsevier Masson.
- Mnacé-Il, B. (2021). Inclure la violence conjugale à sa planification stratégique en SST : une belle façon d'être proactif. *Centre Patronal SST Formation Expertise*. 13-15.
- Massoudi, K. (2009). *Le stress professionnel*. Allemagne : Peler Lang.
- Martin-Guehl, C. (2003). *L'enfant anxieux dépistage et soins*. Paris, France : Elsevier Masson.
- Merklng, J., &LangenfeldSerranelli, S. (2019). *Fiches de soins infirmiers en psychiatrie*. France : Elsevier Masson.
- Organisation Mondiale de la santé. (2002). *Rapport mondial sur la violence et la santé*. Genève, Suisse. <http://www.who.int>.
- Organisation mondiale de la santé. (2002). *Le rapport mondiale de la santé*. Who.net.
- Ouimette, J. (2011). Action ontarienne contre la violence aux femmes (AOcVF) : *Module 3.3 Guide d'intervention auprès des enfants, des adolescentes et adolescents exposés à la violence faite aux femmes*. Module de la formation Enligne : <https://ressources-violences.org/formation/>
- Organisation Mondiale de la Santé. (2013). *Evaluation et prise en charge des affections spécifiquement liées au stress : Module Guide d'intervention mhGAP (version 1.0)*. Genève, Suisse. www.who.in/mental_health/mhGAP.
- Paul, O.,&ZaoucheGaudron, C. (2014). De l'exposition à la violence conjugale à la maltraitance : effets sur le développement de l'enfant. *In V. Actes du 6eme Colloque du Ripsydeve. Actualité de la Psychologie du développement et de l'éducation* (pp. 128-135). Toulouse 2- le Mirali. (Enligne) <http://hal.archives-ouvertes.fr/RIPSYDEVE/fr>.
- Queiroz, S. (Septembre 2010). *Traité toxicologie professionnel* (1^e éd). São Paulo, Brésil : Biblioteca24horas.

- Rivard, A. (2004). *Le trouble d'anxiété généralisée*. Université de Québec.
- Smedslund, Katja, B., Ménard, Daphnée, Bernier, Dominique, Lessard, Geneviève. (2021). Contribuer à la santé des survivantes de la violence conjugale : analyse des recommandations récents au Québec. *Mémoire sur la violence conjugale et le droit de la famille (4)*. Québec, Québec : recherches appliqués, interdisciplinaires sur les violences intimes, familiales et structurelles. ISBN N : 978-2-925194-00-2.
- Saldier, K. (2020). *Violences conjugales : un défi pour la parentalité*. Paris, France : Dunod.
- Stora, J-B. (2019). *Le Stress Que sais-je ?* (10^e éd). Paris, France : Presses Universitaire du France.
- Séverac, N. (Décembre 2012). *Les enfants exposés à la violence conjugale*. Observation national de l'enfance en danger www.oned.gouv.fr
- Soumaille, S., & Bondofli, G. (2015). *J'ai envie de comprendre l'anxiété et les troubles anxieux*. Genève, Suisse : Médecine & Hygiène. www.planetesante.ch.
- Samacher, R. (Septembre 2005). *Psychologie clinique et psychopathologie* (2^e éd). Bréal.
- Tchouata, C-F., & Meloupou, J-P. (Juin 2008). La violence conjugale : une lecture psychosociale.
- Turgeon, L., d, PH., Brousseau, L., ps, M., Berthiaume, C., Denis, I. (2019). Programme super l'écureuil pour l'intervention auprès des enfants et des adolescents présentant des problèmes d'anxiété. Québec, Canada : Les éditions JFD inc. <https://www.researchgate.net/publication/363520634>
- Vuissoz, F. (2019). *Guide de référence pour l'appréciation et l'évaluation du danger encouru par l'enfant et des compétences parentales*. Département de la formation, de la jeunesse et de la culture service de protection de la jeunesse.
- Weil-Barais, A. (2008). 100 fiches de psychologie (2^e éd). Bréal.
- مخزم، ك. خلوفي، س.، بن حامنة، ك. (2021). النعاس النفسي للمرأة الحاملة في ظل جائحة كورونا (COVID-19)، مجلة دراسات نفسية وتربوية 14(2)، 397-389.



