



جامعة بجاية  
Tasdawit n'Bgayet  
Université de Béjaïa

Université A. MIRA-BEJAIA  
Faculté des Sciences Humaines et Sociales  
Département des Sciences Sociales

**Mémoire de fin de cycle  
En vue de l'obtention du diplôme de master  
En psychologie clinique**

Thème :

*Le vécu psychologique des enfants orphelins de mère  
(Etude de six (06) cas en période de latence)*

**Présenté par :**  
**Melle ABDELLI Celia**  
**Et**  
**Melle GANA Kaissa**

**Soutenu le 7 Juillet 2019 devant le jury composé de :**

Mme BAA. S	Présidente	Docteur	U. A .Mira de Béjaia
Mer FERGANI.L	Examineur	Docteur	U. A .Mira de Béjaia
Mme HADERBACHE. L	Promotrice	Docteur	U. A. Mira de Béjaia

Année universitaire : 2018/2019

## **Remerciements**

*Et voici le moment de mettre le point final à ce manuscrit et à ces années d'études au sein de l'université A. Mira de Bejaia.*

*En tout premier lieu, on tient à remercier le Dieu le tout-puissant d'avoir guidé nos pas pour accomplir ce travail et de le mener à terme.*

*On tient à remercier notre promotrice madame HADERBACHE Lamia, d'avoir accepté de nous encadrer, on la remercie pour ces précieux conseils qui nous ont permis de travailler dans des bonnes conditions.*

*On remercie aussi les membres de jury qui ont accepté d'examiner notre travail.*

*On remercie également toute l'équipe pédagogique des deux primaires « Primaire MEBARKI Lounis » commune de Melbou et « GANTOUR Hocine » Tala Khalid commune Aokas ainsi que l'association Soummam au soin de l'orphelin W. Bejaïa pour leur accueil chaleureux et les facilités accordées lors de notre stage pratique, sans eux, cette recherche n'aurait pu voir le jour.*

*Nos profonds remerciements seront adressés à tous nos sujets de recherche, qui nous ont données de leur temps, qui nous ont accordé leur consentement pour la réalisation de ce travail, ainsi que leurs familles.*

*Finalement, on tient à remercier nos deux familles qui nous ont soutenu, et tous ceux qui se sont intéressés de près ou de loin à ce mémoire.*

**ABDELLI. C**  
**GANNA. K**

## *Dédicaces*

*Les études sont avant tout  
Notre unique et seul atout  
Aujourd'hui, ici rassemblés auprès des jurys;  
Nous prions Dieu que cette soutenance  
Fera signe de persévérance  
Et que nous serions enchantés  
Par notre travail honoré.*

### *Je dédie ce mémoire à ...*

- ♣ A mes parents aimables qui représentent pour moi le symbole de bonté, mes parents qui ne cessent pas de m'encourager et de prier pour moi, aucune dédicace ne serait être assez éloquente pour exprimer ce que vous méritez pour tous les sacrifices que vous me donnez.  
Que Dieu, le puissant, vous préserve.*
- ♣ A mes sœurs, spécifiquement ma sœur innée et son mari, je vous dédie ce travail avec tous mes vœux de bonheur, de santé et de réussite.*
- ♣ A tous les membres de la famille.*
- ♣ A mes amis (es) et amis (es) du département science sociale.*
- ♣ Et aux professeurs qui ont assuré ma formation.*
- ♣ Et à tous ceux qui m'aiment.*

*ABDELLI Celia.*

## *Dédicaces*

*Ce qui porte les hommes à l'étude de toutes choses, ce n'est pas, en général, le simple désir de savoir, de se former des opinions justes ou de découvrir du nouveau, mais c'est de publier ses propres opinions et de les faire admirer. Peu importe de posséder la science, ce qu'on veut avant tout, c'est la faire briller.*

*Étudier car seul l'étude qui est la plus solide nourriture de l'esprit, c'est la source de ses plus belles lumières.*

*Citation de Mary Sarah Newton.*

### *Je dédie ce mémoire à ...*

- ♣ *A mes chers parents, aucune dédicace ne serait exprimer mon respect, mon amour et ma considération pour les sacrifices que vous avez consentis pour mon instruction.  
Que Dieu le puissant, vous garde et vous protège.*
- ♣ *A mes frères et sœurs adorables, que Dieu vous accorde santé, bonheur et longue vie.*
- ♣ *A tous les membres de ma famille.*
- ♣ *A mes amis(es) du département science sociale et à mes amis(es) de toujours.*
- ♣ *Et aux professeurs qui ont assuré ma formation.*
- ♣ *Et à tous ceux qui m'aiment.*

*GANNA Kaissa.*

## Sommaire

<b>Introduction</b> .....	1
---------------------------	---

### **Partie théorique**

#### **Chapitre I : Enfant et enfant orphelin de mère en période de latence**

Préambule.....	06
----------------	----

#### **I) L'enfant**

1) Aperçu historique de l'enfant.....	.06
2) Définitions de l'enfant .....	.08
3) Différentes théories du développement de l'enfant.....	.09
3.1) Théorie psychosexuel.....	.09
3.2) Théorie de l'attachement.....	12
3.3) Théorie psychosociale .....	17
3.4) Théorie cognitive .....	19
4) Enfant et la famille.....	22
4.1) Définition de la famille.....	22
4.2) Fonctions de la famille .....	22
4.3) Relation parent-enfant.....	24
5) Droits de l'enfant.....	27
6) Enfant dans le droit algérien.....	28

#### **II) L'enfant en la période de latence**

1) Développement physique.....	31
2) Développement de la personnalité.....	31
3) Développement cognitif.....	32

4) Développement social et affectif.....	32
5) Développement du langage.....	33

### **III) L'enfant orphelin**

1) Aperçu historique de l'enfant orphelin.....	34
2) Définitions de l'enfant orphelin.....	37
3) Orphelin dans le droit algérien.....	37
Synthèse du chapitre .....	40

## **Chapitre II : Le vécu psychologique de l'enfant orphelin en période de latence**

Préambule.....	43
1) Définition du vécu psychologique .....	44
2) Répercussions psychologiques et psychopathologiques potentiels chez l'enfant orphelin de mère.....	45
2.1) Angoisse ou anxiété de séparation chez l'enfant.....	45
2.2) Carence affective chez l'enfant .....	46
2.3) Conception de la mort chez l'enfant.....	48
2.4) Deuil chez l'enfant .....	49
2.5) Dépression chez l'enfant .....	52
2.6) Psychopathologie scolaire.....	55
2.7) Troubles d'attachements chez l'enfant.....	56
2.8) Somatisation chez l'enfant.....	58
3) Le traumatisme psychique chez l'enfant.....	60
3.1) Aperçu historique du traumatisme psychique .....	60
3.2) Définition du traumatisme psychique.....	63
3.3) Définition de l'événement traumatique.....	65
3.4) Critères diagnostiques du traumatisme psychique selon le manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-5).....	68
3.5) Diagnostique différentielle : Troubles liés à des traumatismes ou à des facteurs de	

stress.....	73
3.6) Caractéristiques du traumatisme psychique.....	75
3.7) Types du traumatisme psychique.....	76
3.8) Différentes approches théorique du traumatisme psychique.....	79
3.9) Prise en charge du traumatisme psychique .....	82
3.10) Spécificité du traumatisme psychique chez l'enfant.....	85
Synthèse	
<b>4) la résilience chez l'enfant</b>	
4.1) Aperçu historique de la résilience.....	95
4.2) Définition de la résilience.....	98
4.3) Description du profil de la résilience.....	100
4.4) Etapes de cheminement résilient.....	102
4.5) Application clinique de la résilience.....	103
4.6) Limites de la résilience.....	106
4.7) Résilience chez l'enfant.....	107
Synthèse du chapitre.....	109
<b>Problématique et hypothèses .....</b>	<b>111</b>
<b>Partie pratique</b>	
<b>Chapitre III : La partie méthodologique</b>	
Préambule.....	124
1. Limites de la recherche.....	124
2. Méthode utilisée dans la recherche .....	124
3. Présentation du lieu de recherche.....	127
4. Groupe de recherche.....	128
5. Outils de recherche.....	130
6. Déroulement de la recherche.....	143
7. Attitudes de la recherche.....	147
8. Difficultés de la recherche.....	149
9. Synthèse.....	150
<b>Chapitre VI : Présentation, analyse et discussion des hypothèses</b>	
Préambule.....	152
<b>I) Présentation et analyse des résultats</b>	
Cas n° 1 Amine.....	152

Cas n° 2.Farah.....	168
Cas n°3.Ramy.....	186
Cas n°4.Salim.....	192
Cas n°5.Walid.....	203
Cas n°6.Massi.....	216
<b>II) Discussion des hypothèses de la recherche.....</b>	<b>228</b>
Synthèse.....	243
<b>Conclusion.....</b>	<b>246</b>
<b>Liste des références .....</b>	<b>251</b>
<b>Annexes</b>	



## Liste des tableaux

<b>N° du tableau</b>	<b>Titre</b>	<b>Page</b>
<b>N° 01</b>	Présentations des sujets du groupe de recherche.	<b>130</b>
<b>N° 02</b>	Les items des trois dimensions de l'échelle de CYRM-28	<b>142</b>
<b>N° 03</b>	Résultats d'Amine obtenus dans l'échelle de CPTS-RI.	<b>160</b>
<b>N° 04</b>	Résultats Amine obtenus dans la sous-échelle de CPTS-RI.	<b>161</b>
<b>N° 05</b>	Résultats d'Amine obtenus dans l'échelle de CYRM-28.	<b>164</b>
<b>N° 06</b>	Résultats d'Amine obtenus dans la sous-échelle de CYRM-28.	<b>165</b>
<b>N° 07</b>	Résultats de Farah obtenus dans l'échelle de CPTS-RI.	<b>174</b>
<b>N° 08</b>	Résultats de Farah obtenus dans la sous-échelle CPTS-RI.	<b>175</b>
<b>N° 09</b>	Résultats de Farah obtenus dans l'échelle de CYRM-28.	<b>177</b>
<b>N° 10</b>	Résultats de Farah obtenus dans la sous-échelle de CYRM-28.	<b>178</b>
<b>N° 11</b>	Résultats de Ramy obtenus dans l'échelle de CPTS-RI.	<b>186</b>
<b>N° 12</b>	Résultats de Ramy obtenus dans la sous-échelle de CPTS-RI.	<b>187</b>
<b>N° 13</b>	Résultats de Ramy obtenu dans l'échelle de CYRM-28.	<b>189</b>
<b>N° 14</b>	Résultats de Ramy obtenu dans la sous-échelle de Ramy.	<b>190</b>
<b>N° 15</b>	Résultats de Salim obtenus dans l'échelle de CPTS-RI.	<b>199</b>
<b>N° 16</b>	Résultats de Salim obtenus dans la sous-échelle de CPTS-RI.	<b>199</b>
<b>N° 17</b>	Résultats de Salim obtenus dans l'échelle de CYRM-28.	<b>202</b>
<b>N° 18</b>	Résultats de Salim obtenu dans la sous-échelle de CYRM-28.	<b>202</b>
<b>N° 19</b>	Résultats de Walid obtenus dans le l'échelle de CPTS-RI.	<b>211</b>
<b>N° 20</b>	Résultat de Walid obtenu dans la sous-échelle. de CPTS-RI	<b>211</b>
<b>N° 21</b>	Résultats de Walid obtenus dans l'échelle de CYRM-28.	<b>213</b>
<b>N° 22</b>	Résultats de Walid obtenus dans la sous-échelle de CYRM-28.	<b>217</b>
<b>N° 23</b>	Résultats de Massi obtenus dans l'échelle de CPTS-RI.	<b>222</b>
<b>N° 24</b>	Résultats de Massi obtenu dans la sous-échelle de CPTS-RI.	<b>222</b>

<b>N° 25</b>	Résultats de Massi obtenus dans l'échelle de CYRM-28.	<b>224</b>
<b>N° 26</b>	Résultats de Massi obtenus dans la sous-échelle de CYRM-28.	<b>225</b>
<b>N° 27</b>	Tableau récapitulatif des résultats des sujets au CPTS-RI.	<b>239</b>
<b>N° 28</b>	Tableau récapitulatif des résultats des aux sous-échelles de CPTS-RI.	<b>239</b>
<b>N° 29</b>	Tableau récapitulatif des résultats des sujets au CYRM-28.	<b>240</b>
<b>N° 30</b>	Tableau récapitulatif des résultats des sujets aux sous-échelles CYRM-28.	<b>240</b>

## Liste des abréviations

**AVC** : Accident Vasculaire cérébrale.

**CIDDEF** : Centre d'Information et de Documentation sur les Droits de l'Enfant et de la Femme.

**CFTMEA** : Classification Française des Troubles Mentaux de l'Enfant et de l'Adolescent.

**CIM** : Classification International des Maladies.

**CPTS-RI**: Child Post-Traumatic Stress-Reaction Index. (Index de Réaction au Stress Post-traumatique de l'enfant).

**CYRM-28**: Child and Youth Resilience Measure-28. (Mesure de la résilience chez les enfants et les jeunes).

**DSM**: Diagnostic and Statistical manual of Mental Disorders. (Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux).

**EMDR**: Eye Movement Desensitization and Reprocessing. (Intégration neuro-Emotionnelle par les Mouvements Oculaires).

**ESPT** : Etat de Stress Post-traumatique.

**IRC** : Insuffisance Rénale Chronique.

**OMS** : Organisation Mondiale de la Santé.

**TCC** : Thérapie Comportementale et Cognitive.

**TSPT** : Trouble de Stress Post-traumatique.

**UNICEF**: United Nations International Children Fund. (Le Fonds des Nations Unies pour l'Enfance.).

## Liste des annexes

Numéro de l'annexe	Titre
Annexe N° 01	Guide d'entretien clinique semi-directif
Annexe N° 02	Guide d'entretien clinique semi-directif traduit en kabyle.
Annexe N° 03	Echelle de CPTS-RI.
Annexe N° 04	Echelle de CPTS-RI traduit en kabyle.
Annexe N° 05	Résultat de l'échelle de CPTS-RI de Amine.
Annexe N° 06	Résultat de l'échelle de CPTS-RI de Farah.
Annexe N° 07	Résultat de l'échelle de CPTS-RI de Ramy.
Annexe N° 08	Résultat de l'échelle de CPTS-RI Salim.
Annexe N° 09	Résultat de l'échelle de CPTS-RI Walid.
Annexe N° 10	Résultat de l'échelle de CPTS-RI Massi.
Annexe N° 11	Echelle de CYRM-28.
Annexe N° 12	Echelle de CYRM-28 traduit en kabyle.
Annexe N° 13	Résultat de l'échelle de CYRM-28 d'Amine.
Annexe N° 14	Résultat de l'échelle de CYRM-28 de Farah.
Annexe N° 15	Résultat de l'échelle de CYRM-28 de Ramy.
Annexe N° 16	Résultat de l'échelle de CYRM-28 de Salim.
Annexe N° 17	Résultat de l'échelle de CYRM-28 de Walid.
Annexe N° 18	Résultat de l'échelle de CYRM-28 de Massi.

Un enfant qu'il soit fille ou garçon est un jeune être humain qui est dans une période de développement, ce qui le caractérise c'est sa jeunesse et sa vulnérabilité, ce qui le rend dépendant de l'adulte. Ainsi l'enfance ne comprend pas juste le développement physique, mais aussi le développement psychique, émotionnel, social. Ce qui est basé sur un ensemble de relations partagées avec tous les membres de l'entourage, commençant par les liens de relations familiales qui sont la base pour affronter les différents obstacles de vie.

En revanche, dans certains cas les parents ne peuvent pas intervenir au moment de la nécessité pour diverses causes ce qui peut bouleverser le développement normal de l'enfant. En effet, parmi les causes qui peuvent bouleverser la vie d'un enfant c'est l'orphelinat, donc un enfant orphelin se trouve face à une situation douloureuse qui causera des perturbations sur toutes les sphères de la personnalité pouvant aller jusqu'à un traumatisme psychique, en revanche, être entouré d'un environnement familial sain va aider l'enfant à surmonter cette dure épreuve en lui procurant une chaleur affective et un soutien adéquat à ce pénible événement pour combler le manque.

Le deuil d'un enfant face au décès de la mère revêt quelque chose de particulier, l'enfant doit pouvoir faire son deuil en sachant qu'il n'a pas encore l'expérience et le vocabulaire disponible, Il ne vit pas non plus dans la même conscience du temps, c'est dans la période de latence que l'enfant va prendre conscience que la notion de la mort est irrévocable.

De ce fait dans le cadre de notre recherche, nous avons décidé *d'explorer « le vécu psychologique des enfants orphelins de mère en période de latence »*. D'abord le terme vécu désigne ensemble des expériences existant dans la vie d'une personne. Ainsi dans le vécu d'un enfant orphelin, chaque enfant vit la perte d'un parent de façon différente : en fonction de sa personnalité, mais aussi de l'attitude de son entourage, et de la relation qu'il avait avec le parent décédé, cette carence affective, peut causer différents troubles comme la tendance anxieuse, la dépression, la somatisation, ou encore un aller dans un vécu traumatique, mais d'autres peuvent se montrer résilients.

Malheureusement les enfants orphelins en Algérie semblent être des enfants oubliés ou marginalisés, quoique l'Algérie ait signé la convention internationale en rapport aux droits, mais la réalité sur le terrain n'est pas palpable. Très peu d'études ont été réalisées à ce sujet. En effet la prise en charge de l'enfant orphelin Algérie est un sujet très délicat

qui ne peut être évoqué sans nous rappeler des défaillances, les manques sur le terrain et l'énorme vide juridique qui n'accorde à l'orphelin aucun statut particulier.

Vu la place primordiale qu'occupent les parents dans la vie de l'enfant, leurs décès peuvent influencer leur vécu psychologique, en effet en raison de la complexité de ce dernier et pour mieux le cibler, nous l'avons opérationnalisé en retenant deux indicateurs qui sont le « *traumatisme psychique* » et « *la résilience* ». Ce sont des données observables par lesquelles on pourra appréhender les dimensions analysées, en constatant dans la réalité la présence ou pas de tel attribut.

Pour guider notre travail, notre encadreur nous a conseillé de mener une recherche sur un thème nouveau, de bien restreindre notre question de recherche pour pouvoir la concrétiser, et notre exploration aux livres et aux travaux déjà faits nous étions intéressés par les sujets qui traitent la période d'enfance qui est une période basique. C'est bien des enfants orphelins en leur période de latence dont on veut rendre compte dans notre travail. Ce dernier a porté sur un objectif général a pris sur une réflexion sur le vécu psychologique des enfants orphelins de mère entre 6 et 12 ans, pour se faire il ambitionne d'explorer plus précisément, de l'éventualité d'existence d'un traumatisme psychique ainsi que la probabilité de présence d'une résilience chez d'autres sujets.

Pour notre travail de recherche, nous nous sommes basés sur la méthode clinique qui permet de décrire les particularités de chaque sujet, nous avons choisi comme terrain d'étude deux écoles primaires de la wilaya de Bejaia, dont une se situe à Melbou dont on a trouvé 4 cas et l'autre à Tala Khaled dont on a trouvé 2 cas, pour la récolte des données, on a choisi l'entretien clinique semi-directif, l'échelle Children Post Traumatic Stress Reaction (CPTS-RI) dans le but de mesurer le degré du traumatisme psychique éventuel, et l'échelle Child and Youth Resilience Measure-28 (CYRM-28), pour mesurer la moyenne de la résilience probable chez les enfants orphelins.

Pour la réalisation de notre travail de recherche, nous avons choisi « *l'approche psychodynamique* » qui s'accorde bien avec les objectifs de notre recherche, ainsi qu'avec les outils qu'on a décidé d'utiliser. En effet cette approche permet de regrouper des informations sur le vécu d'un enfant.

Pour organiser notre travail nous avons commencé par l'introduction, puis la partie théorique et pratique, Premièrement la partie théorique est divisée en deux chapitres, le premier chapitre intitulé « enfant et enfant orphelin dans la période de latence », Le

deuxième chapitre était consacré au « *vécu psychologique d'un enfant orphelin en période de latence* », qui a porté sur la définition du vécu psychologique, les différentes répercussions psychologiques potentielles de l'enfant orphelin. Pour concrétiser notre travail on a opté pour deux indicateurs qui sont d'abord « *le traumatisme psychique chez l'enfant* », et « *la résilience chez l'enfant* ».

Deuxièmement, la partie pratique, dont on a présenté dans le premier chapitre la méthodologie de la recherche, le deuxième chapitre la présentation et analyse des hypothèses, on a terminé par la présentation de la conclusion, la liste bibliographique et les annexes.

# *Partie théorique*



***Chapitre I***  
***Enfant et enfant orphelin en période***  
***de latence***

**Préambule :**

L'enfant est un être en construction qui a besoin d'un milieu familial favorable auprès des parents pour pouvoir se développer et pour l'amélioration de ses capacités sur tous les plans, pour l'épanouissement de sa personnalité. Dans cette période de vulnérabilité cet enfant peut malheureusement être confronté à la perte de ses parents ce qui va bouleverser le cours habituel de sa vie.

Pour effectuer notre étude sur le « *vécu de ces enfants qui est face à la réalité de la mort* » on a divisé notre travail en deux chapitres, on va tout d'abord commencer par la présentation du premier chapitre qu'on va intituler : « *enfant et enfant orphelin dans sa période de latence* », pour bien organiser notre travail on a préféré diviser ce chapitre en trois parties, la première on va la consacrer à la notion « *d'enfant* », dont on va citer par la suite les points suivants : premièrement un aperçu historique sur l'enfant puis les différentes définitions proposées pour définir la notion de l'enfant.

Dans cette partie de notre travail, il importe de situer notre thème par rapport aux ouvrages que nous avons consultés au cours de l'élaboration de notre travail et qui peuvent nous apporter un plus. En effet la revue de littérature est obligatoire dans notre travail de recherche, elle permet de s'informer des approches déjà réalisées, et de voir comment notre thème a été abordé dans les diverses publications diffusées.

**I) L'enfant****1) Aperçu historique de l'enfant**

L'enfance et le développement de l'enfant n'ont pas toujours été considérés ni décrit comme ils le sont aujourd'hui, c'est une histoire carrefour mobilisant toutes les sources possibles et nécessairement pluridisciplinaires. Car elle doit combiner l'étude de la démographie, de la vie familiale, des rôles sexuels, des attitudes face à la vie et à la mort, les croyances religieuses, des mentalités, des convictions scientifiques des normes de la pudeur, de la civilisation matérielle, des structures institutionnelles. Elle est aussi considérée comme une histoire de langue durée, dont toutes pratiques et croyances sont passés de génération en génération. Les choses évoluent en antiquité, Moyen Âge, et le début du 20e siècle (20e siècle) jusqu'à la guerre de 1941. (Guidetti, Lallemand, Morel, 2000).

L'enfant chez les Romains signifie « *celui qui ne parle pas* », cette définition précise bien le statut de l'enfant durant cette période d'antiquité. Relégué alors au statut de « *non citoyen* ». L'éducation à cette époque applique donc une logique de dressage des enfants, considérant ces derniers comme des êtres dénués de réflexion, de logique ou encore d'intelligence propre. Ils apparaissent avec un esprit vide, sans lois pour le régir. Les adultes se retrouvent donc avec la responsabilité de remplir, guider et commander ces petits esprits. Il en est de même pour leur corps. (<https://www.tinoklandcom/histoire-du-statut-de-l-enfant>)

D'ailleurs pendant l'Antiquité, L'abandon ou l'infanticide d'un enfant indésirable est une pratique légalement autorisée dans les sociétés antiques. Il revient aux parents de décider de garder ou non le nouveau-né, cette attitude est pratiquée surtout pour des raisons, comme le rappelle Allély-Padet : faiblesse, maladie ou malformation de l'enfant, misère des parents, sexe de l'enfant. La persistance du thème de l'infanticide dans les utopies de Platon et Aristote, ainsi que dans des fictions de l'époque hellénistique, plaide en faveur d'une réalité. (Dasen, Gaillard-Seux, 2017)

Au contraire, au Moyen Âge, l'enfant est considéré comme un petit homme. Aucune distinction ne sépare l'enfant et l'adulte. Aucune tranche d'âge n'existe. L'enfant ne bénéficie pas par conséquent de protection ou de droit spécifique. Il n'est que rarement séparé des mœurs et tribulations des adultes et rentre très rapidement dans le monde du travail. Représentant l'enfant comme résultat du péché originel de ses parents, la chrétienté renforce l'image de l'enfant comme étant celle d'un être non réfléchi, petit diable sans intelligence et d'instinct mauvais. À cette époque, l'enfant n'a pas sa place dans l'histoire, ni dans la politique. (<https://www.tinoklandcom/histoire-du-statut-de-l-enfant>)

Au 17<sup>e</sup> siècle, on assiste à deux conceptions de l'enfant : la première est celle de « *l'enfant péché* » : l'enfant est rempli d'instincts mauvais, il inspire la méfiance car il est porteur de péché originel. On pratique des mesures éducatives car on a pensé que seule une éducation vigilante et serrée pourrait venir à bout de son esprit corrompu. On conçoit alors l'éducation comme un dressage. La seconde est celle de « *l'enfant Jésus* » : par sa condition proche des origines, l'enfant est un intercesseur privilégié entre Dieu et les hommes, dans le cadre de cette perception de l'enfance les pratiques éducatives s'inspirent d'une pédagogie qui tendrait vers la préservation de l'innocence infantile. (Guidetti, Lallemand, Morel, 2000).