Les annexes

Annexe 01 : Le guide d'entretien

Informations personnels de l'enfant :

- Nome.
- Age.
- Niveau scolaire.
- Nombre de la fratrie.

Informations personnels des parents :

- Niveau d'instruction de la mère.
- Niveau d'instruction du père.
- Leurs professions.

Axe 01 : la vie conjugale

- 1- Depuis quand vous êtes mariée ? Et Selon vous, votre mari a-t-il eu connaissance de votre projet de séparation ? Ou vous-êtes séparés ? Si oui cherche t-il à connaître votre lieu de résidence ?
- 2- Est-ce que votre conjoint est une personne consomme-t-il de drogue, l'alcool, cigarette, médicaments si oui, qu'elle quantité ? (moyenne ou excessif)
- 3- Vous êtes mariée traditionnellement ou par amour ?
- 4- Comment il était votre mari avant le mariage ? Et après est ce que vous avez sentez des changements vers vous ?
- 5- Comment décrivez-vous votre relation avec votre partenaire ? Et comment il se comporte avec ses enfants ?

Axe 02 : la violence conjugale

- 1- Depuis quand ont commencés les actes de violence ?
- 2- Quand vous divergez d'opinion avec votre mari, que se passe-t-il ?
- 3- Pendant la grossesse, comment votre conjoint se comporte avec vous ?
- 4- Votre conjoint a-t-il déjà des antécédents psychiatriques ? Ou des problèmes avec la justice ou la police ? (par exemple il a blessé quelqu'un déjà)
- 5- Votre mari essaie-t-il de contrôler ce que vous faites (vêtements, maquillage, sortie, travail) ? Ou bien exerce-t-il une surveillance quotidienne du harcèlement moral aux moyens de mails, sms, appels, message vocaux ?

- 6- Disposez-vous librement de votre argent, de vos documents administratifs (papier d'identité, carte bancaire...) ?
- 7- A votre avis quelles sont les causes de la perturbation de votre relation de couple et les raisons de la violence ?
- 8- Quelle est la nature de la violence que vous avez subie ? Quelle est sa fréquence ? Quels sont les moyens utilisés ?
- 9- Avez-vous déjà consulté un médecin à cause de l'acte violent ? Avez-vous déjà posé plainte contre votre conjoint ? Si non, Pensez-vous à le faire un jour ? Si oui pour quoi, si non pour quoi ?
- 10- Comment votre famille a réagi vis-à-vis de votre situation ? Ou vous sentez-vous isolée de ton entourage et tes amis ? Ou la violence cause-t-elle des problèmes au sein de ton travail ?
- 11- Avez-vous développés des perturbations psychologiques ? Avez-vous pensés à des idées suicidaires ?
- 12- Avez-vous peur pour vous et tes enfants et leurs avenir ? Et pour quoi vous avez acceptez la violence ?
- 13- Est-ce que vos enfants sont présents au moment de la scène violente ? Si oui ont étaient aussi menacés ou agressés par leur père ? Si non, ont étaient où ? Et quelle est leur réaction ?
- 14- Est-ce que vous avez remarquez des changements d'humeur ou de comportements de vous enfants dans les situations violentes ?
- 15- Quels sont les signes de souffrance que vous avez repérés chez votre enfant ?
- 16- Pensez vous que votre enfant est encore affectée par la violence ? Si oui, comment ? Si non, comment pensez-vous qu'il a pu la surmonté ?

Axe 03 : Le vécu psychologique de l'enfant

- 1- Votre enfant à vécu un traumatisme avant que vous subissez la violence conjugale ?
- 2- Est-ce qu'il souffre des maladies chroniques ?
- 3- Pouvez-vous décrire la relation de vos enfants entre eux et avec leur père ?
- 4- Exprime-t-il du plaisir quand il joue avec ses amis ou bien reste indifférent et se plaint facilement ?
- 5- Quelles sont ces qualités, est-il confiant, la bonne humeur, tolérant, triste, inquiet ? Est-il une personne autonome, s'organise tout seul ou demande toujours l'aide ?

- 6- Ton fils est-il le genre qui s'adapte facilement aux situations difficiles ou bien craint-t-il les nouvelles situations de vie ?
- 7- Est-ce qu'il a vécu des crises d'angoisses, troubles alimentaires, les problèmes du sommeil ?
- 8- Qu'est-ce que vous faites pour aider vos enfants pour dépasser les Peux-tu me parler sur tes relations avec les membres de ta famille et tes fratries ?
- 9- Peux-tu me parler sur tes relations avec les membres de ta famille et tes fratries ?
- 10- Qu'est-ce que vous sentez lorsque vos parents disputent ?
- 11- Est-ce que vous avez raconté déjà à vos amis ou votre maitresse sur votre situation familiale ?
- 12- Tes parents vous frappent vous et vos fratries ou uniquement vous ? Si non vous sentez qu'ils font la différence entre eux ? Et que pensez-vous sur les parents qui frappent leurs enfants ?

Annexe 02 : questionnaire sur les événements de vie (ESPT)Child Post-Traumatic Stress-Reaction Index (CPTS-RI)

As-tu déjà vécu ou vu quelque chose qui t’a fait très peur et qui t’a beaucoup dérangé, comme un accident, une bagarre, une grave maladie ou une séparation ?

4 Oui

5 Non

Si oui, écris-le ici :

.....

.....

.....

Et réponds ensuite aux autres questions. Si tu n’as jamais vécu ce genre d’évènements, tu n’a pas besoin de répondre aux questions.

Jamais	Presque jamais	Parfois	Souvent	Le plus souvent
0	1	2	3	4

	0	1	2	3	4
1. Ce qui t’est arrivé aurait-il beaucoup inquiété la plupart des enfants de ton âge ?					
2. As-tu peur, es-tu de mauvaise humeur ou es-tu inquiet quand tu penses à ce qui t’est arrivé ?					
3. Revois-tu des images dans ta tête de ce qui t’est arrivé ou entends-tu des bruits qui te rappellent ce qui t’est arrivé ?					

4. Penses-tu à ce qui t'est arrivé même si tu ne veux pas y penser ?					
5. Fais-tu des bons ou mauvais rêves (cauchemars) à propos de ce qui t'est arrivé ou fais-tu d'autres sortes de cauchemars ?					
6. Parfois, est-ce qu'il y a des choses qui te font penser que cela pourrait encore arriver ?					
7. As-tu autant de plaisir dans les choses que tu aimes faire avant l'évènement, comme jouer avec tes amis, faire du sport ou aller à l'école ?					
8. Tu sens-tu tout seul en dedans de toi parce que tu as l'impression que personne ne comprend ce qui t'est arrivé ?					
9. As-tu tellement peur, es-tu tellement inquiet ou es-tu tellement triste que tu ne veux pas vraiment savoir comment tu te sens ?					
10. As-tu tellement eu peur, t'es-tu senti tellement inquiet ou t'es-tu senti tellement triste que tu ne pouvais même pas parler ou pleurer ?					
11. Sursautes-tu plus facilement ou te sens-tu plus agité ou plus nerveux qu'avant l'évènement ?					
12. Dors-tu bien ?					
13. Te sens-tu mal (coupable) parce que tu n'as pas fait quelque chose que tu aurais voulu faire ? (par exemple ; arrêter quelque chose qui était en train de se passer, aider quelqu'un, etc.). ou te sens-tu mal (coupable) parce que tu as fait quelque chose que tu n'aurais pas voulu faire (par exemple : faire quelque chose					