Au même siècle on assiste à la lutte ouverte contre l'infanticide et l'exposition ce dernier usage, qui consiste à exposer les enfants aux portes des églises, s'introduit en France au quatrième siècle et reste toujours une plaie sociale au 17<sup>e</sup> siècle. (Jolibert, 1981) Par ailleurs, au 18<sup>e</sup> siècle, Ariès désignait, à la suite de bien des observateurs, comme l'époque d'une transformation fondamentale de la perception de l'enfance, reste la période la plus scrutée, une période s'étendant de la fin des guerres de religion jusqu'aux années 1720. (Rabau, 2005)

À partir de 19<sup>e</sup> siècle c'est le bond en avant ; les ouvrages pédagogiques et surtout les romans dont les héros sont des enfants se multiplient. Des écrits allemands; français; anglais apparaissent pour défendre le statut de l'enfant lui donné une place centrale : l'enfant victime de l'industrialisation ; et d'autres transformations de la société, enfant souvent idéalisé, incarnant authenticité et la contestation de la société des adultes. À la même époque la scolarisation est devenue obligatoire dans de nombreux pays, divers mouvements de protections de l'enfant sont apparus. Vers le milieu de ce siècle de nombreux psychologues occupent de la psychologie de développements de l'enfant, comme : Wallon, Piaget, Vygotsky, et d'autres. (Montandon, Osiek. 1997, pp. 14-15)

L'attitude face à l'enfance commencé à changer radicalement. On se préoccupe de plus en plus de protéger la moralité des enfants, c'est pourquoi on les exclut des jeux adultes (comme les jeux de cartes). On ne parle plus ouvertement des choses sexuelles devant les petits, on ne se permet plus de jouer avec leur sexe. On se met à expurger les livres à l'usage des petits (fables, contes, etc.). On commence ainsi à croire à la soi-disant innocence enfantine, et c'est le début de l'entreprise pédagogique. Les premiers principes d'alors insistent beaucoup sur la nécessité de la sévérité, de la discipline, on ne veut plus laisser les enfants seuls avec les serviteurs, on exige la gravité, le sérieux, les bonnes manières, la raison en toutes choses, on prépare des jeux « *éducatifs* ». Le minouche (mignotage) des petits est de moins en moins tolérés. (Racine, 1982)

Dans la société occidentale moderne un vaste changement est vu par les avancées tant de pédiatrie que de la psychologie infantile et de la psychanalyse. (Bonnet, 2011, p.11)

## **2) Définitions de l'enfant**

Pour commencer on va d'abord proposer une définition étymologique, du terme « *Enfant* » et « *Enfance* ». Ils renvoient d'abord à une notion d'inachèvement. L'infante c'est le défaut d'éloquence, infans désigne celui qui ne maîtrise pas le langage, et par extension

les premières années de la vie. Ensuite Weil (1987) constate qu'à cette connotation d'inachèvement viens s'ajouter celle de l'assujettissement. (Baudier, Céleste, 2002).

Dans la plupart des instruments internationaux et nationaux, les enfants sont définis comme des filles et garçons jusqu'à l'âge de 18 ans. En effet, l'âge de 18 ans est généralement accepté comme l'âge de la majorité bien qu'il existe des exceptions juridiques dans tous les pays, par exemple, l'âge légal du mariage, l'âge auquel on peut faire un testament ou donner son consentement au traitement médical. (Smart, 2003, p.3)

En effet, L'enfance est une « *période de la vie allant de la naissance à la puberté, laquelle marque le début de l'adolescence* ». (Bloche et all, 2000, p.327)

On peut dire aussi qu'elle est « *la période de l'humanisation de l'individu, de l'apprentissage de la nature humaine. Cet apprentissage est Long. Il est d'autant plus que le niveau adulte à atteindre est plus complexe et plus évolué* ». (Ousterrieth, 2004, p.28)

On a opté pour ces définitions parce qu'elles donnent des explications riches sur la notion d'enfant ce qui permet d'accroître nos connaissances sur notre thème de recherche, et mettant à jour des définitions qui ont été proposé par divers auteurs.

Alors comme on a pu noter, le terme « *enfant* », désigne toutes personne âgée de moins de 18 ans, cette tranche d'âge est connu par sa vulnérabilité ce n'est pour cela que l'enfant dans cette période a besoins de soins et de protection, pour pouvoir se développer et acquérir des apprentissages divers.

### **3) Les différentes théories du développement de l'enfant**

Dans ce qui suit on va aborder un ensemble de théories qui parlent de la notion de développement de l'enfant, on va commencer d'abord par la théorie psychosexuelle puis la théorie d'attachement qui seront les deux cibles choisies comme référence dans notre travail puisqu'elles permettent de se rendre compte du lieu de la construction entre la mère et l'enfant, ensuite on va présenter la théorie psychosociale et enfin on terminera par la théorie cognitive.

#### **3.1) La théorie psychosexuel**

L'étude de développement de la sexualité chez l'enfant et l'adolescent s'est accélérée dans la dernière décennie. Cette théorie explique le rapport que l'enfant entretient avec des

parties de son corps. Cette reconnaissance de sexualité était déclarée par le psychiatre Freud.

Ainsi ce dernier est né en (1856) décédé en (1939) en Moravie dans une famille juive, mais il était élevé à partir de l'âge de trois ans à Vienne, en Autriche. Il s'intéresse particulièrement à la neurologie, soit à l'étude du cerveau et des troubles du système nerveux. Dans le cadre de sa pratique, il observe que certains maux dont souffrent ses patients demeurent inexplicables physiologiquement symptômes que l'on attribuait alors à l'hystérie il entreprend donc de sonder plus en profondeur l'esprit de ces personnes en les questionnant .Peu à peu il parvient à la conclusion que la majorité de leurs troubles physiques ont une cause physiologique et qu'ils sont dus à des expériences traumatisantes vécues dans l'enfance mais qui ont été refoulées c'est-à-dire oubliées. (Mareau, Dreyfus 2004, p.48)

La psychanalyse est une science humaine, science de la réalité psychique et du sens. On entend par réalité psychique opposée à réalité matérielle ce qui concerne le désir, l'affect, le fantasme, l'imaginaire, la pensée. Son objet d'étude est le fonctionnement psychique dans ses aspects moins conscients. Elle s'intéresse aux effets de l'inconscient dans la vie quotidienne comme dans les maladies mentales, dans les symptômes psychiques et somatiques, mais aussi, plus largement, dans les productions culturelles de l'humanité. (Lecourt, 2015, p.3)

Freud pour aborder sa théorie il accède à un ensemble de stades successifs et universels, qui concerne tous sujets humains.

Cependant les stades n'occupent qu'une place restreinte dans l'ensemble de la pensée psychanalytique, ils forment alors un système de stades affectifs le mieux déterminé et le plus original. Nous allons les citer successivement ci-dessous :

**-Le stade oral :** Il caractérise le fonctionnement du nourrisson. L'essentiel des émotions de plaisir est concentré autour de la bouche, qui est alors appelé « zone érogène », le très jeune enfant vit des instants privilégiés avec sa mère ou tout autre donneur de soins, lors du nourrissage au cinq ou au biberon. C'est un stade qui organise donc le plaisir autour des activités de succion d'absorption, jusqu'à un désir d'incorporer tout entier l'objet pourvoyeur de ce plaisir. À l'intérieur de ce stade on trouve le stade sadique-oral qui correspond au plaisir de mordre et de détruire. (Mareau, Dreyfus, 2004, p.72)

**-Le stade sadique anal :** Ce stade se caractérise par les intérêts portés à l'évacuation ou la rétention anale. Cette zone corporelle devient une fonction active au moment de l'apprentissage du contrôle sphinctérien. (Weil-Barais, Cupa, 2008, p. 78)

Il est appelé stade « *sadique-anal* », car la défécation est considérée comme ayant un aspect destructeur. En se découvrant un pouvoir sur la mère, celui de lui donner ou pas ce qu'elle attend, l'enfant va en jouer un certain temps pour découvrir un peu mieux les possibilités de cette nouvelle relation. (Sahuc, 2006, p.60)

**-Le stade phallique :** Se situe entre 3 et 5 ans les organes génitaux deviennent la zone érogène dominante. Les tensions se déchargent principalement par la masturbation la manière dont les parents et les éducateurs accueilleront celle-ci, aura des conséquences sur la manière dont l'enfant vivra sa sexualité plus tard. (Herel-Biraud, 2010, pp.13, 14)

Ainsi ce stade est dominé par le plaisir d'exploitation du corps, avec les premières interrogations sur la sexualité : pourquoi les garçons et les filles sont-ils différents. Comment naissent les enfants? Les enfants forgent des hypothèses que Freud appelle des théories sexuelles et cherchent des confirmations auprès de leurs camarades et de leurs parents. (Nicolle, 2008, p.75)

**-La phase de latence :** Elle s'étend de la fin du complexe d'Oedipe jusqu'à la puberté c'est une période de déssexualisation durant laquelle l'enfant parle peu de sexualité mais cherche par contre à s'engager dans des activités de développement valorisantes .ce processus de détournement de la sexualité vers des voies socialement acceptables, comme le sport ou la création artistique, ce qui est appelé « *la sublimation* ». (Mareau, Dreyfus, 2004, p. 76)

Une fois sorti du complexe d'Oedipe l'enfant a intériorisé bon nombre d'interdits sociaux, et passé d'une relation duelle à une relation tierce, se vit comme un individu entier, sexué, prêt à s'ouvrir au monde. Ces problématiques d'ordre sexuel réglées, l'enfant est prêt à mettre sous silence, jusqu'à la puberté et se montre de coup disponible pour les relations sociales et les activités d'apprentissage cela correspond à l'entrée à l'école primaire les pulsions sexuelles sont dites sublimées leurs objets se développent vers des activités intellectuelles. (Bioy, Fouques, 2002, p.81)

C'est cette phase de développement qu'on a retenue dans notre recherche, c'est pour cette raison qu'on va y revenir pour plus de précisions et pouvoir enrichir davantage ce

point, en citant les spécificités de ce stade ainsi que la détermination des différents changements qui apparaissent.

**-Le stade génital :** Il commence à la puberté et perdure durant toute la vie adulte en accédant à une maturité biologique, l'enfant devenu adolescent réactive son complexe d'Oedipe, avec d'autant plus de force qu'il est en mesure de rivaliser un autre adulte et de prétendre à la séduction d'un de ses parents.

La puberté placée donc l'individu devant deux impératifs complexes et souvent douloureux : accepter et intégrer définitivement une identité sexuelle, et renoncer à son premier choix d'objet amoureux pour porter son désir à l'extérieur de la cellule familiale. (Mareau, Dreyfus, 2004, p. 76)

Chaque stade de développement, l'enfant investit une partie de son corps. Le degré ou la qualité du plaisir sexuel procuré par cette zone érogène ainsi que la façon dont chaque stade est franchi à un impact sur la personnalité de l'enfant. Pour Freud la mère joue un rôle fondamental dans elle représente pour l'enfant le premier objet d'amour. (Papalia, Olds, Feldman, 2010)

Donc ces stades selon Freud définissent une étape chronologique de développement, la sexualité est reliée selon lui au plaisir, ce qui est une base pour lui, il considère qu'une fixation dans n'importe quel stade conduira à certains problèmes dans l'âge adulte.

### **3.2) La théorie de l'attachement**

La théorie d'attachement essaye de comprendre des phénomènes psychologiques cliniques ajoutant aux notions de transfert et contre transfert de la psychanalyse la notion de transfert interpersonnel.

D'abord on va commencer par l'explication du terme « *attachement* », c'est un lien ou un engagement entre un individu et une figure d'attachement. (Prior, Glaser, Hallet, Guedeney, 2010, p. 19)

Le fait qu'un bébé puisse pleurer alors qu'il vient de manger et qu'il ne se calme qu'une fois pris dans les bras illustre l'indépendance du besoin d'attachement par rapport à celui du nourrissage, d'ailleurs les observations de Spitz (1945), d'enfants élevés en institution témoignent de façon encore plus criante du caractère essentiel de l'attachement alors qu'ils bénéficiaient d'une (Miljkovitch, Morange-Majoux, Sander, 2017, p.25)



alimentation et d'une hygiène satisfaisante, leur développement était entravé des fois au point qu'ils se laissent dépérir. Ainsi que les expériences d'Harlow (1958), sur des bébés signes ont également montré une tendance chez les petits à rechercher le contact tactile, sans que celui-ci ne soit associé au nourrissage. En présence de deux substituts maternels, l'un doux au toucher et l'autre en fil de fer muni d'un biberon de lait, les signes allaient rapidement se revitaliser, auprès du substitut à biberon pour ensuite se blottir contre celui en tissu des heures durant. (Miljkovitch, Morange-Majoux, Sander, 2017, p.25)

Ainsi cette théorie est avancé par Bowlby (1958), psychanalyste anglais qui s'est posé en rupture à la fois avec les théories de l'apprentissage sociales et la théorie psychanalytique freudienne en effet, alors, que Freud avance que la relation effective privilégiée dérive secondairement de la satisfaction du besoin primaire de nourriture, Bowlby affirme la primauté du besoin inné de contact physique, et de la recherche de proximité. (Henri, Daniel, 2013, p.53)

John Bowlby fut par ailleurs influencé par la théorie évolutionniste de Darwin. Nous apprend que Darwin avait huit ans lorsque sa mère mourut, et qu'il développa un syndrome d'hyperventilation par la suite. (Mareau, Dreyfus, 2004, p. 76)

Devenu adulte, il présente une série de symptômes (angoisses, dépressions, maux de tête, sensations de vertige et d'évanouissement, crises de larmes hystériques, sifflements dans les oreilles). (Mareau, Dreyfus, 2004, p. 76)

Bowlby se situe dans une perspective d'adaptation évolutionniste et souligne que le bébé humain comme les jeunes primates, est intrinsèquement orienté vers des partenaires adultes (le plus fréquemment, mais pas obligatoirement les parents biologiques) dont il cherche la proximité le but pour suivie sont la sécurité et la survie de l'individu. (Mareau, Dreyfus, 2004, p. 76)

Ainsi cet auteur considère l'attachement comme un instinct biologique, développé pour assurer la survie des petits vulnérables. John Bowlby envisageait la formation de l'attachement, la séparation et la perte. Par la suite s'est focalisé sur le processus d'attachement des enfants avec leurs soignants. (Prior, Glaser, Hallet, Guedeney, 2010, p.11)

Pour Bowlby (1988), des séparations quotidiennes repérées d'avec la mère avant l'âge de trois ans ne sont pas souhaitables pour l'enfant, à moins qu'il ne soit confié à une personne affectueuse et stable, se comportant avec lui comme une mère substitutive pendant plusieurs années, autrement dit à une nourrice s'occupant de lui durablement. (Guedeney, Guedeney, 2010)

Au début de la vie, l'enfant met en œuvre des comportements non rectifiés quant au but et quant à la cible, mais petit à petit se mettent en place des comportements rectifiés. À la fin la première année, les interactions sociales que l'enfant aura construites avec les adultes de son entourage lui auront permis d'en privilégier quelques-uns. C'est de la proximité physique de ces personnes privilégiées « *les figures d'attachement* » que le bébé tirera la sécurité qui lui est nécessaire. Le système comportement d'attachement suppose un « *évaluateur inerme* » qui signifie l'état de besoin d'une réassurance, donc pour les tout petit le besoin de la figure d'attachement. (Mareau, Dreyfus, 2004, p. 76)

Ce processus d'attachement a donc essentiellement une fonction adaptative. Il constitue un besoin social primaire et comprend quatre étapes de développement :

**-Avant 2 mois :** phase de pré-attachement ; le bébé manifeste des comportements-signaux sans différencier les personnes. (Goldbeter-Merinfeld, 2005)

**-De 2 à 7 mois :** étape de l'attachement « *en train de se faire* ». L'enfant a recours à divers comportements visant à obtenir la proximité physique du parent. Il différencie les personnes, mais la substitution de la principale figure d'attachement est encore possible.

**-A partir de 7 mois :** étape de l'établissement d'une relation d'attachement *franche*, et sélective envers une personne privilégiée ; la substitution n'est plus possible. De la détresse se manifeste lors des séparations.

**-Dès l'âge de 3-4 ans :** étape du « *partenariat ajusté* ». L'enfant est capable d'une certaine compréhension du point de vue de l'autre, va chercher à influencer celui-ci afin d'obtenir de sa part certains avantages du point de vue relationnel, comme de l'intérêt ou des soins. (Goldbeter-Merinfeld, 2005)

Une autre psychiatre canadienne qui s'appelle Ainsworth vient affiner la conceptualisation de Bowlby, elle propose un prolongement expérimental de la théorie de l'attachement à travers la Strange Situation(1969) (situation étrange). (Pillet, 2007, p.11)

Elle cherche à savoir si ces catégories sont universelles. Elle met au point une situation standardisée en huit épisodes de séparation et de réunion. Elle met en évidence trois principaux types de comportements de l'enfant aux retrouvailles: l'enfant qui retrouve sa mère avec plaisir puis retourne jouer; l'enfant, en apparence peu affecté, évitant la proximité et qui se focalise sur un jouet ; soit enfin l'enfant qui exprime de la détresse et, à la fois, une recherche du contact et du rejet. Les variables les plus importantes pour la classification sont la proximité, l'évitement ou la résistance lors de la réunion mère-enfant. Ainsworth développe alors la notion de base de sécurité provenant d'un lien stable fiable, prévisible, sécurisant avec un adulte accessible, c'est une figure d'attachement capable de comprendre les besoins et les inquiétudes de l'enfant et de les apaiser. (Pillet, 2007, p.11)

À partir des observations effectuées par Ainsworth, elle a identifié trois types de comportement qui reflétaient à ses yeux ce qui se passait à la maison, et qui permettaient de déterminer différentes catégories d'enfants : Les enfants sécure qui n'activent leur système d'attachement qu'en cas d'absence de la mère (danger potentiel) et qui retrouvent leur calme et leur envie d'explorer très rapidement après son retour.

-Les enfants anxieux évitant qui détournent leur attention de leur mère pour se focaliser principalement sur leur environnement. (Goldbeter-Merinfeld, 2005)

Leur apparente tranquillité avec une absence de préoccupation pour leur sécurité résulte d'une attitude défensive qui consiste à ne rien attendre d'autrui afin de ne pas être déçu. Ils apprennent à ne pas prendre leurs propres sentiments en compte. Pour éviter de se sentir dépendants de leurs proches, ils tentent de se suffire à eux-mêmes.

-Les enfants anxieux ambivalents « *hésitants* » qui exagèrent leurs signaux d'attachement pour attirer l'attention sur eux : ils montrent une grande détresse lorsque la mère quitte la pièce, et lorsqu'elle y revient. Ces enfants vivent une relation de dépendance avec leur mère, ce qui les empêche de s'investir ailleurs. Enfin, Main et Solomon (1988) ont ajouté une quatrième catégorie : Les enfants désorganisés désorientés qui présentent des comportements d'appréhension, les uns n'osant poursuivre leurs tentatives d'approche du parent, et les autres se montrant effrayés : ils ne semblent pas pouvoir adopter une stratégie d'attachement cohérente. La mère représenterait pour eux à la fois un havre de sécurité et une source de danger (ces enfants seraient souvent maltraités ou auraient eu des mères traumatisées et donc peu sécurisantes). (Goldbeter-Merinfeld, 2005)

En effet cette base correspond à la présence physique de la figure d'attachement : grâce à la proximité de sa mère, le bébé se sent à l'aise pour s'intéresser aux objets ou aux personnes qui l'entourent. Outre la présence physique, l'enfant doit sentir la présence psychologique de l'adulte qui ne se contente pas seulement d'être là, mais qui veille sur lui. Petit à petit, ce n'est pas tant présence immédiate de l'adulte qui compte, que son accessibilité. L'enfant peut s'éloigner de plus en plus, à condition qu'il ait confiance dans le fait que son parent interviendra en cas de difficulté. Plus tard cette base sécurisante devient une source interne qui permet à la personne de sentir en confiance, en cela l'autonomie repose sur la mise en place d'un attachement de bonne qualité là où l'enfant se sent protéger et guider. (Miljkovitch, Morange-Majoux, Saner, 2017, p26)

L'importance des relations interpersonnelles dans la petite enfance est presque unanimement soulignée par les chercheurs, avec le constat que des relations parents /enfants sécurisants et harmonieux apportent un degré de protection contre un risque environnemental ultérieur.

Les parents permettant à un enfant très jeune de développer malgré tout une autonomie, un sentiment de sécurité et d'individuation capables de promouvoir le développement de sa personnalité. (Mareau, Dreyfus, 2004, pp. 62-63)

Il existe toute une littérature abordant ainsi l'importance du rôle du père comme figure d'attachement associée à celle de la mère .Les recherches insistent le plus souvent sur l'agent de différenciation incarné par un père « *suffisamment présent* » sur le plan symbolique.

Bowlby distingue ainsi les figures d'attachement principales des figures auxiliaires et insiste sur le fait que la figure d'attachement principale n'est pas toujours la mère une figure d'attachement principale et celle vers laquelle l'enfant se tourne quand il est fatigué, lorsqu'il a faim, lorsqu'il est malade ou alarmé et dont la proximité est à même de le reconforter les figures auxiliaires et prouve être investie lorsqu'un sentiment de sécurité suffisant émane de la présence et de la disponibilité de la figure d'attachement principale. (Mareau, Dreyfus, 2004, pp. 62-63)

### **3.3) La théorie psychosociale**

Théorie fondée par Erikson (1902-1994), né en Allemagne de père qu'il ne pas connaître d'une mère d'origine juive. Il est initié à la psychanalyse en Autriche par Anna Freud.

Pour lui l'émergence du développement humain, et le moi et l'instance la plus importante de la personnalité. La théorie de développement psychosocial, cette recherche de l'identité se poursuit tout au long de la vie, contrairement à la théorie psychosexuelle de Sigmund Freud. Le moi se développe au cours de huit stades psychosociaux et chacun de ces stades est caractérisé par un conflit central qui engendre une crise au niveau de la personnalité. Selon Erikson, l'enfant doit trouver un équilibre le fait d'accorder une confiance aveugle à tout ce qui l'entoure et celui de rester en retrait à cause d'une trop grande méfiance. Selon cette théorie l'enfant équilibré fera fondamentalement confiance au monde, mais gardera un minimum de méfiance pour se protéger des situations dangereuses ou malsaines. (Papalia, Olds, Feldman, Brève, 2010, pp, 15-16)

Cette théorie est en base liée à la théorie psychosexuelle de Freud, mais la différence c'est qu'Erikson la étendu sur toute la vie de l'adulte et il a introduit cet aspect psychosocial.

Par rapport aux stades de développement cet auteur les à devise en huit stades:

-Stade 1 : Confiance – Méfiance : La confiance de base est la condition la plus fondamentale du développement psychosocial. (Pelleri, 2015, p.13)

Ce stade est très relié aux différents sens. Le premier contact avec le monde se vit avec la bouche et les yeux. C'est le mode d'incorporation. La première confiance sociale se manifeste donc à travers la régulation entre l'alimentation, le sommeil et les fonctions des intestins du bébé, sa capacité à recevoir et les soins donnés par l'entourage. (Pelleri, 2015, p.13)

-Stade 2 : Autonomie - Honte et doute. Face à l'apprentissage de la propreté, de la marche de la langue, la façon dont l'enfant va répondre aux demandes sociales d'autorégulation et de contrôle de soi va contribuer à développer chez lui un sentiment d'efficacité personnelle en matière d'autonomie ou de doute. (Cannard, 2017, p.193)

-Stade 3: Initiative – Culpabilité : c'est le stade de développement d'une certaine indépendance par rapport à ses parents ou son tuteur, un développement des initiatives grâce à un sentiment d'échec. (Gonzales-Puell, 2017, p.20)

-Stade 4 : Travail (Industrie) – Infériorité : À ce stade, l'enfant apprend le travail, c'est-à-dire qu'il s'intéresse et peut-être absorbé dans une tâche de production. La réussite n'est plus un but fantaisiste. C'est l'identification à la tâche et le premier sens de la division du travail. Il apprend le plaisir de terminer une tâche suite à une attention soutenue et tout en utilisant ses capacités pour réaliser une activité sérieuse. Il développe la compétence dans le travail. L'acquisition de celle-ci est aussi dépendante de l'environnement. Il développe des liens affectifs avec les enseignants et d'autres parents. Il va chercher à imiter des métiers. L'enfant s'intéresse ici à l'apprentissage des habiletés et des compétences. Il développe des habiletés cognitives, de jeux et de vie du groupe. Il se sent utile. (Pelleri, 2014, p.20)

-Stade 5 : Identité - Confusion des rôles. Les transformations pubertaires accompagnent l'adolescent d'un ensemble de questionnements par rapport à lui-même et aux nouveaux rôles qui l'attendent. À ce stade, l'adolescent doit intégrer toutes ses expériences dans le but de construire un sentiment identitaire stable et cohérent des autres, de prendre ses distances par rapport aux normes établies, aux valeurs véhiculées par ses différents milieux de vie et aux pressions de toutes sortes. (Cannard, 2017, p.194)

-Stade 6: Intimité – Isolation : L'identité étant bien acquise, elle permet maintenant d'établir des rapports adultes avec les autres. La sixième phase en est une d'acquisition du sens d'intimité et de la solidarité en évitant un sentiment d'isolement. L'auteur insiste cependant : il faut que cette identité soit bien acquise. ([http://pages.infinit.net/grafitis/PDF/Voc1/Erickson\\_vieillessement.pdf](http://pages.infinit.net/grafitis/PDF/Voc1/Erickson_vieillessement.pdf))

À cette période, le jeune adulte cherchera l'amitié et l'amour avec l'autre, ce qui implique le désir et la tendresse. Le jeune adulte est alors capable de donner tout autant que de recevoir. Il est capable d'intimité sans craindre de perdre son identité. Il peut s'exprimer en une mutualité hétérosexuelle. ([http://pages.infinit.net/grafitis/PDF/Voc1/Erickson\\_vieillessement.pdf](http://pages.infinit.net/grafitis/PDF/Voc1/Erickson_vieillessement.pdf))

-Stade 7 : Générativité – Stagnation : C'est le stade qui couvre la plus longue période de vie, soit environ 30 ans. La personne à ce stade développe un intérêt pour la génération suivante, pour son éducation, pour la guider. C'est la période de procréation, de productivité, de créativité, d'implication au niveau professionnel et dans la communauté. La personne a besoin que quelqu'un ait besoin d'elle. (Pelleri, 2015, p.25)

C'est une étape où l'adulte prend soin du bien-être des plus jeunes et où il a de multiples responsabilités, ce qui implique beaucoup d'endurance et de dévouement. Il est aussi soucieux de rendre le monde meilleur pour la génération qui suit en regardant au-delà de son propre développement. Il cherche également à élargir ses intérêts et à réaliser une certaine immortalité en réalisant des projets qui laisseront des traces dans le temps. (Pelleri, 2015, p.25)

-Stade 8 : Intégrité – désespoir : l'intégrité personnelle passe par l'acceptation de sa propre vie, de ses propres trajectoires et expérience de vie en tenant de leur donner du sens. Elle passe également par l'acceptation de la mort comme la fin inévitable d'une vie réussite. On trouve ici la notion de sagesse défini comme « une préoccupation éclairée et détachée face à la vie, face à la perspective de la mort elle-même. Ainsi si l'individu a bien traversé les étapes précédentes, il peut donner du sens à sa vie et mieux accepter la mort. Dans le cas contraire, l'individu se laissera aller au désespoir devant l'incapacité de refaire la vie. (Alaphilippe, Baill, 2013, p.73)

### **3.4) La théorie de cognitive**

L'approche cognitive est élaborée par le théoricien suisse Piaget (1896-1980) il a été le plus éminent défenseur de cette approche. Ses recherches ont considérablement approfondi notre connaissance du développement de la pensée de l'enfant. (Papalia, Olds, Feldman, 2010, p.19)

La théorie piagétienne est une théorie constructiviste : elle postule que le réel se construit grâce à l'action. En 1936-1937, Piaget introduit la pensée du bébé comme objet de recherches, et à travers sa description de l'intelligence sensori-motrice, pose l'existence de l'intelligence chez l'enfant. (Mareau, Dreyfus, 2004, p.45)

Piaget conçoit les mécanismes intellectuels dans le prolongement des mécanismes biologiques est sein de la relation individu et environnement. Selon lui les unités élémentaires de l'activité intellectuelle ce sont des schèmes, ce dernier est une entité abstraite qui est l'organisation ou la structure d'une action les premiers schèmes sont d'ordre biologique comme le schème de succion. Par ailleurs les schèmes ne sont pas déterminés à la fois, ils se transforment en devenant plus généraux. (Deleau, 2006)

On remarque selon cette explication que Piaget distingue trois mécanismes fondamentaux dans la mise en place des opérations cognitives.

1. L'adaptation : est le mécanisme premier qui permet à la pensée de se trouver en perpétuel rétablissement d'équilibre entre l'organisme et le milieu.
2. Le processus d'assimilation : consiste en l'application d'un nouvel objet ou encore l'intégration d'éléments nouveaux, à un schème déjà existant.
3. Le phénomène d'accommodation : Consistes-en une adaptation des structures propres des schèmes opératifs aux essais et aux erreurs. (Dumont, 1995, p.41)

Pour cet auteur la pensée se construit par de grandes étapes qu'il appelle des stades, dans lesquels l'enfant va développer petit à petit son intelligence. Alors on va citer les grandes périodes du développement selon Piaget :

- 1) La période de l'intelligence sensori-motrice : elle couvre les deux premières années de la vie de l'enfant, constituant une période préverbale subdivisée en six stades :

D'abord de 0 à 1 mois : celle-ci est appelé stade de l'exercice reflexe : elle correspond aux premières manifestations de l'intelligence et la source de son développement ultérieur. Ensuite de 1 à 4 mois : la première adaptation acquise et la réaction circulaire primaire : l'enfant est capable d'assimiler des schèmes nouveaux à ceux qu'il est en train de construire la réaction circulaire primaire constitue un exercice fonctionnel acquis qui prolonge l'exercice réflexe (Mareau, Dreyfus, 2004, p45)

et a pour effet de fortifier et d'entretenir un ensemble sensori-moteur dont les résultats nouveaux sont pour suivis pour eux-mêmes. De 4 à 8 ou 9 mois : les réactions circulaires secondaires : une assiste à une généralisation du stade précédent aux objets extérieurs à l'enfant il passe alors gestuellement de son corps propre au monde de choses et, en manipulant des objets et découvrant par hasard de nouveaux résultats qui éveillent son intérêt il suscite de nouvelles réactions circulaires secondaires. (Mareau, Dreyfus, 2004, p45)

Puis de 8 à 12 mois : a ce stade l'enfant va comprendre les liens de causalité et apparaîtra des comportements intentionnels par la planification et la coordination. L'enfant comprend la notion de permanence d'objet même lorsqu'il est intégralement caché ; il prend conscience que l'objet continue d'exister quoiqu'il soit hors de son champ visuel. De 12 à 18 mois : l'expérimentation prend place et l'enfant joue de plusieurs manières différentes pour évoluer les effets. L'enfant ne cherche l'objet que dans le premier endroit ou il a vu. Enfin de 18 à 24 mois : l'enfant utilise du symbole qu'il (Bigwood, 2017, p.74)



soit une image ou un mot pour représenter des objets ou des événements. Il entame une période d'imitation différée et s'engage dans l'expérimentation par essai et ajustement. L'enfant comprend que si un objet n'est pas dans un endroit, c'est qu'il est ailleurs. (Bigwood, 2017, p.74)

2) la période des opérations concrètes : elle s'échelonne de 2 à 11 ou 12 ans et elle est marquée par une plus grande mobilité de la pensée, un plus grand recul par rapport à l'action, et une meilleure socialisation. Elle se subdivise en deux périodes : D'abord la période préopératoire, c'est dans cette période que se développent les conduites symboliques, puis les conduites symboliques intuitives c'est-à-dire non réversibles. Puis la période Opératoire : caractérisé par la construction progressive des opérations, en construisant des opérations logiques des classes et des relations fondées sur les ressemblances et les différences entre les objets. (Danis, 1998, p. 52)

3) La période des opérations formelles : avec l'apparition des opérations formelles à partir de 11 ans, l'intelligence prend ses distances à l'égard du réel pour l'insérer dans le possible et pour relier directement le possible au nécessaire sans la médiation indispensable du concret. Vers 12 ans le raisonnement s'applique à des données symbolisées ou formalisées : énoncés verbaux, signes logiques ou mathématiques, représentation intériorisée, (images mentales), proposition, hypothèse etc. (Deldim, Vermeulen, 2004, p.138)

La méthode de Piaget consiste à une observation qu'il utilisera pour but de dégager la genèse de la connaissance et la structure du raisonnement chez l'enfant, pour cela lui et ses collaborateurs ont devisé le développement en quatre stades comme ont mentionné précédemment. On remarque que dans la théorie de Piaget l'être humain possède d'abord une capacité innée d'apprendre pour s'adapter à l'environnement ce qui constitue selon lui le point de départ du développement cognitif. En suivant le niveau de maturation l'enfant commence à développer ces connaissances du monde en s'appuyant sur des réflexes innés. Ce qui permettra de créer une structure de plus en plus complexe. (Papalia, Olds, Feldman, 2010)

On remarque que ces théories se focalisent sur la période de l'enfance, elles leur ont attribué une place bien spécifique qui déterminera l'avenir de l'enfant.

## 4) l'enfant et la famille

### 4.1) Définition de la famille

L'importance de relation familiale intime et aimante est essentielle pour le développement sain de l'enfant, ce qui est reconnu depuis longtemps. Pour commencer on va d'abord définir le sens étymologique de la notion de « *famille* » :

Le mot « *famille* » dérive du latin, Familia, qui vient lui-même de famulus, « *serviteur* ». Dans son acception antique, en effet, la famille désignait à Rome l'ensemble des gens (parents et domestiques) vivant sous l'autorité du paterfamilias. Le Robert donne une définition plus générale de la famille : c'est l'ensemble des personnes liées entre elles par le mariage et la filiation, ou exceptionnellement par l'adoption. (Salem, 2009, p.13)

Selon Delage (2013), la famille est considérée comme un « *système* » sur le modèle de ce que l'on observe en biologie c'est-à-dire comme un ensemble d'éléments hétérogène, combinées entre eux et concourant à une même filiation, ses règles de communication et ses mécanismes régulateurs obéissent à des principes cybernétiques d'autocontrôles pour maintenir l'ensemble dans un état d'équilibre. (Delage, 2013, p.8)

Ainsi la notion de la « *famille* » est habituellement définie comme notion du groupe parent-enfant faisant partie intégrante d'une structure sociale donnée. Ainsi, la famille est à la fois un groupe psychosocial. (Boutaleb, 2008, p.95)

### 4.2) Les fonctions de la famille

D'abord on doit définir c'est quoi le terme « *fonction* », il signifie le rôle, l'impact, les conséquences implicites ou explicites d'une participation. (Pronovost, 2006)

La famille constitue le lieu naturel du développement psychologique. Elle se caractérise par une relative stabilité et la survenue de changement parfois nombreux dans sa composition. Lieu de vie, relation interne, etc. est autant de facteurs susceptibles d'affecter le développement cognitif, sociale et affectif de l'enfant. (Mallet, 2003, p.86)

La première fonction du milieu familial est le corollaire de l'état d'impéritie du nouveau-né humain, de sa dépendance et de sa faiblesse pendant ses premières années de vie. Le milieu familial doit donc fournir les soins nécessaires à sa survie tant physiologique que psychologique. Il doit soutenir son premier développement, le protéger des agressions.

Une seconde fonction du milieu familial consisté à ouvrir l'enfant à la vie humaine dans toute sa complexité, à accompagner son intégration dans le milieu social. La famille est le lieu de multiples apprentissages. L'enfant y apprend à utiliser aussi bien les objets que les signes (la langue en particulier). C'est dans la famille que l'enfant rencontre une variété de situations, de problèmes nouveaux par rapport au quels il apprend à développer des comportements adoptés.

Une troisième fonction du milieu familial est celle d'acculturation, de transmission de représentations et de valeurs collectives. Chaque groupe familial s'inscrit dans une société qui possède et diffuse un système de valeurs (idéologie dominante). L'enfant se construira donc une première hiérarchie de valeurs (ce qui est valorisé, toléré, a évité) et des représentations entièrement dépendantes du système de valeurs en cours dans son groupe familial. (Bernadette, 2002, pp. 95-96)

En nous appuyant sur les différents modèles existants, nous avons dégagé cinq dimensions spécifiques du fonctionnement familial :

- La « *distance émotionnelle* » : d'un point de vue normatif, cette distance doit être suffisante pour permettre l'autonomie de chaque membre de la famille et ne pas être soit insuffisante, ce qui empêche la réalisation de la personnalité propre de chacun, soit excessif au point de distendre les liens intrafamiliaux. Un exemple type de distance insuffisante est la surprotection, dont l'effet négatif sur le développement de l'enfant a été bien démontré ; (Fevez, 2012, pp.178-179)

-La « *flexibilité* » : cette dimension se réfère à l'équilibre entre stabilité et changement. Le système familial doit pouvoir à la fois garantir sa pérennité et en même temps pouvoir se modifier à l'intérieur de certaines limites pour répondre aux demandes de l'environnement (la scolarité par exemple) et aux demandes internes (la croissance des enfants par exemple) ;

-La « *communication* » : une des dimensions phares des approches familiales (les travaux du groupe de Palo Alto ; qui se réfère à la capacité des membres de la famille à émettre des messages clairs et sans ambiguïté ;

-La « *bienveillance émotionnelle* » : cette dimension regroupe plusieurs concepts relatifs aux échanges émotionnels, comme la « *chaleur* » ou l'empathie, qui se réfèrent à la compréhension et à l'acceptation par chacun des membres de la famille des émotions ressenties et exprimées par les autres, que ces émotions soient négatives ou positives ;

- « *L'organisation temporelle* » : cette organisation a été conceptualisée à un niveau « *moléculaire* », comme l'enchaînement des comportements dans (Fevez, 2012, pp.178-179)

l'interaction évaluée moment par moment – le temps mis à répondre à une question va changer le sens de la réponse pour un même contenu verbal par exemple, et elle a également été conceptualisée à un niveau plus global comme la suite d'événements marquants dans la vie d'une famille, comme la récurrence d'une trouble génération après génération. (Fevez, 2012, pp.178-179)

### 4.3) Relation parent-enfant

Le développement de l'enfant et ses capacités cognitives et affectives et adaptatives dépend de la relation qui s'établit avec les parents.

D'abord quelle est la signification de « *parentalité* » : c'est « *l'ensemble des réaménagements psychiques affectifs qui permettent à des adultes de devenir parent, c'est-à-dire de répondre aux besoins de leurs enfants à tous niveaux, le corps (les soins nourriciers), la vie affective, et la vie psychique* ». (Lebrun, 2011)

#### 4.3.1) La relation avec la mère

Dès son dégagement, le nouveau-né peut être placé sur le ventre de sa mère, pour qu'elle puisse immédiatement le prendre dans ses bras et le caresser, on peut favoriser une première tétée immédiate, car elle déclenche la sécrétions de colostrum et encourage l'allaitement. Une ambiance calme et la présence de pères participent à un accueil serein du nouveau-né. Pour établir une relation initiale de bonne qualité. (Gold, Lionnet, Montgolfier, 2009)

L'enfant donc établit un lien avec un premier autre qu'on appelle « *la mère* », qui inclut une intimité, un corps, une manière d'être ; de parler à cet être. (Lebrun, 2011, p.53)

À l'instar du réel biologique pendant la gestation et l'allaitement, moment où le corps de bébé se construit littéralement à partir des substances du corps maternel, la mère pense son bébé, elle lui attribue des contenus psychiques, des goûts, des pensées. En procédant ainsi, elle lui attribue le contenu de ses propres pensées, consciente et inconsciente, ou les énoncés de son désir. (Crespin, 2016p.18)

On ne peut parler d'amour maternel sans évoquer Winnicott. Lui qui a parlé sur le vide de perte ou de séparation après l'accouchement, en développant la notion de « *préoccupation maternelle primaire* », il le qualifiera de berceau maternel, créateur (Couvert, 2011, p.11)

d'un nouveau lien donnant lieu à la capacité de la mère à porter, supporter, protéger, toucher, regarder, parler à son nouveau-né autrement. Winnicott parle ainsi sur la notion de « *holding* », ainsi que « *handling* ». Le *holding* qualifie la capacité maternelle à porter à supporter son enfant nouveau-né est donc sous-tendue par sa capacité à régresser et à prêter son « *moi pensant* » au bébé. C'est ainsi que la mère va pouvoir interpréter les signes et les besoins de son enfant. Par contre la notion de « *handling* » réfère au maintien ou au partage physique de l'enfant et de la mère. (Couvert, 2011, p.11)

Selon Wallon l'enfant commence à recevoir de sa mère et reste sous sa dépendance sur le plan des soins, nourriciers et affectifs, mais aussi sur celui du sensoriel sa perspicacité lui a permis d'exprimer, avant les nombreuses démonstrations sur les compétences précoces de nouveau-né, que « *les premiers gestes qui soient utiles à l'enfant ce sont des gestes tournés vers des personnes, ce sont des gestes d'expression* ». Pour lui, l'univers social du petit enfant se limite dans les premiers mois de la vie à la seule personne de la mère.

Pour Mahler, c'est en matière de port d'attache que la mère est décrite, point fixe nécessaire pour que l'enfant puisse se séparer et s'individualiser, la mère restant le cadre de référence en miroir auquel l'enfant devra s'ajuster. Bowlby 1969, fait resurgir les avatars de cette relation initiale mère-enfant en matière de carence, de séparation et de perte. L'attachement va avoir un rôle double, une fonction essentielle de protection et de sécurisation tout aussi nécessaire que le comportement alimentaire et sexuel, et une fonction de socialisation ou attachement constitue une fonction portante et indispensable dans la structuration de la personnalité de l'enfant et dans son adaptation au groupe. (Zaouch, 2002)

### 4.3.2) La relation avec le père

Selon Delaisi de Parseval (1981), la notion de « *père* » peut en fait servir à désigner toutes une série de personnes et des personnages selon les cultures : le géniteur, le protecteur de la femme pendant la grossesse, le mari de la mère, celui qui élève l'enfant, celui qui donne son nom ou qui adopte, celui qui reconnaît l'enfant, légalement ou rituellement. (Allard-Dansereau, Cyr, Hébert, Tourigny, 2012, p.319)

Winnicott insiste sur l'importance du rôle du père dans le développement de l'enfant, dans la première période, le père a une fonction indirecte, elle se résume dans la qualité de ses relations avec la mère, et dans les relations triangulaires (Boudier et Céleste, 2004, p.103)

œdipiennes, le père intervient pour rompre le système dyadique que mère-enfant et jouera un rôle crucial dans le développement de la personnalité de l'enfant (Boudier et Céleste, 2004, p.103)

Le Camus : considère le rôle d'un père, qui a défini par les psychanalystes comme étant la séparation entre la mère et l'enfant et la transformation de la relation dyade en relation triade père-mère-enfant. Par rapport à This et Clerget, pour donner une place plus chaleureuse de la relation père-enfant ils devenu plus souple en décrivant le père comme plus sensible ; plus affectueux est à intervenir recasement au côté de cet enfant. (Amar, 2015, p.61).

Le père peut intervenir pour protéger la mère et le bébé contre tout ce qui tend à s'immiscer le lien existant entre eux, ce lien qui consiste l'essence et la nature même des soins maternels. Rajouté au point de Winnicott : le rôle du père est alors de dégager la mère des soucis extérieurs pour qu'elle centre sur son bébé. Cette relation dyade permettra à l'enfant l'ouverture au monde, et l'introduction du principe de la réalité. En parlant sur les attitudes éducatives paternelles, on peut dire que celles qui répondent aux besoins de l'affection et d'autorité de l'enfant constituent une influence positive au contraire une attitude caractérisée par l'autoritarisme ou la carence d'autorité, le rejet ou la surprotection, ont des influences négatives, à des degrés variables selon la manière dont elles sont perçues par l'enfant, compensés par d'autres facteurs du milieu. (Hallet, Beauforf, 2003, pp.7-8)

À l'instar du réel biologique de la gestion et de l'allaitement, qui se déroulent en dehors de son corps, le bébé est conçu d'emblée comme un autre par l'homme, ce dernier se situe plus volontiers en position paternel dans les échanges parce que le bébé n'est pas ressenti par lui comme une partie de son corps. Ainsi la position de père fonde l'altérité du bébé, c'est-à-dire sa différence à l'autre dimension qui peut être mise à mal par la position maternelle. (Crespin, 2016, p. 20)

Les relations fraternelles jouent un rôle notable dans le développement de l'enfant. Les liens qui se tissent entre les frères et les sœurs ont une spécificité, une dynamique singulière. Ils ont une tonalité propre et une coloration particulière qui conjuguent des termes ambivalents : jalousie, rivalité, conflit, envie, compétition, amour, attachement etc. (Zaouche-Gaudron, 2002, p. 40)

### 4.3.3) Relation avec la fratrie

La fratrie se distingue des autres relations familiales par le temps que l'enfant passe avec elle. L'enfant passe beaucoup de temps avec ses frères et sœurs qui seraient les premiers partenaires de jeux. De plus, les liens fraternels se distinguent des liens parent-enfant par leur longévité et la constante qu'elle représente dans la famille. (Djo, 2013, p.91)

Les frères et sœurs s'influencent les uns les autres, non seulement directement, à travers leurs interactions quotidiennes, mais aussi indirectement, à travers leurs relations respectueuses avec leurs parents. Réciproquement, les modèles de comportements qu'il établit avec frères et sœurs. (Papalia, 2010, p.234)

Les conflits dans le lien fraternel occupent donc une place importante, et rivalités sont supposées constituer un facteur de construction de la personnalité, les études récentes indiquent que les rivalités et l'existence de conflits ne s'opposent pas à l'attente, il s'agit plutôt de deux formes d'interaction qui coexistent dans la même relation. (Mallet, 2003, p.92)

## 5) Les droits de l'enfant

L'enfance est depuis longtemps négligée, c'était une tranche d'âge délaissée, personne ne s'intéresse à ces droits, mais avec l'évolution de l'humanité et de la science on attribue une place à cette espèce qui semblait être mise de côté à un rapport de protection.