qui n'était pas mal pour toi, mais qui était mal ou grave pour quelqu'un d'autre) ?					
14. As-tu de la difficulté à te rappeler des choses que tu as apprises à l'école ou à la maison parce que tu penses à ce qui s'est passé ou parce que tu te sens trop mal ?					
15. Et-tu aussi attentif, te concentres-tu aussi facilement qu'avant l'événement ?					
16. Veux-tu éloigner des choses qui te rappellent ce qui t'est arrivé ?					
17. Deviens-tu nerveux ou inquiet lorsque des choses te rappellent ou te font penser à l'évènement ?					
18. Depuis ce qui t'est arrivé, refais-tu des choses que tu avais arrêté de faire avant ? par exemple : vouloir avoir quelqu'un toujours près de toi, ne pas vouloir dormir seul, sucer ton pouce ou tes doigts, ronger tes ongles ou mouiller ton lit ?					
19. As-tu plus mal au ventre, mal à la tête, ou mal ailleurs qu'avant ce qui t'est arrivé ?					
20. As-tu de la difficulté à te retenir de faire des choses que tu n'aurais pas faites avant ? par exemple : te battre, désobéir plus, rouler à bicyclette de manière plus imprudente, faire des choses dangereuses, montrer sur des choses, dire des gros mots, ne pas faire attention quand tu traverses la rue ou ne pas faire attention lorsque tu joues ?					

**Annexe 03 : échelle d'anxiété manifeste pour enfant révisée-
RevisedChildren'sManifestAnxietyScale (RCMAS)**

Instructions :

Lis chaque question attentivement. Encerle le mot OUI si tu penses que c'est vrai pour toi. Encerle le mot NON si tu penses que ce n'est pas vrai pour toi. S'il y a des mots que tu ne comprends pas, n'hésite pas à demander des explications.

	Oui	Non
1. J'ai de la difficulté à me décider.		
2. Je deviens nerveux (se) quand les choses ne sont pas comme je le voudrais.		
3. Les autres ont l'air d'avoir plus de facilité que moi à faire les choses.		
4. J'aime tout le monde que je connais.		
5. Il m'arrive souvent d'avoir de la difficulté à retrouver mon souffle.		
6. Je m'inquiète la plupart du temps.		
7. J'ai peur de plusieurs choses.		
8. Je suis toujours gentil (le).		
9. Je me fâche facilement.		
10. Je m'inquiète à propos de ce que mes parents vont me dire.		
11. J'ai l'impression que les autres n'aiment pas la façon dont je fais les choses.		
12. J'ai toujours de bonnes manières.		
13. J'ai de la difficulté à m'endormir le soir.		
14. Je m'inquiète de ce que les gens pensent de moi.		
15. Je me sens seul(e) même quand il y a des gens avec moi.		
16. Je suis toujours aimable.		
17. Il m'arrive souvent d'avoir mal au ventre.		
18. Je me sens facilement blessé(e) dans mes sentiments.		
19. J'ai les mains moites (en sueur).		
20. Je suis toujours gentil(le) avec tout le monde.		
21. Je suis souvent fatigué(e).		
22. Je m'inquiète de ce qui va arriver.		

23. Les autres enfants sont plus heureux que moi.		
24. Je dis toujours la vérité.		
25. Je fais des mauvais rêves.		
26. Je suis facilement blessé(e) quand on m'embête trop.		
27. J'ai l'impression que quelqu'un va me dire que je ne fais pas les choses comme il faut.		
28. Je ne me fâche jamais.		
29. Il m'arrive parfois de me réveiller effrayé(e).		
30. Je m'inquiète quand je me couche le soir.		
31. J'ai de la difficulté à me concentrer sur mes travaux scolaires.		
32. Je ne dis jamais des choses que je ne devrais pas dire.		
33. Je bouge beaucoup sur ma chaise.		
34. Je suis nerveux (se).		
35. Plusieurs personnes sont contre moi.		
36. Je ne mens jamais.		
37. Je m'inquiète souvent à propos de mauvais choses qui pourraient m'arriver.		