En effet pendant des siècles, ils ont été exploités, abandonnés, vendus en toute impunité, avec le développement de la société l'enfant gagnera sa place en tant qu'individu avec un développement spécifique, et comme un être humain ayant des droits. Ce dernier a été adopté par l'Assemblée générale des Nations unies, et la Convention internationale des droits de l'enfant. (Unicef, 2009)

Ainsi, le développement de débats éthiques autour de l'enfant, le rapport de la société à son égard s'est modifié progressivement, passant successivement d'une conception très ancienne où l'enfant est la propriété du père, ou de l'État, à un rapport de protection, pour qu'enfin soient reconnues à l'enfant des droits spécifiques. Les modifications de ces rapports à l'enfant ont été répercutées dans les législations des différents pays et progressivement la parole a été donnée à l'enfant, du moins en certaines circonstances. L'élaboration par la communauté internationale d'une convention sur les droits de l'enfant (UNICEF 1999), convention adoptée par les Nations unies en 1989 et rectifiée depuis par de nombreux (Bachmann, 2004, p. 3079)

pays pour lesquels elle devient un instrument juridique contraignant, a pour objectif de tenir compte des besoins particuliers des enfants en tant qu'êtres humains en développement, particulièrement vulnérables et essentiellement dépendants. (Bachmann, 2004, p. 3079)

Alors, ils établissent 10 droits auxquels chaque enfant peut prétendre : premièrement le droit à l'égalité sans distinction ou discrimination fondée sur la race, la religion, l'origine ou le sexe. Deuxièmement le droit aux moyens permettant de se développer d'une façon saine et normale sur le plan physique, intellectuel, moral, spirituel et social. Troisièmement le droit à un nom et une nationalité. Quatrièmement le droit à une alimentation saine, à un logement et à des soins médicaux. Cinquièmement le droit aux soins spécialisés en cas d'invalidité. Sixièmement le droit à l'amour, la compréhension et la protection. Septièmement le droit à une éducation gratuite, à des activités récréatives et à des loisirs. Huitièmement le droit au secours immédiat en cas de catastrophe. Neuvièmement le droit à la protection contre toutes formes de négligences, de cruauté ou d'exploitation. Enfin comme dixième droit, le droit à la protection contre toutes formes de discrimination et le droit à une éducation dans un esprit d'amitié entre les peuples, de paix et de fraternité. (Chantepine, Maurage, Marchand, Ployet, 2003, p.133)

## **6) Enfant dans le droit algérien**

Depuis son indépendance en 1962, l'Algérie a fait d'énormes progrès dans la promotion des droits des enfants et des femmes. La ratification de la convention relative aux droits de l'enfant ainsi que celle sur l'élimination de toute forme de discrimination contre la femme, l'adhésion aux objectifs du millénaire pour le développement puis aux objectifs de développement durable pour 2030 sont autant de repères importants susceptibles d'orienter la définition des priorités nationales en matière de développement et de politique de promotion de l'enfance. (Unicef, 2018)

Ainsi l'Algérie a ratifié la convention le 19 décembre 1992, et elle est entrée en vigueur le 16 mai 1993, au niveau régional l'Algérie a publié le 8 juillet 2003 au journal officiel n°41 le décret présidentiel n° 03242 portant ratification de la charte africaine des droits et du bien-être de l'enfant africain, la charte reconnaît la position unique et privilégiée qu'occupe l'enfant dans la société avec d'importantes responsabilités au sein de la famille, un droit accordé à l'enfant signifie un devoir correspondant s'inscrivant ainsi dans les principes de la convention des droits de l'enfant. (Djennad, 2006)



Rencontrée par Hasnaoui, et l'officier Messaoudéne, membre représentant de la sûreté nationale au Conseil national de la protection de l'enfance, évoque plusieurs mécanismes mis en place par les pouvoirs publics pour lutter contre ces fléaux sociaux qui menacent l'enfance, citant des brigades régionales d'investigation sur la délinquance juvénile, les brigades régionales de protection de l'enfant et des personnes vulnérables. (<http://www.radioalgerie.dz/news/fr/article/20181226/158447.html>)

Parmi les droits de l'enfant reconnue en Algérie on peut citer : le droit de garde (hadana), le droit à l'entretien de, le droit à la filiation, le droit à la nationalité, le droit à l'éducation les, le droit à l'éducation, le droit à la protection contre l'exploitation par le travail. (CIDDEF, 2017, pp. 20-21)

## **II) L'enfant en période de latence**

L'enfant est un être en développement et en structuration, qui accède à l'autonomie en évoluant dans différents domaines. Les repères chronologiques indiqués par Freud situent la période de latence « *depuis la cinquième année aux premières manifestations de la puberté* ». C'est à une réorganisation des conflits que l'on assiste à la période de latence, à une réorganisation des processus défensifs et de la relation d'objet. En effet cette phase de développement est reconnue par l'apparition du silence évolutif, Il n'y a pas de bouleversement, c'est une période de tranquillité de calme, on voit apparaître les valeurs morales, les sentiments de pudeur, de dégoût, c'est dans cette période qu'apparaît le refoulement ce qui est lié au développement du « *surmoi* ». Ainsi Freud la définit comme « *période où le refoulement opère habituellement* » il a formulé quant à son origine l'hypothèse d'un double mouvement, « *l'un résultant de l'éducation* », l'autre « *conditionné par l'organisme et par l'hérédité* ». (Denis, 2004, p.2141)

Cette période est marquée par un changement profond dans le mode de réflexion de l'enfant qui se trouve peu à peu disponible pour de nouveaux intérêts, de nouvelles connaissances scolaires et extrascolaires, pour les activités intellectuelles etc. C'est l'époque au cours préparatoire de l'entrée à l'école des premiers apprentissages et des transformations complètes dans sa vie sociale. L'énergie libérée par la résolution temporaire du complexe d'Oedipe est investie dans des domaines très variés (intellectuel, manuel et social). (Lousif, 2009)

Ainsi l'enfant utilise le mécanisme de refoulement, utilisant le contre-investissement de représentations et d'activités ayant une valeur symbolique forte, aboutit à une organisation dont la dimension narcissique est accentuée par l'immaturation sexuelle qui limite la forme et le champ des investissements objectaux. Comme toute organisation narcissique, celle qui s'établit à la période de latence est fragile et le rôle de l'environnement dans cette organisation est très important. L'aspect apparemment raisonnable de l'enfant à la période de latence ne doit pas faire surestimer ses capacités d'autonomie. Il reste très dépendant, pour son équilibre psychologique, de l'affection, de l'intérêt et de la présence d'adultes engagés avec lui. L'environnement des enfants de cet âge est très particulier : il y a un holding de la période de latence, exercé par les parents et leurs substituts, et des espaces qui lui correspondent : le jardin, l'école, la cour de récréation, où la présence des adultes en arrière-plan est indispensable. (Denis, 2001)

Chez la petite fille, cela correspond à une période durant laquelle elle pourra largement investir sa féminité, mais sans avoir déjà à porter l'enjeu de la sexualité future. Elle va se rêver dans son métier, dans sa vie de femme et à choisir des modèles auxquels elle cherchera à se conformer afin de devenir celle qu'elle souhaiterait être. De la même façon chez le petit garçon, ce temps permettra de développer sa masculinité et intégrant à la fois les schémas sociaux et sa propre personnalité. Il pourra rêver champion de football ou cosmonaute, en idéalisant certains modèles qui lui permettront de renforcer sa virilité. (Mareau, Sahuc, 2006, p. 106)

Winnicott a dit « *la santé mentale est essentiel en période de latence et l'enfant qui au cours de cette phase ne peut conserver cette santé est cliniquement très malade* ». Pour lui c'est une période là où l'enfant a besoin de soins pour se forger, il dit que là où il y a des enfants à la période de latence, il y a des adultes pour s'en occuper, dire que là où il y a des enfants à la période de latence il y a une école. (Denis, 2004)

Donc on a choisi cette tranche d'âge d'abord voire l'importance de la santé mentale, plus c'est une période d'entrée à l'école ce qui nous permettra l'accessibilité à notre cas de recherche, et voir le développement intellectuel et l'acquisition du langage qui se développe durant cette période facilitera aux enfants de comprendre et aussi répondre à notre entretien ainsi qu'à notre test, en ayant toutes les capacités de s'exprimer oralement.

L'enfant à cette période de vies connaîtra des changements dans différents aspects, alors on va essayer de spécifier les différents développements qui apparaissent pendant cette

période. D'abord on va présenter les développements physiques ; puis le développement de la personnalité ; ensuite le développement cognitif ; et le développement socio-affectif et enfin on terminera par le développement langagier.

### **1) Le développement physique**

Pour pouvoir juger l'accroissement physique chez l'enfant il faut d'abord s'intéresser à L'accroissement du poids, l'accroissement de la taille, l'accroissement du périmètre thoracique, le rapport de ces trois éléments ou coefficient de robusticité, la denture, le moment où se font les premiers pas, l'époque de la fermeture de la fontanelle antérieure, les proportions du corps, l'apparition des caractères sexuels secondaires. (Mayet, 1912, p.100)

Dès l'âge de 6 à 12 ans, le cerveau de l'enfant a atteint environ 90 de sa taille adulte. Ce chiffre ne signifie pas que la croissance du cerveau est terminée, bien au contraire. Jusqu'à la fin de l'adolescence, de nombreuses transformations cérébrales se produiront et lui permettant de grandir et d'apprendre. (Bouchard, Fréchette, 2000, p.15)

Alors que les muscles se développent plus rapidement que les os pendant les années de la petite enfance et d'âge préscolaire, le squelette se développe très vite pendant cette période et plus vite que les muscles. L'enfant perd la graisse du bébé, la tenue musculaire s'intensifie et la perte de selles s'atténue. (Cox, Hinz, Borgh, Uytbergen, 2004, p.279)

### **2) Le développement de la personnalité**

Selon la théorie sexuelle de Freud, l'enfant traverse une période de latence en ce qui a trait à la pulsion sexuelle, la présence du surmoi lui permet maintenant de suivre volontairement les règles sociales, et l'utilisation des mécanismes de défense qui est une stratégie inconsciente mise en place par le Moi et qui tente de diminuer l'angoisse provenant généralement d'un conflit psychique entre une pulsion et les règles morales imposées par la société.

Selon la théorie psychosociale d'Erikson, en parallèle avec la période de latence, les années scolaires sont également une période d'accalmie une période plus calme, sur le plan affectif l'enfant doit résoudre la crise « *travaille versus infériorité* » et trouver un équilibre qui lui permettra de développer un sentiment de compétences tout en étant conscient de ses limites (être conscient de la possibilité de l'échec). (Papalia, Olds, Feldman, 2012)

Wallon parle plutôt sur stade de la personnalité polyvalente (à partir de 6 ans) jusque-là les précédentes étapes avaient pour cadre la « *constellation familiale* » ; avec le début de la scolarité l'enfant noue des contacts avec l'entourage social mais marqués d'abord par une période d'incertitude, de changements rapides en fonction des intérêts et des circonstances. L'enfant participe à de nombreux jeux de groupes, change de rôle et de fonction multiplie les expériences sociales. (Marcelli, Cohen, 2012, p. 42)

### **3) Le développement cognitif**

On observe à cet âge une maturation de du système nerveux, la pensée n'est qu'un prolongement de l'action. La conscience y aidant, le sujet s'ouvre graduellement à son intégrité et laisse encore sa vie spirituelle. Grâce à son activité de décentration et de coopération (socialisation et réciprocité amorcée autour de 8-9 ans), sa réflexion se transforme en « *pensée formelle* » et « *hypothético-déductive* ». (Mirza, 1994, p. 54)

Cette période marque un grand progrès dans la socialisation et l'objectivation de la pensée. L'enfant devient capable de décentration, il n'est plus limité à son seul point de vue, il peut coordonner plusieurs points de vue et en tirer des conséquences. Il devient capable de se libérer des aspects successifs de ses perceptions pour distinguer à travers le changement ce qui est invariant. La limite opératoire de cette période reste marquée par la nécessité du support Concret : l'enfant ne peut pas encore raisonner à partir des seuls énoncés verbaux. À partir des manipulations concrètes, l'enfant peut saisir à la fois les transformations et les invariants. Il accède à la notion de réversibilité et met en place les premiers groupements opératoires : sériation, classification. (Marcelli, Cohen, 2012, pp.40-41)

### **4) Le développement social et affectif**

A l'âge de six ans commence le stade social qui est caractérisé par socialisation. Il est certain que l'école n'est pas découverte à six ans par les enfants: depuis l'âge de trois-quatre ans, ils ont déjà fréquenté l'école maternelle; mais l'école gardienne ne correspond pas encore vraiment à la socialisation proprement dite: l'enfant trouve à l'école gardienne un intermédiaire entre sa famille et l'école mais il n'est pas encore vraiment question pour lui de créer une relation sociale avec les autres enfants. (Stassart, 1998, p.66)

L'enfant d'âge scolaire, devient de plus en plus conscient de leurs émotions et de celles des autres et ils comprennent donc davantage. Vers l'âge de 7 ans l'enfant fait très bien la distinction entre la culpabilité et la honte, il peut (Papalia, Olds, Feldman, 2012, p.3)

également marquer par une grande aptitude à verbaliser des émotions contradictoires il comprend de plus en plus ce qui les rend tristes, ce qui le met en colère, lui fait peur, ils apprennent à se comporter selon les attentes de leurs milieux. Comme les comportements prosociaux augmentent les enfants peuvent mieux adopter leurs comportements dans diverses situations et avoir un meilleur contrôle de leurs émotions négatives. (Papalia, Olds, Feldman, 2012, p.3)

À partir de 7 ans, il n'y a presque plus de travail solitaire; les enfants commencent tout de suite et sans discussion, à construire un seul édifice. Ils se préoccupent les uns des autres, parfois silencieusement en regardant ce que fait le camarade, en copiant ou en adaptant le travail personnel à ce que fait l'autre enfant. Une sorte de « *discussion en action* » s'instaure parfois. Toute une gamme de sentiments nouveaux entre en jeu vers 7 ans qui vont différencier l'affectivité de l'enfant en une série de nuances qui se forment au (Stassart, 1998) cours de cet apprentissage de la vie sociale. L'opinion des autres camarades a beaucoup d'importance; quelque part, on dirait que le groupe commence à prendre conscience de sa cohésion dans la moquerie ou dans la raillerie aux dépens de certains autres enfants qui se sentent dès lors très tôt exclus. (Stassart, 1998)

### 5) Le développement du langage

Le langage est « *la fonction qui permet d'exprimer et de percevoir des états affectifs, des concepts, des idées au moyen de signes* »

Les linguistes différencient quatre composantes du langage : la phonétique : c'est le niveau concernant les sons du langage ou phonèmes, la sémantique : c'est ce qui concerne les mots et leur signification (lexique), la syntaxe : règles d'associations des éléments du langage entre eux, la pragmatique : étude des actes de parole en situation (prise de parole, échange conversationnel). ([https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/08.modul\\_transdis\\_umvf-3.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/08.modul_transdis_umvf-3.pdf))

La communication : le langage évolue considérablement au cours de cette période, l'enfant comprend et interprète mieux les messages et il réussit davantage à se faire comprendre. Par rapport au vocabulaire, la grammaire et la syntaxe, l'enfant à cette étape peut manier une grammaire complexe un vocabulaire assez étendu. Vers 8 ans l'enfant parvient à considérer la sémantique qui consiste à la compréhension de la signification des mots et des phrases. En ce qui concerne la communication c'est le domaine où l'enfant progresse le plus, il correspond à un ensemble de règles linguistiques qui régissent l'utilisation du langage pour la communication. L'enfant parvient aussi à maîtriser la lecture, qui consiste au décodage de

syllabes et mettant l'accent sur la reconnaissance visuelle, et il apprend aussi pendant sa scolarisation l'écriture, qui fait appel à la motricité fine et impose à l'enfant certains nombres de contraintes comme l'orthographe, la ponctuation et la grammaire. (Papalia, Olds, Feldman, 2010)

### **III) Enfant orphelin**

#### **1) Aperçu historique sur l'enfant orphelin**

Dans les dernières années les enfants orphelins ne sont pas négligés comme aux siècles précédant, ils sont bien soignés, éduqué et ont leurs offres la possibilité d'être adopté pour gagner une famille et un lieu chaleureux.

Si on essaye de faire un petit rappel sur le statut de l'orphelin on trouve que cette tranche de société était éclipsée par d'autres enfants malheureux : les abandonnés. Les travaux historiques aient eu tendance à traiter très rapidement le cas des orphelins ou à les confondre complètement avec les abandonner, cependant les contemporains faisaient une grande différence entre abandonnés et orphelins. (Robin-Romero, 1989, p.442)

Les enfants à cette époque vivent dans des habitats, des institutions créent des autorités de surveillance des orphelins et de leurs tuteurs. Tout comme les enfants trouvés illégitime abandonnés ou de parents inconnus, les orphelins étaient accueillis provisoirement dans des hôpitaux. Les nourrissons (de 3 ans environ) étaient confiés à des parents nourriciers qui recevaient en contrepartie une rémunération hebdomadaire, dès l'âge de (8 ans) les enfants sont logés et nourris à l'hôpital fournissant un travail. Certains hôpitaux comprenaient des sections séparées pour les enfants dont la mère est la responsable, mais d'autres les hébergent avec les adultes nécessiteux (pensionnaires, personnes âgés, malades). (Perier, 1897)

À la même époque de différentes villes comme (Zurich 1637); (Saint-Gall 1663), créèrent des orphelinats sous forme d'établissement de travail forcé. Les enfants travaillent toutes la journée sans arrêt puisque ces institutions doivent s'autofinancer. Vers la seconde moitié de 18e siècle, l'état des orphelins étés critiqués ; voir les mauvaises conditions d'hygiène alors on préférait mieux les placer dans une famille qui devait prendre soin d'eux et assurer leurs éducations. (Perier, 1897)

Sans oublier de reconnaître les efforts de l'église qui prenait en charge ces enfants privés d'appui familial, l'époque révolutionnaire donna naissance à une nouvelle forme de secours, la bienfaisance publique, qui ne cessa de s'amplifier au cours du 19<sup>e</sup> siècle. [http://documents.irevues.inist.fr/bitstream/handle/2042/45938/ANM\\_2009\\_12.pdf?sequence=1](http://documents.irevues.inist.fr/bitstream/handle/2042/45938/ANM_2009_12.pdf?sequence=1)

Ces fondements de l'assistance publique se précisèrent avec la disposition du 27 novembre 1795, qui indique que « *les nouveau-nés seront accueillis gratuitement dans les hospices de la République* ». Le décret qui suivit, le 9 janvier 1811 est fondamental pour tout le 19<sup>e</sup> siècle, il déclare « *pupilles de l'État* » les enfants orphelins et abandonnés jusqu'à l'âge de 12 ans. (Michaux, 2009)

Du côté soins psychiques, quoiqu'ils y avaient des historiens de la famille comme Ariès dans les années soixante, qui s'est interrogée sur la mort des enfants, ses Répercussions affectives pour les parents et ses conséquences démographiques pour l'ensemble de la population. Mais le cas contraire n'été par envisager pourtant, on peut adopter le point de vue inverse, c'est-à-dire considérer la mort dans le cercle familial au travers des yeux des enfants. (Robin-Romero, 1989, p.441)

En 1977, Laslett, le premier, s'est interrogé sur l'absence des parents. Il a montré l'importance numérique des orphelins dans les communautés villageoises, plus récemment, Sylvie Perrier a, elle aussi, placé les orphelins au cœur de ses recherches, en étudiant la tutelle des mineurs. En montrant qu'ils pouvaient cohabiter successivement avec des personnes différentes : parents naturels, beaux pères et belles mères, tuteur ou membre de la famille qui les prenait en pension, et que les fratries étaient souvent disloquées lors de la mort des parents. (Robin-Romero, 1989, p.441)

Au début de 19<sup>e</sup>, on se mit à considérer peu à peu les orphelinats, non plus comme des unités de production pédagogique et assurant la scolarisation. En cette époque divers lieux ne trouvent préférables que les villes, pour l'exploitation agricole, alors des maisons de redressements et établissements pour enfants abandonné été créé. Par exemple celui de : 1820 par Christian Friedrich Spitter et Christian Heinrich Zeller au château de Beuggen dans le sud du payé de Bade, ou institution d'éducation des pauvres. Un système dit familial se développe, selon un nouveau concept d'aide sociale aux enfants et aux adolescents, alors ils étaient pris en charge par un ou deux adultes sous forme d'une famille de remplacement. (Perier, 1897)

Le mot orphelinat apparaît en français, dans son acception contemporaine, dans la seconde moitié de 19<sup>e</sup> siècle. Danièle Laplaige observe qu'il est employé pour la première fois, dans un sens légèrement différent, à propos d'une œuvre créée par l'impératrice Eugénie à l'occasion de la naissance de son fils en 1856 : l'orphelinat de prince impérial. Il s'agit d'un bureau distribuant des secours en argent- à des garçons orphelins de leurs deux parents et recueillis par un membre de leur famille. Puis le mot se substitue peu à peu aux autres termes en usage tels qu'institut ou asiles. (Laplaige, 1986, p.120)

En ce qui concerne l'Afrique de l'ouest on ne trouve pas que les orphelins qui habitent ces orphelinats, mais selon eux il y a deux catégories sociales principales ; la première catégorie concerne : « *les enfants qui ont perdu au moins un parent biologique* », la deuxième catégorie exprime un état sociale « *orphelin social* », « *orphelin de force* » qui exprime les enfants qui ont des parents génétiques vivants, mais se retrouvent dans l'incapacité d'en assumer les charges. Alors qu'aux pays occidentaux les orphelins étaient placés dans des institutions (orphelinat, maison d'accueil), en Afrique ce n'est pas le cas (Bicego et al.2003, Guillemet, 2003).

Le nombre des orphelins en rue et des enfants abandonnés n'ont pas à négliger. Mais il reste insignifiant par rapport au nombre d'enfants qui vivent en famille, qui joue le rôle de filet social pour les enfants orphelins. <https://journals.openedition.org/efg/1244>

En effet, l'intérêt que suscite la question des enfants orphelins dans la littérature récente sur l'enfance en Afrique subsaharienne est sans doute en lien avec la progression de la pandémie du SIDA, qui suscite des questionnements au sujet de la capacité de la famille élargie africaine à faire face aux besoins de ces enfants. On affirme que, sans un soutien familial approprié, les enfants orphelins risquent d'être au travail et non pas à l'école, et que, sans une sécurité sociale appropriée, ils risquent d'être exploités au travail. Par exemple, dans les pays africains où la pandémie du SIDA est largement répandue, on note une floraison d'études sur les inégalités éducatives entre enfants orphelins et non orphelins (Ainsworth et al, 2002; Bicego et al, 2003; Case et al, 2004; Lloyd et Blanc, 1996; Nyangara, 2004). (Danhoundo, 2014)



## 2) Définitions de l'enfant orphelin

Pour bien comprendre le terme « *orphelin* », on a opté pour un ensemble de définitions qui va nous permettre de cerner convenablement son sens en se référant à différents auteurs et différents points de vue.

D'abord commençant par la définition étymologique, le terme « *Orphelin* », est mot ancien français « *orphelin* » du bas latin « *orphanus* », désignant « *un enfant qui a perdu son père et/ou sa mère : Être orphelin de mère* ». (Larousse dictionnaire, 2008, p.269)

En effet les enfants orphelins représentent une tranche fragile de la société. En tant qu'enfant, ils ont d'abord été considérés comme êtres vulnérables, ayant constamment, et à des degrés différents selon leurs âges. (Molinié, 2015)

Ainsi dans la langue arabe « *El-yatim* » désigne celui qui a perdu son père, n'ayant pas encore atteint l'âge de puberté. Ibn Khalouih stipule que l'orphelin soit celui qui perd son père ou sa mère, jusqu'à l'âge de puberté, au-delà duquel, ne sera plus désigné comme orphelin. (Ben-Ali, 2010, pp.6-7)

L'orphelin de père et de mère, s'il n'a pas trouvé de substitut parental, se trouve dans une situation d'abandon. L'enfant qui a encore l'un de ses parents réagira suivant l'attitude de ce dernier, s'il persiste dans le veuvage ou s'il se remarie. Il est, de plus en plus, évident que les réactions seront différentes et que le tableau s'organisera peut-être autrement suivant le sexe de l'orphelin et du père disparu, suivant que l'orphelin a des frères et des sœurs et leur âge, suivant que la disparition des parents a été brutale ou prévisible.

Comme le souligne Boutonnier, Porot, l'âge auquel l'enfant devient orphelin ou est abandonné joue un rôle capital. (Ajuriaguerra, 1980, p. 885)

## 3) L'orphelin dans le droit algérien

On remarque que l'Algérie applique les règles de la religion islamique, celle-ci définit l'orphelin comme « *L'enfant dont le père décéda avant qu'il n'atteigne la puberté, qu'il soit garçon ou fille. On ne parle pas d'orphelin dans le cas du décès de la mère. C'est-à-dire que l'orphelin est celui dont le père est décédé avoir atteint la puberté et ce même si sa mère est encore vivante* ». Autrement dit celui dont la mère est décédée alors que son père est encore en vie, celui-là n'est pas qualifié comme <https://salafislam.fr/lorphelin-sheikh-ibn-utheymin/>

étant un orphelin. Il est nommé orphelin en raison de la solitude, l'orphelin est celui qui se retrouve seul sans celui qui subvenait à ses besoins, l'orphelin est le jeune enfant qui n'est pas en mesure de subvenir à ses besoins. (<https://salafislam.fr/lorphelin-sheikh-ibn-utheymin/>).

En effet le terme orphelin a été, directement ou indirectement (une allusion), citées vingt-quatre fois, dans, vingt-trois versets, dans douze sourates du Coran. L'islam attribue donc, un statut particulier à l'orphelin, octroyant de ce fait, plusieurs droits.

*« On doit bien l'entretenir, l'aimer, le protéger et lui donner beaucoup et largement, avec soin, attention et douceur dans les rapports ».* (Sourates :EL-BAKARA :V83,V15,ENNISSA :V8 ,V36,EL-KAHF :V82 ,EL INSAN :V8,EDOHA :V6)

*« On doit organiser sa vie, conserver ses biens et les développer en attendant de les remettre a l'âge de la majorité. Ne jamais s'en approcher ou en profiter de quelque façon, au risque d'être s'évènement sanctionné ».* (Sourates :EL B AKARA :V220 , ENNISSA :V2 ,V3,V3 ,V6,V10 ,V137 ,EL-ANAAM :V152 ,EL-ISRA :V34).

*« On doit lui assurer une vie décente et correcte Il a droit de percevoir des indemnités, s'il n'a pas de tuteur ou de revenus, puisés dans les biens de l'état (la cinquième part des bénéfiques de l'état, et de la zakat) habituellement réservée aux pauvres, aux démunies et ceux dans les besoins ».* (Sourates: EL-ANFAL: V41, EL-HACHR: V7).

*« Ne pas l'insulter, ne pas l'agresser, ne jamais négliger, les mépriser ou le diminuer. L'islam condamne s'évènement celui qui ne respecte pas ses actes et leur réserve d'importantes sanctions».* (sourates :EL-BAKARA :V177 ,EL-FADJR :V17-18 ,EL-BALAD :V1116 ,EL MAAOUN :V1-3,EDOHA :V9).

Malgré l'état pénible dont se retrouve l'orphelin, l'islam interdit l'adoption, cela est fondée sur l'interprétation exprimée dans un verset coranique intitulé « *El Ahzab* » (les coalisés), qui prescrit, se référant aux enfants accueillis : *« Appelez le dû nom de leurs pères : c'est plus équitable devant Allah, mais si vous ne connaissez pas leurs pères, alors considérez-les comme vos frères en religion ou vos alliés, nul blâme sur vous pour ce que vous faites par erreur, mais (vous serez blâmés pour) ce que vos cœurs font délibérément. Allah, cependant, est pardonneur et miséricordieux»* (Sourate 33 – V 5).

En revanche, le droit musulman reconnaît le concept de « *kafala* » qui est l'engagement de prendre bénévolement en charge l'entretien, l'éducation et la protection d'un enfant

mineur, au même titre que le ferait un père pour son fils, (comme le souligne, par exemple, l'article 116 du code algérien de la famille). (Rekik, 2010).

Selon l'article 116 du code de la famille algérienne, la kafala qualifiée de recueil légal est «*l'engagement de prendre bénévolement en charge l'entretien, l'éducation et la protection d'un enfant mineur, au même titre que le ferait un père pour son fils. Il est établi par acte légal*». C'est ainsi que le droit algérien a consacré cette n°0 cuvelle technique juridique qui s'est substituée à l'adoption. (Houhou, 2014)

Elle permet à un enfant de filiation connue ou inconnue d'être pris en charge (entretien, éducation et protection), par quelqu'un bénévolement «*kafil* » au même titre qu'un fils, à condition qu'il soit musulman, sensé, intègre et capable de subvenir à ses besoins. L'enfant recueilli «*Makfoul* » doit garder filiation (si elle est connue). (De l'article : 116 à 121, chapitre VII, Livre deuxième, code de la famille algérienne). (Code de la famille, 2007, pp. 14-15)

Dans la souna également on avait relevé des devoirs à respecter envers l'orphelin. Le prophète demande, à ce qu'on s'occupe de l'orphelin et qu'on l'accueille au sein de nos familles, qu'on doit lui désigner un tuteur qui prendra soin .il avait égalé la valeur de celui qui s'occupe de l'orphelin à sa propre valeur, en lui réservant le même rang que lui dans le vaste paradis dans le hadith du prophète : «*dans le paradis moi et celui qui aura pris à sa charge un orphelin, nous serons comme ceci* » et il montrait ses deux doigts l'index et le médius. (Ait zai, 2008, p.19)

En effet l'islam voit la vulnérabilité des enfants orphelins il a exigé une prise en charge bien spécifique pour nous rapprocher du Dieu et qui permet de purifier notre âme, ainsi le prophète (sala-Allahou-alayhi-wasallam) a dit d'après Sahl Ibnsa'd: «*Moi et celui qui aura parrainé un orphelin, nous serons comme ceci au paradis.*» Et, ajoute Sahl, il montra ces deux doigts, l'index et le majeur.». D'après Abû Hurayra, un homme vint au Prophète (sala-Allahou-alayhi-wasallam), se plaignant à lui de la dureté de son cœur. Le Messager (sala-Allahou-alayhi-wasallam) lui dit alors: «*passé ta main sur la tête de l'orphelin, et nourris le pauvre.*». Et dans une version. (Bulletin du centre islamique de Genève, 2014, p.3)

Le Prophète (sala-Allahou-alayhi-wasallam) lui dit: «*aimerais-tu voir ton cœur s'adoucir et obtenir ce dont tu as besoin? Fais miséricorde à l'orphelin, passe ta main sur sa tête, et donne-lui de ta nourriture, ton cœur s'adoucira, et tu obtiendras ce dont tu as besoin.*» (Bulletin du centre islamique de Genève, 2014, p.3)

Ceci pour montrer l'importance de son rôle auprès de l'orphelin dans l'islam. De plus, il encourage la bienveillance aux orphelins par des personnes au cœur dur et froid, ceci ayant un effet d'adoucir leur caractère et les rendre plus agréables et plus délicats dans leur rapport avec autrui. Donc en Algérie l'enfant orphelin bénéficie au même titre que les autres enfants, des droits communs (droit à l'identité, nationalité, la vie familiale, la protection contre toute forme de maltraitance (même des parents), protection sanitaire. L'enfant orphelin en Algérie sera mis sous la tutelle des plus proches de sa famille. (Le code de la famille, 2007, pp.9-10)

Le cadre de la famille stipule que le droit d'à la « *hadana* » (garde) revient au cas de séparation ou de décès de l'un des parents a la mère puis au père, puis la grand-mère maternelle, puis a la grand-mère paternelle, puis a la tante maternelle, puis a la tante paternelle, puis aux personnes parentes au degré, les plus rapprochés au mieux de l'intérêt de l'enfant . (Le code de la famille, 2007, pp.9-10)

Malgré les efforts fournis pour protéger cette catégorie vulnérable, mais il y a un problème du vide juridique, l'absence d'un statut de l'orphelin, (Slimani, 2008) les conditions de vie précaires dans lesquelles se trouvent des orphelinats à l'intérieur du pays dont celui de Médéa, la défaillance de la formation des éducateurs spécialisés pour l'accompagnement des enfants assistés dans les pouponnières, l'absence de loi qui protège l'orphelin, le manque d'infrastructures pour enfance assistée et de structures qui accueillent le gosse après l'âge de majorité est entre autres problèmes concrètement vécus par cette frange de la société. (Slimani, 2008)

## **Synthèse du chapitre**

Enfin pour arriver à conclure notre chapitre on va faire un petit rappel sur la signification de l'enfant dans son sens général. D'après qu'on a vu on a compris que c'est une tranche d'âge qui va de la naissance à la puberté, elle est qualifiée d'une tranche d'âge très sensible, puisque c'est l'âge de la construction de la personnalité, c'est pour ça que divers théories se sont basé spécialement sur cette tranche d'âge qui déterminera l'avenir d'un enfant et puis d'une société.

Ainsi, l'orphelinat est parmi les causes qui peuvent bouleverser la vie d'un enfant, et lui attribuer le statut d'un « enfant vulnérable », c'est-à-dire un enfant qui a perdu sa mère ou son père ou les au même temps, ce qui le rendra plus fragile.

Dans cette période de latence plus précisément, l'enfant devient plus stable silencieux, et comprendra ce qui lui arrive, et la situation à laquelle il se retrouve.

Pour arriver à comprendre exactement le vécu psychologique des enfants orphelins on va présenter dans le chapitre précédant un ensemble d'indices cliniques qui vont nous permettre de décrire leur qualité de vie, en se focalisant sur le « *traumatisme* » et la « *résilience* ».

***Chapitre II***  
***Le vécu psychologique de l'enfant  
orphelin de mère en période de latence***

### **Préambule**

Parmi les causes qui viennent bouleverser la vie de l'enfant « *la perte de l'un des parents* » et plus précisément « *la perte de la mère* ». La question qui doit être posée c'est comment ses enfants survivent face à cette situation inattendue qui peut bouleverser tous leurs processus développementaux.

Dans ce qui suit, on s'intéressera aux vécus psychologiques de ses enfants orphelins de mère dans la période de latence, savoir si cette épreuve l'importe dans la tristesse et le traumatisme, où elle leur donne plus de courage pour s'épanouir malgré la blessure, et se montrer résilient.

Ainsi, dans ce chapitre on va présenter « *le vécu psychologique des enfants orphelins de mère dans la période de latence* ». D'abord on va définir c'est quoi un vécu psychologique, ensuite en suivant un ordre alphabétique on va présenter un ensemble de troubles qui peuvent être manifestés par l'enfant séparé de sa mère. Premièrement on va commencer à parler sur « *l'angoisse de séparation* », deuxièmement sur « *la carence affective* », puis on va expliquer « *la conception de la mort chez l'enfant* », après on va aborder « *la spécificité du deuil chez l'enfant* », ensuite on va accéder à la présentation de « *la dépression chez l'enfant* », « *la psychopathologie scolaire* » et « *les troubles d'attachement* », « *trouble somatoformes* ». Enfin on va se focaliser exactement sur le « *traumatisme* » et « *la résilience* ».

On se qui concerne le traumatisme on va commencer par un aperçu historique, puis les définitions, on va essayer de citer les critères ; les types et bien sûr au fils d'évolution des titres on parlera sur le traumatisme chez l'enfant, en ce qui concerne la résilience on va suivre la même procédure en commençant par un aperçu historique puis les définitions et développer peu à peu notre recherche sans oublier de spécifier la résilience chez l'enfant ce qui est notre sujet de recherche, finalement on va terminer notre travail par une synthèse pour conclure nos chapitres.

Dans cette partie de notre thème, il importe de situer notre thème par rapport aux ouvrages que nous avons consultés au cours de m'élaboration de notre travail et qui peuvent nous apporter un plus.

### **1) Définition du vécu psychologique**

## **Chapitre II Le vécu psychologique de l'enfant orphelin de mère en période de latence**

---

Nous allons présenter un ensemble de définitions du « *vécu psychologique* », pour pouvoir attendre la compréhension de la situation dans laquelle se trouve un enfant suite à la perte d'un parent.

Selon le dictionnaire de psychologie (2013), le vécu désigne « *l'ensemble des événements inscrit dans le flux de l'existence, en tant qu'il soit immédiatement saisi et intégrer par la conscience subjective.* (Doron, Parot, 2013, p.746)

En effet le concept de « *vécu* » semble évident, est un vécu ce qui fait partie de la biographie d'une personne, donc de sa vie. Mais quand on veut aller plus loin, Tout vécu et incarné, au sens où il désigne ce qui a été effectivement dans la vie d'une personne, dans son mode propre, donc n'est un vécu que ce qui appartient à une personne et à une seule, dans un collectif, chaque membre a vécu la situation, donc tout vécu relève d'une personne et d'une seule. (Vermersch, 2011)

En ce qui concerne le terme « *psychologique* », il peut-être défini comme « *un vécu relatif à la psychologie, aux faits psychologiques et qui agit sur le psychisme.*» (Le petit Larousse, 2008, p. 923)

On peut déduire alors d'après ces définitions que le terme de « *vécu psychologique* », renvoie une histoire une épreuve qui a été effectivement vécu par une personne, un sentiment psychologique propre à un seul individu sans qu'il soit partagé.

Dans notre travail on à donc essayer de s'intéresser au vécu psychologique des enfants orphelins. Ce qui semble être une réalité très dure à accepter voir l'incompréhension de l'enfant a cette notion de mort. Ce phénomène est considéré comme une véritable crise qui peut avoir des conséquences économique, sociale et psychologique, et peuvent rendre l'enfant plus vulnérable, par uniquement en raison de l'absence du parent mais certainement aussi a cause des circonstances de la mort, cependant un processus de résilience peut observer chez ces personnes ou ces enfants.

Les réactions émotionnelles de chaque enfant dépendent, de son niveau de



développement, de sa relation antérieure avec le parent décédé des circonstances entourant la mort et du mode de réaction de la famille. L'enfant peut réagir suivant deux thèmes : la sensation d'abandon, et la réaction de culpabilité. (Ajuriaguerra, 1980, p. 886)

De ce fait, dans notre recherche on va se focaliser sur le vécu psychologique des enfants orphelins de mère dans la période de latence, en essayant de comprendre mieux les déterminants et les effets psychologiques relatifs à la perte du parent. Chaque enfant vit la perte d'un parent de façon différente : en fonction de sa personnalité, bien sûr, mais aussi de l'attitude de son entourage, et de la relation qu'il avait avec le parent décédé. À l'annonce de la disparition, mais aussi dans les mois et les années qui suivent, l'enfant connaît un certain déséquilibre affectif. Il peut exprimer sa tristesse ou cacher ses émotions derrière une insensibilité apparente, de l'insouciance, un manque d'appétit ou encore une agressivité latente, où l'enfant va éprouver une certaine résilience et se montrer bien équilibré.

### **2) Répercussions psychologiques et psychopathologiques potentiels chez l'enfant orphelin**

Comme on a mentionné précédant on va essayer de suivre un ordre alphabétique pour organiser un ensemble de variables qui semble être nécessaire à aborder dans notre travail, commençant alors par :

#### **2.1) L'angoisse ou anxiété de séparation chez l'enfant**

En se référant à Pichot (1998), les deux termes angoisse et anxiété ont, sur un point étymologique, une origine commune qui prend ses sources dans le sanscrit « *amhas* » (l'étroitesse), la psychiatrie anglo-saxonne ne dispose que d'un seul terme, « *anxiety* », pour exprimer les concepts d'angoisse et d'anxiété. En allemand, le même mot « *angst* » désigne les deux états, ce terme étant directement issu du latin « *angustia* », mais la psychiatrie française a longtemps conservé une distinction entre les deux termes: « *l'anxiété* » est réservée au versant psychologique, « *l'angoisse* » au versant somatique, avec une idée de striction, d'oppression physique. (Servant, 2007)

Ainsi, l'angoisse de séparation est une manifestation psychologique anxieuse normale, attendue et supposée universelle au cours du développement humain, en

particulier pendant l'enfance. Chez le bébé et le jeune enfant, elle consiste en une réaction de détresse observable lorsqu'il est séparé physiquement de sa (ou ses) figure(s) principal(s) d'attachement, généralement dès l'âge de 6 mois (Bailly, 2005). Les réactions marquent à la fois un refus de contact avec l'autre et une anxiété vis-à-vis du départ du parent. Elles peuvent varier d'un enfant à l'autre et selon les âges, certains baissent les yeux timidement, d'autres cachent leur visage, ou se réfugient derrière le parent, tandis que d'autres manifestent des pleurs intenses, un agrippement anxieux et la poursuite du parent. En absence du parent, l'enfant peut présenter des pleurs durables, des geignements, des protestations, des comportements de recherche du parent, ainsi qu'une inhibition dans ses comportements de jeux et d'exploration (Spitz, 1965). (Wendland, Camon-Sénéchal, Khun-Franck, Maronne, Rabain, Aidane, 2011, p.10)

Anna Freud quant à elle, au cours de sa longue carrière de psychologie de l'enfant, elle a abordé relativement tardivement le problème de la séparation, et de la perte d'objet, c'est vers les années 1965 qu'elle écrit sur différentes formes d'angoisses au cours des premières années, parmi lesquelles l'angoisse de séparation et chacune des formes d'angoisse est caractéristique d'un stade particulier du développement de la relation objectale. Au cours du premier stade de développement de l'enfant, stade de l'unité biologique du couple mère-enfant donc état narcissique non différencié, la séparation avec la mère entraîne une angoisse de séparation. Ensuite cette séparation aura d'autres conséquences : dépression anaclitique, peur de perdre l'amour de la mère. (Bailly, 2004)

### **2.2) La carence affective chez l'enfant**

On peut définir le terme de « *carence affective* », comme une carence d'amour pour l'enfant, carence de réponses satisfaisantes aux besoins d'attachement de l'enfant, par « *défaut d'investissement* », or l'investissement de l'enfant est relativement indépendant « *quantitativement* » de la somme des stimulations données à l'enfant. (Roussillion, 2018)

La carence affective résulte toujours d'une insuffisance qualitative ou quantitative de la relation entre l'enfant et sa mère ou sa figure d'attachement. Le défaut d'interactions sensorielles, motrices, langagières qui prévalent dans la carence affective va entraîner des retards de croissance et de maturation neurologique. (Liébert, 2015)

On dit que la mère joue un rôle de pare-excitation. Ce voile de protection qui filtre et adoucit toutes les sensations externes et internes va vous permettre de développer progressivement votre propre sensorialité, en apprenant à mettre des images sur les

## **Chapitre II Le vécu psychologique de l'enfant orphelin de mère en période de latence**

---

sensations que vous éprouver, comme le froid, la faim, l'humidité, etc. Le pare-excitation maternelle est donc un voile filtrant qui atténue considérablement les tensions désagréables pour vous envelopper dans un cocon de douceur et vous rassurer. C'est en comparant vos diverses expériences sensorielles avec les explications bienveillantes de votre mère que vous aller découvrir peu à peu le monde qui vous entoure et comprendre son fonctionnement. (Choussy-Desloges, 2016, p. 123)

En effet, ce sont les séparations durables survenues pendant les trois premières années et notamment du sixième au quinzième mois qui sont les plus graves. De 3 à 5 ans, les enfants, vivant plus exclusivement dans le présent, n'ont plus cette impression d'abandon total et peuvent imaginer vaguement un temps où leur mère reviendra. Le développement du langage élémentaire leur permet aussi de meilleurs contacts sociaux. Après 5 ans les troubles de développement deviennent rares et moins graves. En revanche, les conséquences fâcheuses d'une carence maternelle se manifestent sur le plan de l'évolution affective. Les enfants ayant dépassé l'âge de 5 ans supportent d'autant mieux la séparation que leurs relations antérieures avec la mère ont été meilleures. (Durandea, Tardy-Ganry, 2006, p. 86)

Or, la carence affective peut être intrafamiliale qu'extrafamiliale ce qui est lié soit à un défaut de stimulations et d'apports affectifs e la mère, soit d'un personnage maternel approprié, soit encor à des expressions de séparations précoces et répétées de l'enfant avec une figure maternelle. Ses conséquences sont liées à de nombreux facteurs : l'âge, les caractéristiques propres à l'enfant (sa plus ou moins grande tolérance à la frustration, vulnérabilité variable), l'intensité de la carence sa durée et son mode. (Bonnot, Ferrari, 2013)

Dès lors cette carence affective aura des répercussions sur la vie future de l'enfant, on peut remarquer la présence fréquente d'une difficulté à soutenir l'attention, l'instabilité, la manque d'esprit critique, le manque de sens des réalités objectives et l'inaptitude à l'abstraction pure ou au raisonnement logique, des questions se sont posé sur sa probabilité de causer certaines formes de schizophrénie juvéniles, des troubles de relations sociales sont aussi fréquents, la délinquance étant le témoignage le plus évident d'une mauvaise adaptation sociale. (Durandea, Tardy, 2006)

### **2.3) La conception de la mort chez l'enfant**

La mort a toujours été un sujet très sensible pour en parler, portant c'est une réalité à

## **Chapitre II Le vécu psychologique de l'enfant orphelin de mère en période de latence**

---

laquelle on ne peut pas échapper, elle outrepassé toute limites, détruit toute fixité, transgresse toute forme. Cette conception de « *mort* », en fait se différencie d'un individu à un autre, et il n'est pas vécu de la même façon chez l'adulte que chez l'enfant, sa compréhension dépend de l'âge ; la maturité ; et de la culture familiale sociale et religieuse de l'enfant.

On peut définir la mort comme « *le point de rupture définitif, elle correspond à la cessation, l'arrêt des fonctions vitales d'un organisme, elle est la fin de la vie, la mort c'est cesser d'être, on ne peut parler de mort que parce qu'il y a eu vie, la mort étant le destin de tout être vivant* ». (Jacquet-Smailovic, 2007, p. 66)

Selon des recherches, l'idée de mort et en particulier la notion de mort définitive s'élaborerait progressivement avec le niveau de développement de l'enfant pour parvenir vers la préadolescence à une représentation proche de celle des adultes. D'après Wallon, le problème de la croissance, de la vie, de la mort échappe à l'enfant au moins jusqu'à l'âge de 9 ans, ce sont là des « *ultra-choses* » qu'il ne sait pas encore construire sur les données sensibles. L'idée de la mort se confond d'abord avec des circonstances extérieures et ne semble pas ressentie par l'enfant comme une menace pour ses instincts de vie. La mort est comme un autre état, les morts et ceux qui peuvent mourir sont une autre catégorie d'individus. Pour admettre qu'il mourra lui aussi, il faut souvent que l'enfant soit passé par l'affirmation que tout le monde doit mourir, c'est le syllogisme mais non la conviction de la mort. (Ajuriaguerra, 1998, pp. 492-493)

Dans notre recherche, on s'est focalisé sur la tranche d'âge de 6 à 12 ans, une période là où l'enfant commence à réaliser que la mort peut le toucher et concerner ses proches ,et il acquiert progressivement que la notion de la mort est universelle et irréversible : elle est comprise comme un principe général d'évolution qui se déroule selon certaines règles de cessation des fonctions biologiques mais persiste encore la confusion entre la mort et un mort. Les questions sont à cet âge la plus fréquent car l'enfant cherche à comprendre le monde qui l'entoure et est en quête d'informations. Vers 10 ans l'enfant a habituellement compris que la mort est irréversible et universelle et qu'elle n'a rien à voir avec ce que racontent les contes de fées et les dessins animés. Les mécanismes de défense sont plus opérants et si l'angoisse reste présente, l'enfant n'est plus submergé par l'angoisse de la perte. (Romano, 2007, pp. 100-101)

Selon Nagy (1659), vers 5-6 ans, les enfants ne dénie plus la mort, mais qu'ils ne la conçoivent pas encore comme définitive. Il y a des degrés dans la mort, on peut être mort sans l'être tout à fait, Nous pensons que l'idée de mort comme l'idée de vie est acquis vers 9

ans. Pour s. Anthony situent ces acquisitions vers 10 ans. La différence est vénielle. C'est toujours à partir d'expériences personnelles de la mort d'un parent ou d'un animal familier que, dans les circonstances habituelles, l'enfant intègre réellement à l'intérieur de lui les premières notions sur la mort. Et il est bien clair que le deuil du père, de la mère sont des expériences plus radicales où l'enfant est amène bien vite à associer la mort à la séparation, puis la séparation définitive. (Hanus, 2004)

Cette notion d'irréversibilité est capitale pour le deuil et peut être acquise assez vite. Donc vers 10 ans l'enfant a habituellement compris que la mort est irréversible et universelle et qu'elle n'a rien à voir avec ce que racontent les contes de fées et les dessins animés. Les mécanismes de défense sont plus opérants et si l'angoisse reste présente, l'enfant n'est plus submergé par l'angoisse de la perte. Ses capacités cognitives en pleine évolution lui permettent d'apprendre à composer avec la réalité mais s'il ne se sent plus aussi directement responsable, il peut interpréter le silence des adultes comme un manque de confiance à son égard, voire un rejet. Les réactions de l'enfant face à la mort dépendent donc de son âge, de son niveau de développement psychoaffectif mais surtout du sens et de la perception qu'il va pouvoir donner à cet événement. (Romano, 2007, pp. 102-104)

### **2.4) Le deuil chez l'enfant**

Etymologiquement le terme deuil, vient du latin « *Dolus* » et par extension de « *Dolor* » (souffrir), ce terme n'a donc, initialement, pas de référence spécifique à la mort, mais bien davantage à la douleur du chagrin et de la souffrance de l'âme. (Romano, 2015, p. 6)

Selon Freud (1940), le deuil est « *la réaction à la perte d'une personne aimée ou d'une abstraction mise à sa place, la patrie ; la liberté ; un idéal etc. le deuil remplit une tâche psychique précise ; il a la fonction de détacher du mort, les souvenirs et les espoirs des survivants* ». (Goldbeter-Merinfeld, 2009, p.115). Il rajoute, dans son livre deuil et mélancolie que « *le deuil sévère, la réaction à la perte d'une personne, aimée, comporte le même état douloureux, la perte de l'intérêt pour le monde extérieur, la perte de la capacité de choisir quelques nouveaux objets d'amour l'abandon de toute activités qui n'est pas en relation avec le souvenir du défunt.* » (Goldbeter-Merinfeld, 2009, p.115)

Il est de manière générale, le prototype de la souffrance morale. Dans le domaine de la psychologie, il possède deux acceptions : une « *restreinte* » et une « *métaphorique* ». Dans son acception restreinte, le deuil est une « *réaction biopsychosociale à la perte par*

## **Chapitre II Le vécu psychologique de l'enfant orphelin de mère en période de latence**

---

*décès d'une personne significative* ». Si nous décomposons cette définition, nous pouvons voir le deuil comme la réaction psychologique d'un individu au décès d'une figure d'attachement ; réaction tridimensionnelle touchant autant la sphère somatopsychique que l'environnement social du sujet. Dans une vision plus métaphorique, le deuil peut concerner toute perte importante dans la vie d'une personne (Saint-Exupéry, Bembien, Kaisser, 2014, p. 4)