Résumé :

La violence conjugale affecte l'intégralité de la famille. Les implications psychologiques de cette problématique participent à la création de dynamiques et de symptômes psychotraumatiques pour l'enfant qui peuvent être graves. L'objectif de recherche est de comprendre l'impact de ce phénomène sur le vécu psychologique des enfants victimes.

Pour ce faire, nous avons effectué des entretiens cliniques semi-directifs avec un groupe de recherche qui se compose de cinq mères et cinq de leurs enfants, et puis on a opté à l'application les échelles de CPTS-RI et RCMAS qui mesurent respectivement les symptômes de stress post-traumatique et l'anxiété manifeste chez les enfants.

Les résultats de notre étude ont montré que le vécu psychologique des enfants victimes de violence conjugale est altéré. Ces enfants qui manifestent des symptômes d'anxiété, et de stress post traumatique bien que certains cas normalisent les actes violents, les considèrent comme quelque chose de normal dans toute société humaine, les résultats des deux échelles indiquent le contraire, révélant que ces enfants sont réellement traumatisés par leur vie familiale et que leur vécu psychologique est altéré.

Les mots clés : la violence conjugale, l'enfant, stress post-traumatique, l'anxiété, vécu psychologique

Abstract :

Domestic violence affects the entire family. The psychological implications of this problem contribute to the creation of psycho-traumatic dynamics and symptoms for children, which can be serious. The research objective is to understand the impact of this phenomenon on the psychological experiences of child victims.

To do this, we carried out semi-structured clinical interviews with a research group made up of five mothers and five of their children, and then we opted to apply the CPTS-RI and RCMAS scales, which measure respectively post-traumatic stress symptoms and overt anxiety in children.

The results of our study showed that domestic violence has an impact on the psychological experience of child victims, who show symptoms of anxiety and post-traumatic stress. Although some cases trivialize violent acts, considering them as something normal in any human society, the results of the two scales indicate the opposite, revealing that these children are truly traumatized by their family life and that their psychological experience is altered.

Key words : domestic violence, children post-traumatic stress, anxiety, psychological experience.

ملخص:

يؤثر العنف الزوجي على الأسرة بأكملها. تشارك الآثار النفسية لهذه المشكلة في خلق ديناميكيات وأعراض نفسية مؤلمة للطفل والتي يمكن أن تكون خطيرة. الهدف من البحث هو فهم تأثير هذه الظاهرة على المعاش النفسي للأطفال الضحايا.

للقيام بذلك ، أجرينا مقابلات عيادية نصف موجهة مع مجموعة بحث تتكون من خمس أمهات وخمسة من أطفالهن ، ثم اخترنا تطبيق مقاييس CPTS-RI و RCMAS التي تقيس أعراض الإجهاد ما بعد الصدمة والقلق واضح في الأطفال ، على التوالي.

أظهرت نتائج دراستنا أن المعاش النفسي للأطفال ضحايا العنف الزوجي هش و يتجلى في أعراض القلق ما بعد الصدمة على الرغم من أن بعض الحالات تقلل من شأن أعمال العنف ، وتعتبرها شيئا طبيعيا في أي مجتمع بشري ، فإن نتائج المقاييس تشير إلى عكس ذلك ، وتكشف أن هؤلاء الأطفال مصابون حقا بصدمة بسبب حياتهم الأسرية وأن معاشهم النفسي هش.

الكلمات المفتاحية: العنف الزوجي، الطفل، قلق ما بعد الصدمة، لقلق، المعاش النفسي.