Le terme de deuil désigne enfin le «*travail de deuil* » qui est un aspect particulier, précis et dynamique, du vécu psychique de la perte. C'est-à-dire le douloureux travail de détachement de l'objet fortement investi objectalement et narcissiquement de manière plus ou moins ambivalente. Ce travail de deuil est une nécessité, il est universel s'en dispenser, l'écarter, le différer, ce qui est possible lorsqu'il se révèle trop pénible, trop dangereux, expose toujours à des complications. (Hanus, 2004, pp. 1463-1464)

Le travail de deuil requiert d'abord la reconnaissance de la perte et des changements qu'elle opère en nous et ce n'est pas si évident. Elle demande de ce fait de la peine, de la souffrance et du temps. Si la perte objective peut être consommée dans les quelques secondes d'un accident, le détachement intérieur demande, en particulier à l'enfant, des mois et des années si tant est qu'il soit un jour tout à fait achevé, il s'accompagne d'un intense et profond mouvement régressif dans la mesure où la réalité objective qui nous blesse nous met en demeure de nous soumettre à ce qu'il y a de plus insupportable. (Hanus, 2004, pp. 1463-1464)

Dans le travail de deuil normal, un lent processus de transformation va s'opérer. Toute l'énergie psychique est d'abord absorbée par des évocations du disparu affectivement très chargées, intenses, omniprésentes. L'endeuillé ne peut penser à d'autres. Puis, petit à petit, un peu de cet investissement se libère, un peu d'énergie redevient flottante, enquête d'autre chose. Pourtant on éprouve encore de la culpabilité car en effet c'est bien un processus de détachement qui risque d'être ressenti sous la forme : « *je laisse mourir* ». Le processus de déplacement des investissements vont prendre du temps, mais viendra la phase où il achève ou l'appétit de vivre renaît à se reporter de nouveaux objets. (Perron, 2000, p. 224)

Selon Freud, le deuil s'exprime par le manque d'intérêt pour le monde extérieur qui s'installe avec la perte de l'objet : toute l'énergie du sujet semble accaparée par sa douleur et ses souvenirs jusqu'à ce que « *le moi, pour ainsi dire, obligé de décider s'il veut partager ce destin de l'objet perdu, considérément l'ensemble des satisfactions*

## **Chapitre II Le vécu psychologique de l'enfant orphelin de mère en période de latence**

---

*narcissiques qu'il y ait à rester en vie, se détermine à rompre son lien avec l'objet anéanti* ». Pour que ce détachement s'accomplisse, rendant finalement possibles de nouveaux investissements, une tâche psychique est nécessaire : « *chacun des souvenirs, chacune des attentes par lesquels la libido était liée à l'objet est présentifiée, surinvestis et sur chacun s'accomplit le détachement de la libido* ». En ce sens on a pu dire que le travail du deuil consistait à « *tuer le mort* ». (Laplanche, Pontalis, 1996, p. 204)

Cependant le deuil chez l'enfant est spécifique, comme il le souligne Kahn (2002) le travail de deuil chez l'enfant comporte une spécificité importante : « *Tandis que l'adulte est capable de se replier sur lui-même et d'attacher ses sentiments à l'image (Solca, 2010) sentiments à l'image intériorisée de l'objet, l'enfant, lui, a besoin d'une personne vivante, capable de combler ses besoins et ses désirs. Mais les retrouvailles avec un autre objet ne doivent pas nous faire sous-estimer la gravité de ce qui est arrivé. Le premier essai d'un lien ayant été détruit, le deuxième essai n'aura pas tout à fait la même qualité, l'exigence d'une satisfaction immédiate, sa revendication sans délai manifestant les traces de l'expérience. Et s'il y a multiplication de telles expériences, il y aura détérioration de la capacité de recréer le lien.* » (Solca, 2010, pp. 187-189)

L'enfant pour faire son deuil passe d'un ensemble d'étapes pour pouvoir se détacher de la personne morte, d'abord le choc de la perte : se manifestent par le refus de là, réalité chez les enfants plus âgés. Les enfants présentent souvent un niveau d'anxiété élevé, des symptômes physiques peuvent apparaître selon le niveau d'anxiété. Ensuite la protestation : elle est la période de révolte. (Yougbaré, 2014, pp.42-43)

Elle peut être marquée par de fortes culpabilités, l'enfant se blâme autrui. Dans un contexte de conflits œdipiens le parent perdu comme celui qui vit peut-être blâmé. À cette étape, les enfants ressentent fortement le doute, la frustration, la colère, l'agressivité, la méfiance, la culpabilité et l'isolement. De plus, la désorganisation : une période où l'enfant endeuillé se manifeste par de la confusion tant au niveau de ses émotions que dans ses activités courantes. C'est le moment de la prise de conscience du caractère définitif de la perte. (Yougbaré, 2014, pp.42-43)

La possibilité de s'engager à nouveau dans des relations interpersonnelles et des activités de la vie quotidiennes est envisagée, le sentiment d'anxiété et de douleurs persiste, mais diminue en intensité et fréquence. Enfin, l'adaptation : c'est la période où la détresse s'estompe graduellement et où la personne retrouve une certaine stabilité. La vie reprend son cours, mais la douleur de la perte n'est pas effacée, ni oubliée. (Yougbaré,

2014, pp.42-43)

Cependant le deuil peut devenir compliqué, ce qui est appelé « *la pathologie du deuil* ». C'est un deuil dont les difficultés sont liées à la complexité des différents facteurs qui, interférant les uns avec les autres ou entre eux, vont entraîner des modifications en excès ou en défaut des différents temps ou étapes du processus de deuil habituellement reconnus. Ce n'est que lorsque certaines manifestations ou certains symptômes, physiques et psychiques, persistent au-delà d'un an ou deux que l'on évoquera la possibilité d'un deuil compliqué. Les complications ont valeur d'aggravation du processus de deuil. (Racamine 2014, p.62)

L'impossibilité de faire le deuil, le deuil non résolu ou non fait reste le plus grave des complications autant pour l'endeuiller lui-même que pour son entourage voire sa descendance (deuil transgénérationnel) : « *sans deuil toléré et accompli, il n'est pas d'autonomie ni d'épanouissement pour le sujet, voire pour son entourage et même pour sa descendance* ». (Racamine 2014, p.62)

De se fait, es endeuillés présentent et vivent indépendamment de ce qu'ils étaient avant la perte, une vulnérabilité psychologique ou une moindre capacité de résistance à tout nouvel évènement et, une sensibilité qui peut être exacerbée. Cette vulnérabilité est source d'un déséquilibre à la fois intellectuel, affectif et relationnel. Les personnes en deuil sont particulièrement fragiles au niveau psychologique, somatique et social. L'endeuillé devient malade alors qu'il ne l'était pas avant le deuil, les pathologies peuvent être: somatiques, mentales. (Levillain-Danjou, 2015, p.3)

### **2.5) La dépression chez l'enfant**

On à tendance à penser l'enfance est l'âge le plus heureux de la vie. La plupart des enfants est protégée par leurs parents, ils ne sont pas encombrés par des responsabilités d'adultes, portant parfois des enfants et des adolescents souffrent de troubles diagnostiqués comme ceux de l'humeur, avec la dépression majeure (Bruchon-Schweitzer, Boujut, 2014, p. 242)

et de trouble bipolaires. La dépression clinique est un ensemble de symptômes émotionnels, cognitif, comportementaux et somatique. Le système dépressif comprend des affects négatifs (découragement, tristesse, craintes, soucis, et parfois hostilité et méfiance), des cognitions particulières (idées d'indignités, dévalorisation de soi, culpabilité, sentiment d'échec, idées suicidaires), des troubles de comportements. (Retrait, fuite, isolement,



## **Chapitre II Le vécu psychologique de l'enfant orphelin de mère en période de latence**

---

fatigabilité, ralentissement, expression triste ou figée) et somatique (fatigue, faiblesse, trouble de sommeil et de l'appétit, céphalées, vertiges, troubles digestifs). (Bruchon-Schweitzer, Boujut, 2014, p. 242)

Comme les adultes, les enfants et les adolescents déprimés ont des ressentis de désespoir typiques, des idées insistantes déformées, des tendances à l'auto-rapporte, une faiblesse de l'estime, de la confiance en soi et de la croyance en leur capacité. Ces signes accompagnent les épisodes de tristesse, de pleurs et des ressentis d'apathie aussi bien que l'insomnie de fatigue et de faible appétit. Il peut y avoir aussi ces idées suicidaires, voire même une tentative de suicide. La dépression chez l'enfant peut être aussi associée à quelques symptômes distinctifs n comme le refus d'aller à l'école la peur du mort d'un parent, et d'un comportement collant au parent. La dépression peut être aussi masquée par des comportements qui ressemblent sans aucun rapport avec la dépression, des troubles de conduites, les problèmes scolaires, les plaintes psychiques et même d'hyperactivité peuvent masquer une dépression. (Nevid, Rathus, Greene, 2009, p.327)

De plus la dépression chez l'enfant est plus difficile à déceler que chez l'adulte, parce que les symptômes sont variables et que la dépression chez l'enfant est souvent accompagnée d'autres problèmes, souvent du type anxieux. Les symptômes de la dépression infantile se manifestent par : premièrement, la présence importante d'émotions négatives, en particulier la tristesse, deuxièmement des symptômes d'ordre cognitif apparaissent, tel que la difficulté d'à se concentrer ou à fournir un effort intellectuel. Troisièmement, une diminution du plaisir et de l'intérêt survient. Quatrièmement, une diminution de l'estime de soi, et parfois des sentiments de culpabilité apparaissent tel que la difficulté à se concentrer ou à fournir un effort intellectuel. Troisièmement, une diminution du plaisir et de l'intérêt survient. Quatrièmement, une diminution de l'estime de soi, et parfois des sentiments de culpabilité apparaissent. (Papalia, Sally, Ruth, 2010, pp. 242-243)

Ainsi, un trouble d'anxiété de séparation peut être confondu avec la dépression, cette dernière se caractérise par un pessimisme généralisé, quelles que soient les circonstances, à l'inverse, la tristesse que peuvent présenter les enfants ayant un trouble anxiété de séparation tient surtout à la conscience qu'ils ont des caractères irrationnels de leurs difficultés. Alors qu'ils peuvent prendre du plaisir dans bon nombre d'activités dès lors qu'aucune séparation n'est exigée, quoi qu'on peut rencontrer les deux troubles ensemble chez le même garçon. (Bailly, 2005, p, 62)

Selon Spitz (1887-1947), il parle plutôt sur « *la dépression anaclitique* », il montre

## **Chapitre II Le vécu psychologique de l'enfant orphelin de mère en période de latence**

---

l'importance des échanges relationnels (notamment avec la mère ou un substitut maternel) dans le développement de l'enfant. Le bébé est dépendant de la personne qui s'occupe de lui, et la séparation d'avec cette personne privilégiée va déclencher la dépression anaclitique. Spitz a étudié 123 bébés ayant subi une carence affective partielle, c'est-à-dire une séparation précoce mère-enfant non suivie de soins substitutifs adaptés, dans une pouponnière carcérale pour jeunes délinquantes. Puis il a décrit les symptômes présentés par ces bébés et leur aggravation au fil du temps. (Caroline, 2006, pp. 136-137)

Spitz parle sur l'hospitalisme, ce qui est observé selon lui dans un hospice pour enfants abandonnés, dans lequel il y avait une infirmière pour huit à douze bébés. Les besoins corporels y étaient satisfaits. Chaque infirmière voyait chaque enfant chaque jour : une préparait les biberons, l'autre changeait les bébés, l'autre les lavait etc. mais les soins étaient anonymes, c'est-à-dire qu'ils n'avaient pas de personne référant, et de ce fait aucun lien affectif ne pouvait s'établir. Ces bébés n'arrivent pas à se développer normalement, leur croissance physique est ralentie, le niveau intellectuel décroît, le langage reste rudimentaire les troubles caractériels s'installent (anxiété puis indifférence), la résistance aux maladies diminue. (Sillamy, 2003, p.131)

En effet, les dépressions du bébé : les dépressions du bébé peuvent être liées à des situations de carence relationnelle quantitative ou qualitative. Parmi les symptômes devant faire évoquer une organisation dépressive chez le bébé, on peut citer :

- l'atonie psychique : manque du tonus vital qui imprègne normalement le fonctionnement psychique du bébé avec absence de curiosité et d'ouverture envers le monde des objets et envers le corps propre (absence d'instauration ou extinction), (absence d'instauration ou extinction progressive des autoérotismes)

- le retrait interactif qui correspond à une absence d'engagements dans l'échange relationnel ;

- le ralentissement psychomoteur : mouvements répétitifs et partiels, s'interrompant avant d'avoir atteint leur but et avec une lenteur prédominant sur les racines tandis que les extrémités conservent une motilité déliée ;

- l'absence de structuration de l'angoisse de l'étranger ; (CFTMEA, 2012, p.77)

- des troubles psychosomatiques d'appel ou d'épuisement : au début de l'épisode dépressif, on a le sentiment que les divers troubles fonctionnels de l'enfant visent à réanimer l'environnement et à solliciter son attention tandis qu'à l'issue d'une certaine période d'évolution, les défenses recrutées sont débordées et les troubles fonctionnels de. (CFTMEA, 2012, p.77)

### **2.6) La psychopathologie scolaire**

L'école est un carrefour dans lequel différentes personnes : élèves, parents, enseignants, tous les autres personnels, entrent en relation. Bien entendu la communauté éducative ne se limite pas aux adultes. Dans l'école nous sommes tous ensemble réunis pour vivre un projet. (Pilet, 2009, p.5)

Au sein de cette école on peut retrouver diverses formes de pathologie ce qui a fait naître une psychologie dite « *Scolaire* », cette dernière est passée par deux grandes conceptions traverse la psychologie dite scolaire : celle-ci liée à l'étude du développement de l'enfant et celle qui étudie les processus psychiques en jeu dans la constitution de soi. La constitution d'un courant de la psychologie qui aurait pour vocation de s'occuper des enfants scolarisés est le fruit d'une très longue gestation (Cognet, Marty, 2013)

Et nombreuses sont les façons de l'aborder. Les plaintes concernant la scolarité chez un enfant ou un adolescent représentent un des motifs de consultation les plus fréquents auprès d'un professionnel de santé. Les difficultés scolaires peuvent être liées à telle ou telle condition psychopathologique : retard mental, dépression, psychose, on trouve aussi d'autres difficultés spécifiques : Celles liées aux apprentissages scolaires comme la dyslexie, dysorthographe, dyscalculie, mais aussi celles qui se rapportent au cadre de la scolarité (phobie scolaire). Enfin, la pathologie produite par l'école elle-même (stigmatisation par l'échec scolaire, harcèlement et violence à l'école etc jusqu'à l'éventuelle pathologie des enseignants qui n'est pas sans retentir sur l'élève, sa manière d'investir la scolarité et son bien-être. Les difficultés scolaires sont en passe de devenir un véritable phénomène de société. (Catherine, 2012, p.3)

L'organisation psychique de la période de latence va subir une mise à l'épreuve narcissique face aux apprentissages scolaires, et l'enfant sera d'autant plus armé face à cette réactivation du sentiment d'incapacité, que l'Oedipe aura été « *intense et hautement conflictuel*. S'ouvriront dès lors des horizons épistémophiliques diversifiés, à condition que les enseignants jouent pleinement leur rôle de contenant des angoisses en acceptant la nécessaire complexité et discontinuité des processus d'apprentissages. (Debray, 2014)

### **2.7) Les troubles d'attachements chez l'enfant**

Les bébés naissent avec le besoin de former des liens forts avec des adultes aimants et réceptifs, pour se sentir en sécurité et pouvoir se développer et apprendre des habiletés sociales et émotionnelles. Ainsi le terme « *d'attachement* », signifie dans son sens littéral : le lien ou une attache, qui existe en particulier entre les personnes, c'est une affection, une

## **Chapitre II Le vécu psychologique de l'enfant orphelin de mère en période de latence**

---

dévotion ou même l'amour. Même si des attachements nuisibles (drogues, personne). Selon la théorie d'attachement : (Prior, Glaser, 2010, p.19)

Effectivement, «*Un attachement est un lien ou un engagement entre un individu et une figure d'attachement* ». Cet attachement est considéré comme un besoin primordial pour le développement du bébé et du petit enfant, puisque c'est une étape de vulnérabilité et d'immaturation. (Prior, Glaser, 2010, p.19)

Plusieurs chercheurs comme Bowlby, Ainsworth se sont intéressés à la qualité d'attachement être l'enfant et sa mère et son influence sur la psyché de l'enfant. Ainsi la théorie de Bowlby, considère que e chez l'humain comme chez l'animal, l'attachement est un besoin primaire, inné, biologiquement déterminé de la même façon que tous les autres besoins fondamentaux liés à la survie. (Missonnier, 2007)

L'attachement, selon la définition de John Bowlby (1978), est tout comportement qui favorise le contact ou la proximité d'un jeune enfant avec sa mère (son parent), afin de répondre à un besoin premier de l'enfant : le besoin de sécurité. Mais ce besoin de sécurité se confronte rapidement à un besoin d'explorer son environnement. C'est en gérant ces deux besoins apparemment opposés que le bébé développe son autonomie d'action, sa pensée et construit son estime de soi. Selon la réponse donnée par son parent à ses besoins ou dans l'accompagnement de ses expériences pour découvrir son environnement (présence, réconfort) l'enfant expérimente à la fois s'il peut compter sur quelqu'un et s'il compte pour quelqu'un. (Rofidal, Pagano, 2018)

Ainsworth (1979), développe la notion d'un attachement « *secure* », ou assuré, caractérisant une forme d'attachement mère-enfant élaboré au cours des premiers mois de la vie. Il représentait se pole de sécurité et de relation dépendance dans la relation mère-enfant. (Mareau, Dreyfus 2004, p. 62)

En effet ces observations auprès d'un nombre significatif d'enfants d'un an ont permis à la chercheuse et à ses collègues de décrire trois formes d'attachements : une forme d'attachement sécurisant (la forme la plus courante), et deux formes d'attachements insécurisant, premièrement l'attachement. (Papalia, Olds, Feldman, Brève, 2010, p. 120) sécurisant de type évitant et l'attachement insécurisant du type ambivalent, ces deux dernières formes étant anxiogènes. (Papalia, Olds, Feldman, Brève, 2010, p. 120)

Les deux auteurs parlent de la figure d'attachement. Ils considèrent que seule la proximité d'avec la figure d'attachement peut « *éteindre* » le système d'attachement puisque l'objectif du système est atteint. Le parent répondant en même temps par le

réconfort et la protection, le bébé va progressivement associer à cette proximité un vécu émotionnel de sécurité qui est un état émotionnel de détente, (Guedeney, 2007, pp. 10-13) calme, relaxé. Cet état émotionnel va devenir l'objectif interne du système d'attachement de l'enfant, alors que la proximité en définit l'objectif externe. (Guedeney, 2007, pp. 10-13)

Les personnes qui s'occupent du bébé dans les premiers mois de sa vie (mère, père, substitut parental, grands-parents, nourrice, référente de crèche) deviennent progressivement des figures d'attachement. On emploie le terme de *caregiver* (celui qui prend soin) qui est préféré à celui de parent pour insister sur l'importance des interactions avec ceux qui élèvent l'enfant, qu'ils soient ou non ses parents biologiques. (Guedeney, 2007, pp. 10-13)

Cependant, ils peuvent exister des cas où ce lien est sérieusement perturbé ce qui donnera lieu à des troubles d'attachements graves. Selon Rutter (1979), l'échec à former un lien sélectif qui est considéré comme un facteur décisif, durant la première enfance entraîné plus tard une série de comportements sociaux inadéquats. Pour lui l'incapacité à établir un lien sélectif dans la première enfance compromet sérieusement l'adaptation sociale de l'enfant. Cet handicap ne pouvant être entièrement surmonté plus tard par le placement de l'enfant dans un environnement plus favorable. Selon Steinhauer (1996), un enfant qui n'aurait pas développé avant deux ans sa capacité d'attachement conservera de graves séquelles, tant au plan social que cognitif, en effet ce dernier prétend que c'est afin de maintenir ses liens à la figure maternelle que l'enfant parvient à abandonner des comportements non désirables socialement mais qui lui procurent du plaisir. (Beaufort, Hallet, 2003, p.17)

### **2.8) La somatisation chez l'enfant**

La somatisation décrit une constellation de signes cliniques et comportementaux indiquant qu'une personne est en train d'expérimenter et de communiquer une détresse psychologique par le biais de symptômes fonctionnels (somatiques) qui ne sont pas dus à une pathologie organique ; la personne attribue (Fiertag, Taylor, Tareen, Garralda, 2012) ces symptômes à une maladie physique ce qui l'amène à consulter un médecin. Dans la somatisation, la production des symptômes n'est généralement pas sous le contrôle conscient. Cependant, chez les enfants et les adolescents, il est particulièrement difficile d'établir le niveau de contrôle conscient. (Fiertag, Taylor, Tareen, Garralda, 2012)

## **Chapitre II Le vécu psychologique de l'enfant orphelin de mère en période de latence**

---

Pour Kellner, « *les syndromes et les troubles psychosomatiques sont des troubles physiques dans lesquels des processus émotionnels jouent un rôle chez certains patients* ». Pour Von, Korff, Katon et Lin « *psychosomatique* » désigne des situations cliniques dans lesquelles un trouble psychologique augmente le risque de développer ou d'aggraver une maladie physique, en raison d'une tension musculaire chronique, d'une hyperexcitation physiologique ou d'une prolongation du temps de convalescence ou d'utiliser davantage les services médicaux. (Haynal, Pasini, Archinard, 1997, pp. 25-26)

En effet, dans le trouble psychosomatique, il y a une atteinte pathologique de l'organe qui semblerait être la conséquence somatique d'affects et de pulsions réprimés. Dans le trouble psychosomatique, c'est la dimension psychologique qui prévaut dans la survenue et l'évolution de la problématique physique existante. De façon générale, les personnes souffrant de troubles psychosomatiques sont peu en contact avec leurs émotions, leurs pensées restant collées au réel, au factuelles, comme anesthésiées. Extérieurement, leur comportement reste adapté en apparence. Selon le modèle analytique, c'est le retour du refoulé qui apparaît sous la forme de symptômes physiques. Selon le modèle cognitivo-comportemental, l'individu ne dispose pas toujours des moyens affectifs et cognitifs adaptés pour traiter l'événement traumatique qui lui arrive, souvent par défaut d'apprentissage. Les réactions biologiques concomitantes sont alors successives, pouvant alors être délétères pour l'organisme et engendrer une pathologie somatique. (Langenfeld, Merklings, 2011)

Selon Kreisler restera le fondateur de la psychosomatique de l'enfant, avec son livre princeps, « *L'enfant et son corps* », en collaboration avec Fain et Soulé. Pour Kreisler, la psychiatrie du nourrisson, c'est d'abord l'étude de ses troubles fonctionnels et de leurs rapports avec les modes de relation mère-enfant on parlait encore peu du père alors. (Kreisler, Guedeney, 2009)

En effet Kreisler et Fain, décrivent : « *à partir des défaillances d'investissement narcissique du moi et de l'image du corps d'une part, d'une inélaboration des mécanismes mentaux de défense vis-à-vis de l'objet frustrant de l'autre un trouble somatique apparaît.* » (Keller, 1997, p. 82)

Selon lui « *la chute dans la dépression chez les nourrissons est l'une parmi les circonstances les plus fréquentes propres à favoriser la désorganisation somatique. Elle survient tantôt dans structure psychoaffective fragile tantôt* » (Weil-Barais, Cupa, 2008)

*chez les enfants dont l'équilibre était harmonieux, dans une relation satisfaisante qui sont soudainement plongés dans la dérivation affective.* » (Weil-Barais, Cupa, 2008)

Selon la classification internationale des maladies (CIM-10), les troubles somatoformes sont «*caractérisés par des symptômes physiques associés à des demandes d'investigation médicale, persistant malgré des bilans négatifs répétés. La présence avérée d'un trouble physique authentique ne permet pas de rendre compte de la nature ni de la gravité des symptômes du patient. Le patient s'oppose à toute hypothèse psychologique pouvant expliquer ses troubles, même quand le contexte l'évoque ou qu'il existe des symptômes dépressifs ou anxieux manifestes* ». (CIM-10, 1994)

Les troubles somatoformes sont exprimés tout d'abord par des affections psychosomatiques parmi lesquelles figurent : l'eczéma, la pelade, le psoriasis, L'asthme, les colites et recto-colites. Ensuite on retrouve les affections psycho-fonctionnels. Parmi les manifestations les plus fréquentes figurent : torticolis psychogène, Crampe des écrivains, spasme du sanglot, hoquet et toux psychogènes, syndromes douloureux psychogènes, troubles cardio-vasculaires fonctionnels psychogènes, prurit psychogène, aérophagie. Et les Troubles hypocondriaques la caractéristique essentielle est une préoccupation persistante concernant la présence éventuelle d'un ou plusieurs troubles somatiques, se traduisant par des plaintes somatiques persistantes ou par une préoccupation durable concernant la normalité physique. (CFTMEA, 2012, pp. 67-68)

La conception du « *vécu psychologique* » semble être complexe pour la cerner, pour pouvoir l'opérationnaliser on a opté pour indicateurs, ce dernier peut être considéré comme une caractéristique qui permet de reconnaître et de d'indiquer des renseignements utiles, c'est un élément significatif, pour pouvoir évaluer les variations dans un domaine précis. Dans notre recherche on va prendre comme indicateur pour pouvoir se situer par rapport à la nature de vécu psychologique d'un enfant orphelin de mère, d'abord le « *traumatisme* » et la « *résilience* ».

### **3) Le traumatisme psychique chez l'enfant**

#### **3.1) Aperçue historique de traumatisme psychique**

## **Chapitre II Le vécu psychologique de l'enfant orphelin de mère en période de latence**

---

Dés l'origine de l'humanité, les victimes de criminalité, de guerres, d'accidents et de catastrophes naturelles ont été touché par la souffrance traumatique. Toutefois ce dernier été méconnu. L'antiquité nous livre de véritables observations cliniques, tel le cas du guerrier athénien Épizelos (Hérodote, 350 avant. J.-C.), atteint de cécité hystérique émotionnelle en pleine bataille de Marathon. On trouve mention de rêves traumatiques dans le Traité des songes d'Hippocrate (400 avant. J.-C.), dans le De natura rerum, de Lucrèce (40 avant. J.-C.) et, plus tard, dans la Chanson de Roland (vers 1100) et dans les Chroniques de Froissard (en 1388). Le jeune roi Charles, au lendemain du massacre de la Saint-Barthélemy dont il fut témoin en 1572, se plaint à Ambroise Paré d'être assailli par des hallucinations et des cauchemars terrifiants qui lui font dresser les cheveux sur la tête. Thème repris par Agrippa d'Aubigné dans son poème les Tragiques « *mes cheveux étonnés hérissent en ma tête* », où il décrit les atrocités auxquelles il a assisté en participant aux guerres de religion dans les rangs huguenots. À la même époque, deux pièces de Shakespeare (Roméo et Juliette ; Henry IV) mentionnent les rêves de bataille, et une troisième (Macbeth) décrit es symptômes psychotraumatiques ressentis par le couple Macbeth torturé par la culpabilité de ses crimes. Quelques décennies plus tard, en 1654, le philosophe Pascal manque d'être précipité dans la Seine avec son carrosse par ses chevaux emballés et ressent ensuite tous les symptômes de ce qui sera dénommé plus tard névrose traumatique (cas rapporté par Pinel). Enfin, la nostalgie décrite au sein des armées de l'ancien régime était souvent due non pas tellement à l'éloignement du village ancestral, mais à la frayeur inavouée d'avoir vu un camarade un « pays » fauché par la mitraille à côté de soi dans le rang. (Chidiac, Crocq, 2010)

La notion de traumatisme psychique s'est dégagée alors progressivement de la notion de traumatisme physique, portant en particulier sur le cerveau. Au cours des deux guerres mondiales, la question des troubles secondaire à des chocs traumatiques a pu être largement documentée. Des milliers de cas ont pu être observés, traités, répertoriés. Plusieurs appellations ont été proposées pour désigner ces troubles. On a parlé de Shell-shock, devenu la pathologie de guerre emblématique, notamment dans les milieux anglo-saxons, de l'hystérie de guerre, qui met surtout en avant les (Lachal, 2010, p. 17)

symptômes de conversion, du syndrome d'épuisement ou exhaustion. Pendant la guerre russo-japonaise, le psychiatre allemand Honigman propose le terme de névrose de guerre (Kriegs-neurose). Le ptsd (Post Traumatic Stress Disorder) a pris le relais de ces appellations, il s'agit d'un phénomène de « *rebranding* », donner un nouveau nom à un



## **Chapitre II Le vécu psychologique de l'enfant orphelin de mère en période de latence**

---

produit trop connu. Le terme de névrose traumatique, conservé par les auteurs français, permet une approche clinique plus affinée, tenant compte de symptômes qui ne sont pas recensés dans le PTSD et de l'évolution dans le temps de la symptomatologie. (Lachal, 2010, p. 17)

En 1809, avec Pinel, la science connaît un sursaut dans le domaine de la santé mentale, en effet, dans 80 son traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale Pinel fait une large place à la pathologie réactionnelle. La première description de traumatisme consistait à des cauchemars, la labilité émotionnelle, la réaction de sursaut, le halo d'anxiété, et de la dépression. (Osseiran-Houballah, 2003, pp. 80, 81)

Mais il a fallu attendre la fin du 19<sup>e</sup> siècle pour que l'entité « *névrose traumatique* » soit proposée par Herman Oppenheim, pour désigner le syndrome hystérique ou anxio-phobiques consécutifs aux accidents de chemin de fer, causé par l'effroi, et caractérisé par le souvenir obsédant de l'accident, les troubles de sommeil avec cauchemars de reviviscence, les phobies électives et la labilité émotionnelle. (Crocq, 2012, p. 249)

Par contre Charcot, (1884) à la Salpêtrière, optaient pour l'hypothèse émotionnelle, au vu des disproportions évidentes entre certains tableaux cliniques spectaculaires et le choc physique minime qui était censé les avoir déterminés. Toutefois, Charcot ne voulut pas reconnaître l'autonomie de la névrose traumatique, et rattacha cette pathologie à l'hystérie ou à l'hystéro-neurasthénie, diagnostic créé pour la circonstance. Après la mort de Charcot (1893), la névrose traumatique avait cependant gagné droit de cité, en particulier dans les nosographies établies par Kraepelin (1889) ; Kraft- Ebing (1898) en particulier y consacra des ouvrages démonstratifs. (Chidiac, Crocq, 2010)

Quelques années plus tard Kraepelin décrit une « *névrose d'effroi* », qui ressemble beaucoup à notre « *névrose traumatique* ».Kraepelin mettait en avant l'état psychique de l'individu au moment de l'événement et insistait sur le fait qu'il n'était pas nécessaire d'avoir été dans l'accident, mais qu'il pouvait souffrir d'en avoir été (Lebigot, 2006, p.5)

le spectateur. Dans ses « *leçons de mardi* » Charcot présente beaucoup d'observations d'hystéries traumatiques, comme il les appelle. Il affirme que l'hystérie masculine est toujours d'origine traumatique. (Lebigot, 2006, p.5)

## **Chapitre II Le vécu psychologique de l'enfant orphelin de mère en période de latence**

---

Freud et Janet. Tous deux élèves de Charcot, chacun à sa façon vont pousser jusqu'à leur point de rupture les positions théoriques et méthodologiques du maître de la Salpêtrière être à l'origine, sous les termes de subconscient pour l'un et d'inconscient pour l'autre, des premières constructions véritablement psychologiques du psychisme humain. Ce sera principalement sur le terrain de l'hystérie que cette démonstration se fera, reléguant pour longtemps les particularités de la névrose traumatique à une question marginale voire définitivement dépassée, même si elle inspirera en 1920 à Freud des développements métapsychologiques profondément novateurs avec la pulsion de mort et qu'il sera toujours réticent à l'assimiler à une psychonévrose de transfert. En revanche, la notion de traumatisme connaîtra désormais une place centrale dans ces constructions, mais dans une acception radicalement différente de celle qu'elle revêtait jusqu'alors, le traumatisme perdant totalement son caractère d'événement de vie pour devenir constitutif de la formation de l'inconscient, quelle que soit la théorie qui en sera développée. (Pignol, Hirschelmann, 2014, p. 453)

La dernière étape historique, en 1980 devant les séquelles traumatiques présentées par les vétérans du Vietnam ( Post Vietnam Syndrome décrit en 1980), le DSM 3 introduit dans sa nosographie un trouble psychiatrique dénommé post-traumatic stress disorder (PTSD), appelé en français Etat de Stresse Post traumatique, ce dernier est considéré comme une pathologie pratiquement unique dans la liste des désordres psychiatriques, avec les troubles mentaux provoqués par des maladies somatiques puisque qu'il existe dans les critères diagnostiques un critère qui spécifie une étiologie : la survenu d'un événement traumatique. Il ya donc-quasi affirmation que la genèse du trouble est évidente. Les séquelles psychologiques des événements traumatiques chez les enfants furent quant à elle que tardivement reconnues, les premiers travaux remontent à la seconde guerre mondiale. (Olliac, 2012, pp. 310, 311)

Au terme du rapide survol de l'histoire du trauma, couvrant plus de 20 siècles, d'Hérodote jusqu'à nos jours comment les hommes ont connu les souffrances psychiques causé par la violence, et identifié le bouleversement provoqué par l'irruption de cette violence au sein du psychisme. (Crocq, 2012, p. 261)

### **3.2) Définition du traumatisme psychique**

On va présenter quelques définitions, qu'on a jugées utile pour clarifier le terme de traumatisme psychique. D'abord on va commencer par la présentation de son sens

## **Chapitre II Le vécu psychologique de l'enfant orphelin de mère en période de latence**

---

étymologique, puis on va détailler plus ce concept qui semble être utilisé couramment dans notre langage habituel.

Donc, le mot « *traumatisme* » vient du grec ancien « *traumatismos* », signifiant action de blesser ; mais son acception française actuelle correspond plutôt au mot grec « *trauma* », qui signifie « *blessure* ». En psychologie, le concept de traumatisme psychique ou trauma a été emprunté à la pathologie chirurgicale, où il signifie « *transmission d'un choc mécanique exercé par un agent physique extérieur sur une partie du corps et y provoquant une blessure ou une contusion* ». Transposé à la psychopathologie, le mot a conservé cette connotation. Le traumatisme psychique est la transmission d'un choc psychique exercé par un agent psychologique extérieur sur le psychisme, y provoquant des perturbations psychopathologiques, que ces dernières soient transitoires ou définitives. (Chidiac, Crocq, 2010, p. 316)

Si l'on comprend le traumatisme psychique au niveau psychologique cela correspond à tout événement de la vie qui vient faire effraction dans le psychisme. Le psychisme est ce qui permet au sujet de comprendre le monde qui l'entoure, d'apprendre, d'établir des relations avec son entourage, de traduire et de gérer ses émotions. Du bébé à l'adulte, le psychisme de l'être humain évolue avec des ressources différentes mais, comme nous le verrons, il se construit grâce à la relation avec l'autre. Le traumatisme est un événement qui vient violemment, brutalement, bouleverser l'être humain dans sa capacité à comprendre ce qu'il est en train de vivre. Il est confronté à quelque chose qui n'a aucun sens, qu'il ne parvient pas à traduire car il n'y a jamais été préparé. Tous les mécanismes habituels qui lui permettent de donner sens et d'élaborer ses expériences sont, provisoirement, hors d'usage. (Romano, 2013, p.6)

Ainsi, le traumatisme psychique peut être défini comme : « *un événement de la vie du sujet qui se définit par son intensité, l'incapacité ou se trouve le sujet d'y répondre adéquatement, le bouleversement et les effets pathogènes durables qu'il provoque dans l'organisation psychique. En termes économiques, le traumatisme se caractérise par un afflux d'excitation qui est excessif, relativement à la tolérance du sujet et à sa capacité de maîtriser et d'élaborer psychiquement ces excitations* ». (Laplanche, Pontalis, 1996, p. 499)

Actuellement un ensemble d'auteurs comme Taieb, Baubet, Pradère, Revah-Lévy, Serre et Moro (2004) rappellent qu'il existe trois modèles de compréhension du traumatisme : celui de la névrose traumatique développée par la psychanalyse (laquelle

est notre référentiel de prédilection), le modèle cognitif qui pointe les troubles de la mémoire autobiographique et une perspective neurodéveloppementale qui reconnaît les effets des traumatismes précoces sur la maturation cérébrale et les systèmes impliqués dans la régulation du stress. (Mazoyer, Auriol-Verge, Roques, De Berail, 2016)

Quant à la CIM 11, le chapitre 6 « *troubles mentaux, de comportement et neurodéveloppementaux* » propose dans « *Troubles spécifiquement associées au stress* » le « *trouble de stress post-traumatique* » (6B40) et « *trouble de stress post-traumatique complexe* » (6B41). La CIM 11 aborde la question du trauma dans un chapitre appelé « *troubles mentaux, de comportement et neurodéveloppementaux* », ou elle propose dans « *Troubles spécifiquement associées au stress* » le « *trouble de stress post-traumatique* » (6B40) et « *trouble de stress post traumatique complexe* » (6B41) (CIM11, 2018)

Pour le trouble de stress post-traumatique, elle écrit « *Le trouble de stress post-traumatique* » (TSPT) est un trouble qui peut survenir à la suite d'une exposition à un événement ou une série d'événements extrêmement menaçants ou horribles. Il se caractérise par tout ce qui suit :

1) revivre le ou les événements traumatiques du présent sous forme de mémoires intrusives vives, de flash-back ou de cauchemars. Celles-ci sont généralement accompagnées d'émotions fortes ou écrasantes, en particulier de peur ou d'horreur, et de fortes sensations physiques;

2) éviter les pensées et les souvenirs de l'événement ou des événements, ou éviter les activités, les situations ou les personnes qui font penser à l'événement ou aux événements; et 3) des perceptions persistantes d'une menace actuelle accrue, par exemple, comme indiqué par l'hypervigilance ou par une réaction de surprise accrue à des stimuli tels que des bruits inattendus. Les symptômes persistent pendant au moins plusieurs semaines et entraînent des troubles significatifs du fonctionnement personnel, familial, social, éducatif, professionnel ou autres. (CIM11, 2018)

Pour « *le trouble de stress post-traumatique complexe* », elle propose ceci « *Le trouble de stress post-traumatique complexe* » (TSPT complexe) peut survenir à la suite d'une exposition à un événement ou à une série d'événements de nature extrêmement menaçante ou horrible, le plus souvent d'événements prolongés ou répétitifs dont l'évasion est difficile ou impossible (par exemple, la torture). , esclavage, campagnes de génocide, violence domestique prolongée, abus sexuels ou physiques répétés dans l'enfance). Toutes les exigences de diagnostic pour le SSPT sont remplies. En outre, le SSPT complexe se caractérise par :

1) des problèmes graves et persistants de régulation de l'affect ;

2) les croyances sur soi-même comme diminuées, vaincues ou sans valeur, accompagnées de sentiments de honte, de culpabilité ou d'échec lié à l'événement traumatique ;

3) difficultés à maintenir des relations et à se sentir proche des autres. Ces symptômes entraînent une altération importante du fonctionnement personnel, familial, social, éducatif, professionnel ou autres ». (CIM11, 2018).

Le traumatisme alors peut être considéré comme un dommage de la structure ou du fonctionnement du psychisme, c'est une conséquence d'un choc causé par un événement qui est hors du commun, ce qui menace sérieusement la vie d'un individu, voir sa rencontre avec la mort. La situation traumatogène est considérée comme un fait accidentel, soudain et imprévisible, c'est cette imprévisibilité qui désorganise le psychisme.

### **3.3) Définition de l'événement traumatique**

Pour commencer on doit définir c'est quoi un événement dans son sens général. Il est défini comme « *tout ce qui arrive* » (Littré, 1974), s'est précisée en un siècle pour désigner d'abord « *le fait auquel vient aboutir une situation* », c'est-à-dire l'issue, le résultat, contraire ou non aux attentes, puis « *tout ce qui arrive et a quelque importance pour l'homme* », bonheur ou catastrophe, coïncidence ou destin (Lee Robert, 1977). Le caractère extensif de cette définition contraint à en déployer les nuances. Nous suivrons le développement qu'en a proposé Kahn (1990), en proposant des illustrations tirées du domaine psychopathologique. (Ghiglone, Richard, 1999, p.580)

La notion courante d'événement de vie peut être résumée à un changement extérieur au sujet, c'est-à-dire que cette notion suppose à la fois la survenue d'un changement suffisamment rapide et important pour entraîner une discontinuité dans la vie du sujet et le caractère objectif de ce changement, c'est-à-dire une origine extérieure au sujet. (Tatossian, 1985, p. 139)

En psychiatrie Dantzer (1991) considère l'événement comme « *événement vital* » comme « *un événement qui survient dans la vie de l'individu et l'oblige à réagir de façon plus ou moins importante, pour s'y ajuster. Cet événement peut être bénéfique (vacance,*

## **Chapitre II Le vécu psychologique de l'enfant orphelin de mère en période de latence**

---

*promotion, mariage) ou nocif (perte d'un être cher, rupture d'attachement, accident, etc.) Les événements vitaux constituent autant de sources de stress et donc d'altérations potentielles des fonctions organiques* ». Si on refera au point de vue psychanalytique, elle emploie le terme d'événement au sens précis de « *ce qui est arrivé et qui fait effet sur le psychisme* ». Pour Dayan (1985), l'événement par exemple ceux de l'enfance, soumis au refoulement n'agit pas sur la vie à la façon d'un agent externe descriptible comme tel : il est présent dans la trace de l'impression qu'il produit en s'insérant dans le continuum d'expériences (scènes vues, vécues, entendues) où il survient. Cette trace le détermine par rapport à un avant même lorsqu'il cesse d'exister. C'est même quand il disparaît du monde réel qu'il prend forme et valeur pour celui à qui il advient : c'est par ses effets psychiques que l'on reconnaît qu'un événement a eu lieu. (Ghiglione, Richard, 1999, p.580)

Par rapport au mot « *traumatique* » comme on a déjà présenté, c'est un événement où il y a une rencontre avec le réel de la mort ce qui conduira une déchirure du moi, suite à un événement qui menace leurs vies ou leurs sécurités, un événement qui est indépendant de la volonté humaine, ce qui sera vécu comme un sentiment d'impuissance. Par là, l'expérience traumatique renvoie à l'originnaire à une fait effraction du psychisme, en provoquant un choc, et un état d'effroi.

*« Un évènement traumatique » est alors défini comme « une rencontre avec le réel de la mort, celle-ci est ce que nous représentations font de réel, un peu comme nos appareils sensoriels transforment immédiatement des langues d'and en couleur ou en sons ».* (Lebigot, 2009, p. 202)

En effet un événement est considéré comme traumatogène ou « *traumatique* » lorsqu'il présente deux caractéristiques. D'une part, il implique une menace de mort ou une menace grave à l'intégrité physique. D'autre part, il a entraîné une peur intense, de l'impuissance ou de l'horreur chez la victime (APA, 2003). Si l'une des deux conditions manque, on ne peut pas parler, sur le plan psychopathologique, d'événement traumatogène ou traumatique. En effet, la réaction subjective (peur intense, impuissance, effroi, etc.) doit nécessairement être associée à la situation de menace. (Boudoukha, 2009)

L'évènement traumatique, par sa violence, a créé une rupture du pare-excitation de l'image traumatique comme un « *corps étranger* » (Freud, 1929), qui fait alors éternellement retour par défaut d'élaboration. C'est parce que le sujet ne parvient pas à transformer ce percept en pensée et à l'associer à des mots et à des émotions qui prennent

sens pour lui que l'image traumatique revient de manière incessante. Les symptômes de répétition marquent la prédominance du perceptif qui ne peut être liée à aucune représentation mentale pour pouvoir être associée et intégrée à la mémoire. Le traumatisme psychique correspond à une absence d'élaboration, de mentalisation, de représentation. (Freud, 1920)

De plus l'évaluation du caractère traumatique d'un événement est affectée par des facteurs liés à l'environnement lui-même, tels que la proximité et l'imprévisibilité de la menace, sa durée et son intensité, le degré d'ambiguïté de la source et de l'issue et également des facteurs personnels : les ressources psychologiques de l'individu, l'intensité de son angoisse, son seuil de tolérance à la menace et à la douleur, ses expériences antérieures d'exposition au danger et la confiance qu'il a dans ses propres capacités à modifier l'environnement de manière à l'adapter à ses fins. (Ghiglone, Richard, 1999)

Par la suite un événement traumatique peut se constituer un état de stress post traumatique (ESPT) qui présente diverses manifestations psychopathologiques : l'évitement pouvant conduire à un émoussement émotionnel, la répétition (cauchemars répétitifs, hallucinations), l'hypervigilance provoquant des troubles du sommeil, de la concentration, de l'hyperactivité. La comorbidité de différents troubles comme les troubles de l'attention, des conduites, ou encore oppositionnels avec l'ESPT est également à souligner. (Mazoyer, Auriol-Verge, Roques, De Berail, 2016)

### **3.4) Les critères diagnostiques du traumatisme psychique selon le manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-5)**

Critères s'appliquant aux adultes, aux adolescents et aux enfants âgés de plus de 6 ans :

A. Exposition à la mort effective ou à 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 à plusieurs événements traumatiques.
2. En étant témoin direct d'un ou de plusieurs événements traumatiques survenus à d'autres personnes.
3. En apprenant qu'une ou plusieurs événements traumatiques sont arrivés à un membre de la famille proche ou à un ami proche. Dans le cas de mort effective ou de menace de mort d'un membre de la famille ou d'un ami, le ou les événements doivent

## **Chapitre II Le vécu psychologique de l'enfant orphelin de mère en période de latence**

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 premières lignes rassemblant des restes humains, policiers exposés à plusieurs reprises à des faits explicites d'abus sexuels d'enfants). (DSM-5, 2013, p.320-321)

N.B: le critère A4 ne s'applique pas à des expositions par l'intermédiaire de médias électroniques, télévision, films ou images, 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. (DSM-5, 2013, p.320-321)

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. (De 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. évitement 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 manifestations suivantes :

1. évitement ou effort pour éviter les souvenirs, pensées ou sentiments concernant ou



## **Chapitre II Le vécu psychologique de l'enfant orphelin de mère en période de latence**

---

étroitement associés à un ou plusieurs événements traumatiques et provoquant un sentiment de détresse.

2. évitement ou efforts pour éviter les rappels externes (personnes, endroits, conversations, activités, objets, situations) qui réveillent des souvenirs des pensées ou des sentiments associés à un ou plusieurs événements traumatiques et provoquant un sentiment de détresse. (DSM-5, 2013, p.320-321)

D. Altérations négatives des cognitions et de l'humeur associées 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. 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. Hypervigilance.

4. Réaction de sursaut exagérée.

5. problèmes de concentration.

6. Perturbation du sommeil (P.ex. difficulté d'endormissement ou sommeil interrompu ou agité). (DSM-5, 2013, p.320-321)

F. La perturbation (symptômes 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 répond 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'être dans un rêve, sentiment de déréalisation de soi ou de son corps ou sentiment d'un ralentissement temporel).

2. Dérealisation : 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], affection médicale (p. ex. épilepsie partielle complexe).

Spécifier si :

A exception retardée : si l'ensemble des critères diagnostiques n'est présent que 6 mois après l'événement (alors que le début et l'expression de quelques symptômes peuvent être immédiats). (DSM-5, 2013, p.320-321)

Comme on a déjà mentionné précédemment, on prend comme guide dans notre recherche « *l'approche psychodynamique* » qui s'est montrée contre cette classification de DSM, elle parle plutôt de « *névrose traumatique* », terme qui a des origines lointaines depuis les travaux mené par Oppenheim, Janette, Breuer, Freud, et de Crocq.

Plusieurs auteurs (Barrois 1988, Crocq 1999) s'opposent au terme d' « *Etat de Stress Post-traumatique* » et lui préfèrent celui de « *Syndrome Psychotraumatique* ». Cet avis est

## Chapitre II Le vécu psychologique de l'enfant orphelin de mère en période de latence

partagé par de nombreux cliniciens en Europe. En effet, à l'heure actuelle deux conceptions s'affrontent autour de la psychopathologie traumatique : l'une américaine avec le PTSD et l'autre Européenne qui reprend à son compte le concept de névrose traumatique et lui assigne une symptomatologie psychodynamique. (Decam, 2012)

D'abord, la réaction immédiate a été oubliée dans le système DSM américain ; car le diagnostic d'Acute Stress Disorder, ou état de stress aigu, ne s'applique qu'aux états qui perdurent plus de 24 heures et moins de trente jours, ce qui correspond à la période post-immédiate. Ensuite, les critères du PTSD (ou de l'ESPT) sont trop restrictifs et laissent de côté tout un pan de l'ancienne névrose traumatique, reléguée au rang de « *pathologie associée* », malgré son empreinte psychotraumatique. Enfin, le diagnostic d'ESPT ne rend pas compte de l'impact du trauma sur la personnalité de l'individu, impact qui était explicitement reconnue dans le diagnostic de névrose traumatique et que la CIM-10 a reconnu pour les cas sévères, qu'elle dénomme « *modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe* ». (Chidiac, Crocq, 2011)

En gros, la névrose traumatique regroupait trois catégories de symptômes : d'abord le syndrome de répétitions, pathognomonique, ensuite les symptômes non spécifiques et enfin la réorganisation de la personnalité. (Crocq, 1999, p. 92)

1- Les symptômes de répétition : on désigne par répétition un ensemble de manifestations cliniques par lesquelles le patient traumatisé revit intensément, contre sa volonté et de manière interactive, son expérience traumatique. En ce sens ce syndrome serait mieux dénommé, « *syndrome de reviviscence involontaire interactive* ». Ces manifestations sont en nombre de sept: la reviviscence hallucinatoire, l'illusion, le souvenir forcé, la réminiscence mentale, le vécu comme si l'évènement aller se reproduire et les cauchemars à répétition. (Crocq, 2012, p. 62)

2- Les symptômes non spécifiques : Les symptômes non spécifiques apparus après l'exposition traumatique comprenaient : premièrement l'asthénie (triple asthénie, physique, psychique et sexuelle), incluant la difficulté de concentration retenue dans l'ESPT comme critère D3 deuxièmement l'anxiété (accès anxieux psychique et somatique et état anxieux intercritique) troisièmement les superstructures psychonévrotiques (hystériques, phobiques et obsessionnelles, dont les conversions, les phobies liées à l'évènement – correspondant aux critères C1, C2 et C3 de l'ESPT et les rituels protecteurs liés au trauma), quatrièmement les plaintes somatiques et les troubles psychosomatiques

(tels que psoriasis, asthme, hypertension et ulcère gastrique), cinquièmement les troubles des conduites, dont l'anorexie et la boulimie, les conduites alcooliques et toxicomaniaques, les conduites suicidaires et les conduites agressives (tel l'accès de colère retenu par l'ESPT comme critère D2). (Chidiac, Crocq, 2012, pp, 4-6)

3- L'altération ou réorganisation de la personnalité : le trauma se manifestait par un triple blocage des fonctions du moi : d'abord le blocage de la fonction de filtration, le sujet n'étant plus capable de filtrer dans l'environnement ce qui est dangereux de ce qui ne l'est pas, d'où son attitude d'alerte permanente, son hypervigilance, ses sursauts et sa résistance à l'endormissement, tous symptômes mentionnés parmi les critères D de l'ESPT, puis le blocage de la fonction de présence, le sujet se sentant détaché du monde, d'où son impression d'un monde lointain ou déréel, sa perte de motivation pour les activités jadis motivantes et son impression d'avenir bouché, tous symptômes mentionnés comme critères C de l'ESPT (C4 et C7), enfin le blocage de la fonction de relation équilibrée à autrui, le sujet étant devenu dépendant, quêtant l'affection d'autrui, récriminateur insatisfait, mais incapable d'aimer les autres, de les comprendre et de se faire comprendre, tous symptômes mentionnés comme critères C5 et C6 de l'ESPT. (Chidiac, Crocq, 2012, ppp, 4-5-6)

### **3.5) Le diagnostic différentielle : Troubles liés à des traumatismes ou à des facteurs de stress :**

1. Le trouble stress post-traumatique (TSPT) et le trouble stress aigu (TSA), caractérisés par l'exposition à la mort effective ou à une menace de mort, à une blessure grave ou à des violences sexuelles, puis par le développement de symptômes de reviviscence envahissantes, d'évitement persistant des stimuli associés au traumatisme, d'altérations négatives des cognitions et de l'humeur, et d'altérations marquées de l'éveil et de la réactivité, doivent être différencié.
2. Du trouble de l'adaptation est caractérisé par un facteur de stress qui peut avoir toutes sortes de niveaux de sévérité, et n'a pas un mode de réponse spécifique (p. ex. symptômes de reviviscence envahissants). Le diagnostic de trouble de l'adaptation est porté quand la réponse à un facteur de stress extrême ne répond pas aux critères du TSPT ou du TSA (ni à ceux d'un autre trouble mental), quand le mode symptômes du TSPT ou du TSA survient en réponse à un facteur de stress qui n'est pas extrêmement traumatisant (p. ex. départ du conjoint, licenciement).

3. Du deuil complexe persistant (dans la section III du DSM-5 est caractérisée par des pensées et des souvenirs intrusifs concernant le défunt, qui persistent pendant au moins 12 mois après le décès. À la différence du TSPT, où les symptômes intrusifs et envahissants concernent les événements traumatiques liés à la perte, dans le deuil complexe persistant les symptômes intrusifs se focalisent sur plusieurs aspects du défunt, y compris des aspects positifs de la relation avec lui, et sur la détresse de la séparation.
4. D'autres troubles mentaux pouvant survenir après l'exposition à un facteur de stress extrême sont caractérisés par un mode de réponse qui répond aux critères d'un autre trouble mental dans le DSM-5 (p. ex. trouble psychotique bref, trouble dépressif caractérisé).
5. Du trouble obsessionnel-compulsif est habituellement caractérisé par des pensées intrusives récurrentes, mais ces dernières sont vécues (First, 2016, pp. 220- 221) comme inappropriées et elles ne sont pas en lien avec un événement traumatique vécu. (First, 2016, pp. 220- 221)
6. Du trouble panique peut être caractérisé par un hyperéréthisme et des symptômes dissociatifs, mais ceux-ci surviennent durant les attaques de panique et ne sont pas associés à un facteur de stress traumatique.
7. De l'anxiété généralisée peut être caractérisée par des symptômes persistants d'irritabilité et de l'anxiété mais, à la différence du TSPT et du TSA, ces symptômes ne sont pas associés à un facteur de stress traumatique.
8. Des troubles dissociatifs sont caractérisés par des symptômes dissociatifs qui ne sont pas nécessairement liés à l'exposition à un facteur de stress traumatique (mais qui le sont souvent). Des symptômes dissociatifs survenant dans le contexte d'un syndrome complet de TSPT peuvent justifier l'emploi de la spécification « avec symptôme dissociatif ».
9. Des troubles psychotiques (p. ex. schizophrénie) peuvent être caractérisés par des symptômes perceptuels comme des illusions ou des hallucinations. Ces symptômes doivent être distingués des flash-back du TSPT et du TSA, qui sont caractérisés par des intrusions sensorielles reproduisant des parties de l'événement traumatique et qui peuvent survenir avec une perte complète de la conscience de l'environnement réel. Ces épisodes sont typiquement brefs mais ils peuvent être associés à une

détresse prolongée et à un hyperérétisme exacerbé. Les flashbacks ne sont généralement pas considérés comme des phénomènes psychotiques.

10. D'une lésion cérébrale traumatique est caractérisée par des symptômes neurocognitifs (p. ex. désorientation et confusion persistantes) qui se développent à la suite d'une lésion cérébrale traumatique, souffle d'une bombe, traumatisme par accélération/ décélération). (First, 2016, pp. 220- 221)
11. Comme ce type d'événements traumatiques peut également entraîner le développement d'un TSA et d'un TSPT, ces deux diagnostics doivent aussi être envisagés.
12. De la simulation est caractérisée par l'imitation de symptômes et doit toujours être éliminée quand des bénéfices légaux, financiers ou autres jouent un rôle. (First, 2016, pp. 220- 221)

### **3.6) Les caractéristiques du traumatisme psychique**

#### **3.6.1- Le débordement des défenses psychologiques**

Le traumatisme psychique est une réponse à un événement qui présente des aspects de soudaineté, de violence et de surprise. Par son côté inattendu et accidentel, l'événement traumatique entraîne un débordement des défenses psychologiques du sujet. C'est ce débordement psychique qui définit le trauma ; en effet, face à l'état d'impréparation, le sujet traumatisé ne peut pas réagir, car il n'a pas pu anticiper la violence de l'événement (défaut d'angoisse signalée), ce qui le laisse sidérée sur le plan psychique. (Chehraoui, 2014, p. 12)

#### **3.6.2- Confrontation avec le Réel de la mort**

Le traumatisme psychique résulte d'une rencontre avec le « réel » de la mort. Cela veut dire que le sujet s'est vu mort ou il a perçu ce qu'est vraiment la mort comme anéantissement, et non sous cette forme imaginaire qui caractérise le rapport des hommes à la mort. Freud faisait remarquer que nous savons tous que nous allons mourir, mais que nous n'y croyons pas. Il n'y a pas de représentation de la mort dans l'inconscient. (Lebigot, 2006)

### **3.6.3- L'effroi**

L'effroi s'est imposé à Freud comme devant être distingué de la peur et de l'angoisse. C'est un état généralement bref, privé d'affects et de pensées (de représentations, dans le langage psychanalytique). Seule s'impose alors, à l'appareil psychique, l'image traumatique, qui est le véhicule d'une image du réel de la mort, du néant (Lebigot). Nous savons tous que nous allons mourir un jour, mais au fond nous n'y croyons pas. Nous vivons comme si nous étions immortels (Barrois). Ce qui signifie que nous n'avons pas en nous de représentation de la mort. Cette image traumatique pénètre par effraction dans un psychisme, le moment de l'effroi est très bref, une fraction de seconde à quelques secondes le plus souvent. C'est pendant ce temps que le sujet se voit mort, ou qu'il perçoit ce néant de la mort à travers l'autre, l'*alter ego*. Il n'a ressenti aucun affect, et il s'est également senti déserté par le langage, les pensées. (Vaiva, 2005)

### **3.6.4- La rupture de l'enveloppe psychique est l'intrusion d'un corps étranger**

Le traumatisme psychique se traduit d'un point de vue topique comme une rupture de l'enveloppe psychique, du pare-excitation (Freud, 1920), qui crée une désorganisation psychique durable et facilite l'intrusion du traumatisme dans l'appareil psychique comme un corps étranger à travers les symptômes de répétition peut être compris comme une tentative d'assimilation par le sujet. (Chehraoui, 2014, p. 12)

### **3.6.5- La soudaineté**

L'élément de surprise auquel Freud était très attaché, on le rencontre dans tous les cas, même lorsque la situation rend probable un événement tel que celui qu'a rencontré la victime. Le trauma résulte toujours d'une perception ou d'une sensation. Il est l'incrustation de quelque chose qu'on a vu, le plus souvent entendu : comme une explosion, senti : comme des odeurs de cadavre ou de fumée, goûté : goût de cyanure, ressenti : corps serré dans un étau ou secousses d'un tremblement de terre. Le trauma, c'est toujours du réel. Si douloureuse que soit pour le sujet une nouvelle apprise par le récit d'un tiers, si horrible que soit le spectacle vu au cinéma ou à la télévision, il n'y aura pas trauma, malgré l'ampleur éventuelle du choc émotionnel. (Lebigot, 2006)

### **3.6.4- Une sensation**

Le traumatisme psychique résulte toujours d'une perception visuelle le plus souvent, parfois auditive (explosion), ou olfactive (odeurs de cadavre par exemple). Par la suite, le sujet ressent de la culpabilité qui est à prendre en considération comme une tentative de réappropriation de la maîtrise, une surprise reprise du sens de l'événement en vue de lutter contre le sentiment d'arbitraire. De plus l'événement a la particularité de faire vivre au sujet une expérience unique, celle de son vécu singulier qui le conforme à l'aléatoire de son existence en le plaçant aux limites de son être et basculant ses défenses au niveau archaïque avec des sentiments d'abandon, d'isolement, et d'absence de secours. (Morgan, 2012, p.58)

### **3.7) les types du traumatisme psychique**

#### **3.7.1) Les traumatismes de type I, type II, type III, type IV**

C'est à Lenore Terr (1991) que l'on doit la première typologie des traumatismes. Elle distingue deux catégories : (Joss, 2019, p. 54)

##### **a. Traumatisme de type I**

Elle entend par traumatisme de type I un traumatisme induit par un événement unique, limité dans le temps, présentant un commencement net et une fin claire. Une agression, un hold-up, un incendie, une catastrophe naturelle sont quelques illustrations de ce genre d'incidents critiques. (Joss, 2019, p. 54)

Ainsi, Ils surviennent chez l'enfant après un événement unique, soudain, brutal, limité dans un temps : agression, accident, prise d'otages, catastrophe naturelle par exemple. l'apparition des troubles est souvent rapide : reviviscence, évitement, hyperactivité neurovégétative. la reviviscence de l'événement se manifeste par des jeux répétitifs, des remémorations quasi hallucinatoires, des cauchemars à thème non spécifique l'évitement des stimuli associés au traumatisme est fréquents : l'enfant s'efforce d'éviter les pensées et sentiments liés à l'événement l'hyperactivité neurovégétative associe troubles du sommeil, irritabilité, impulsivité, difficultés de concentration, hypervigilance, accompagnées souvent de maux de tête de douleurs abdominales. (Daligand, 2009, p. 225)

##### **b. Traumatisme de type II**

Elle parle de traumatisme de type II lorsque l'événement à l'origine des troubles s'est répété, lorsqu'il a été présent constamment ou qu'il a menacé de se reproduire à tout



## **Chapitre II Le vécu psychologique de l'enfant orphelin de mère en période de latence**

---

instant durant une longue période. La violence intrafamiliale, les abus sexuels, la violence politique, le terrorisme et les faits de guerre répondent à cette définition. (Joss, 2019, p. 54)

En effet, le traumatisme se manifeste, de manière particulière avec refoulement, déni, dissociation (les symptômes dissociatifs se caractérisent par une réduction de l'état de conscience, une focalisation ou un émoussement émotionnel avec un sentiment de détachement par rapport à l'environnement), chez les enfants qui ont vécu la guerre, la torture, l'internement dans des camps. On peut retrouver les symptômes classiques du trauma psychique avec des troubles associés : dépression, silence obstiné par respect du secret concernant ces violences pouvant aller jusqu'au déni massif de tout ce qui concerne le trauma, inhibition intellectuelle, émoussement affectif, détachement, restriction des intérêts et des relations. (Daligand, 2009, p. 225)

Eldra Solomon et Kathleen Heide (1999) spécifient une troisième catégorie

c. Le traumatisme de type III

Pour décrire les conséquences d'événements multiples, envahissants et violents débutants à un âge précoce et présent durant une longue période, cas typique des abus. (Joss, 2019, p. 54)

Ils sont considérés comme des agents stressants chroniques ou abusifs (camps de prisonniers de guerre et de concentration, torture, exploitation sexuelle forcée, violence et abus sexuels intrafamiliaux, etc). Les traumatismes induits par un abus sexuel ou par la torture doivent être assimilés aux traumatismes de type II, voire aux traumatismes de type III, même si l'agent stressant ne s'est présenté qu'une seule fois dans la vie de la personne. (Brière, 2011, p.12-13)

d. Les traumatismes de type IV

Il correspond aux traumatismes en cours, contrairement aux catégories suivantes se type de traumatisme se poursuivent dans le présent. (Capito, 2017, p. 191)

### **3.7.2) le traumatisme simple et complexe**

## **Chapitre II Le vécu psychologique de l'enfant orphelin de mère en période de latence**

---

Judith Herman (1997), professeur à la Harvard School, choisit de classer les traumatismes en deux catégories : les traumatismes simples et complexes.

### a. Les traumatismes simples

La définition des traumatismes simple est assimilée aux traumatismes du type I définis par Terr. Les événements qui les engendrent constituent un événement ponctuel dans la vie du sujet. (Josse, 2019)

### b. Les traumatismes complexes

Par rapport au traumatisme complexe, ils résultent d'une victimisation chronique d'assujettissement à une personne ou à un groupe de personnes (camps de concentration et de prisonniers de guerre, maisons closes, violence familiale constante, violences physiques graves et constantes, agressions sexuelles durant l'enfance, (Brière, 2011) groupes d'enfants victimes de la traite des êtres humains). Les traumatismes complexes sont à rapprocher des traumatismes de type III. (Brière, 2011)

Actuellement, les dénominations trauma simples et complexes sont préférées à traumatismes du type I, II et III. Les traumatismes de type I simples constituent un événement ponctuel dans la vie d'un sujet tandis que les traumatismes de type II et III complexes sont caractérisés par une addition et une succession de violence. Les premiers exposent les personnes à un événement unique, circonscrit dans le temps, imprévisible et d'apparition brutale : les seconds les soumettent à une violence durable, répété, exemple de surprise, voire prévisible. (Josse, 2011, p. 54)

### **3.7.3) Traumatisme direct et traumatisme indirect**

#### a. Traumatisme direct

On le qualifie de traumatisme direct lorsque les victimes ont été confrontées au sentiment de mort imminente ou d'horreur.

#### b. Le traumatisme indirect

Se type de traumatisme n'est pas réservé à la condition de victime, il peut être aussi le fait des témoins et des acteurs. Des personnes évacuées d'une manière traumatisante (traumatisme par ricochet), ou ceux dont la rencontre avec une personne ou un groupe de

personnes traumatisées leur ont constitué un événement traumatique (traumatisme secondaire). (Chelala, 2012, pp. 86-87)

### **3.8) les différentes approches théoriques du traumatisme psychique**

Pour aborder les théories qui ont traité le traumatisme psychique on va suivre plutôt un ordre alphabétique, pour pouvoir organiser notre travail. Et pour traiter notre thème sur « *le vécu psychologique des enfants orphelins de mère dans leurs période de latence* », on a opté pour l'approche psychodynamique qui s'intéresse à la relation d'objet et la répercussion négative qui peuvent avoir la séparation sur la santé de l'enfant et son vécu.

#### **3.8.1) Approche cognitive et comportementale :**

Sur le plan comportemental, il se développe, chez ses patients, un processus de conditionnement secondaire au stimulus traumatique. Ce conditionnement se traduit par un ensemble de comportements qui s'imposent au patient et qui comprennent, entre autres, les conduites d'évitement et le syndrome de répétitions. Il existe (Braconnier, 2006, p.260) aussi un tableau d'hypovigilance, avec comparaison permanente entre la situation actuelle et les circonstances du traumatisme, l'univers personnel et donc restreint, réduisant les occasions de satisfactions et d'épanouissement, et pouvant conduire à des affects dépressifs. (Braconnier, 2006, p.260)

Selon l'approche cognitive l'événement est considéré comme une source d'information importante. Néanmoins, ces informations se trouvent être en opposition avec les croyances de base du sujet. L'importance de cette information est nécessairement prise en compte et traitée par le système d'adaptation de l'individu qui s'organise autour de deux mécanismes. On rappelle que selon les théories piagétienne, les mécanismes d'assimilation renvoient à l'action du sujet et consistent à intégrer de nouvelles données aux patterns comportementaux qui existent déjà. Alors que l'accommodation correspond à une modification de l'organisme pour s'adapter aux conditions extérieures, le processus d'accommodation sert à enrichir ou élargir un schéma d'action en le rendant plus flexibles.

Les processus d'interprétation des causes, des conséquences et des états émotionnels peuvent être également mis en jeu. Ainsi, les informations traumatiques peuvent être traitées sous la forme d'une chaîne causale inadéquate. Certains individus ont tendance à attribuer l'occurrence d'un événement incontrôlable à des causes internes, stables et globales. Or, un sujet qui présente ce type d'attribution à plus de risques de développer un

ESPT. Inversement, l'attribution de l'événement à des causes externes, temporaires et spécifiques réduit le risque de développement de l'ESPT. (Brière, 2011, pp. 24-25)

### **3.8.2) Approche phénoménologique**

Les considérations avec le réel de la mort renvoient en fait à une approche phénoménologique du trauma (Crocq, 1999). Au regard de la phénoménologie, la pathologie de l'effroi se démarque de la pathologie de l'angoisse, laquelle se déroule dans la seule histoire intérieure de vie. L'effroi implique un objet extérieur, relevant d'un être-au-monde plus vaste, en renvoie toujours à la scène traumatique, qui se situe à la frontière du dehors et du dedans, et hors de la continuité de temps, ne promettant rien d'autre que l'anéantissement immédiat. (Crocq, Daligand, et al, 2007, p. 11)

Avec Barois (1988), nous pouvons dire que l'accident traumatisant est « *moment propulsif* » dans sa temporalité, « *épiphany* » dans sa proclamation de la mort comme vérité ultime. Sur le plan du vécu clinique, l'expérience traumatique est un bouleversement de l'être, qui laissera une impression de changement radical de la personnalité, une altération profonde de la temporalité (puisque le temps s'est arrêté au moment figé sur la terreur ou l'horreur, sans possibilités de vivre le présent fugace, ni d'envisager un avenir différent, ni même de reconsidérer le passé différemment à chaque instant) et une perte de la possibilité d'attribuer un sens aux choses, plus qu'une perte de sens, le trauma serait d'ailleurs une expérience de non-sens, se passant ou l'on quitte l'univers des choses qui peuvent être désigné et représentées, pour entrer dans le monde du néant. (Crocq, Daligand, et al, 2007, p. 11)

Pour Crocq tous les sujets traumatisés se plaignent de ressentir l'impression pénible d'avoir complètement changé de personnalité, de ne plus se reconnaître. Ils ont désormais une nouvelle manière de percevoir, de penser, de ressentir, d'aimer, de vouloir et d'agir, et il propose le terme d'imposture névrotique, pour rendre compte dans une perspective phénoménologique du caractère xénopathique (influence étrangère imposée de l'extérieur), de cette invasion de la personnalité par un événement bouleversant, puis par son pseudo-souvenir devenu étranger et tyrannique (1966).

La temporalité du traumatisé est profondément altérée. Chez lui, l'écoulement harmonieux du temps s'est arrêté sur l'instant figé de la terreur ou de l'horreur. Le présent

## **Chapitre II Le vécu psychologique de l'enfant orphelin de mère en période de latence**

crystallisé, statique et privé de son évanescence, et détruit à une image spéculaire du trauma, il ne promet aucun avenir il ne se centre que sur l'expérience du trauma. (Crocq, 2012, p.30)

Cette approche fait ressortir trois caractéristiques essentielles de l'expérience traumatique : l'aliénement traumatique, le bouleversement de la temporalité et le non-sens impliqué par le trauma Simmel (1918) parlaient de changement d'âme, Kardiner (1941) d'une personnalité née de la dissociation de l'ego effectif, Shatan (1973) de transfiguration de la personnalité et nous-mêmes de personnalité « *traumatique* » (1974) non pas comme une personnalité constitutionnelle ni acquise dans l'enfant ce, mais qu'est devenu de la personnalité après l'impact du trauma. (Cario, 2002, pp. 27-28)

### **3.8.3) L'approche psychanalytique**

Les premières théories sur le traumatisme étaient abordées 1889 par Janet, il explique par des excitations liées à un événement violent qui vient frapper le psychisme, y pénètrent par effraction et y demeurent ensuite comme un corps étranger, ce dernier donne une dissociation de la conscience. (Savignat, 2008, p. 7)

En effets en 1919, il propose dans son ouvrage les médiations psychologiques, une théorie explicative séduisante de la névrose traumatique : « *ce qui caractérise essentiellement la névrose traumatique, c'est l'impossibilité de se détacher du souvenir de son trauma* ». Il s'agit d'un souvenir brut, sensoriel, subconscient, et non pas d'une représentation mentale. (Crocq, 2012, p. 23)

Selon Freud (1920), il compare l'organisme à une « *vésicule vivante* », protégé des stimuli extérieurs, en surface, par une écorce de défense appelée « *par-excitation* ». Ici, l'événement traumatique est non seulement violent, mais il survient dans la surprise et l'impréparation, de sorte qu'il déborde les capacités de filtrage de par-excitation. Il « *pénètre* » donc à l'intérieur de l'organisme, où il va continuer à provoquer des remaniements pendant longtemps. (Alain, 2006, p.25)

Pour Fenichel (1945), il est considéré comme le psychanalyste qui a fourni le modèle le plus fidèle à l'orthodoxie Freudienne, ce modèle est présenté en deux chapitres de son

## **Chapitre II Le vécu psychologique de l'enfant orphelin de mère en période de latence**

---

ouvrage la théorie psychanalytique des névroses consacrées à la névrose traumatique et à ses complications. Reprenant le modèle énergétique freudien, Fenichel distingue trois cas de figures, ou bien le sujet est sain mais conjoncturellement épuisé et son par excitation ne pouvant pas repousser ni filtrer les agressions, il fera une névrose traumatique pure, ou bien enfin, il s'agit d'un sujet déjà névrosé et dont toutes l'énergie sera toujours accaparé, une névrose traumatique « *colère* », « *compliqué* », des symptômes de la névrose antérieure. (Fenichel, 1979, P. 185)

Il décrit la symptomatologie de la névrose traumatique sous forme d'une triade sémiologique comportant :

a. Un blocage ou affaiblissement des fonctions du moi ; c'est la centration de toute l'énergie mentale sur une tâche unique ce qui affaiblit les autres fonctions du moi. (Fenichel, 1979, pp. 184-185)

b. Des crises émotives : l'un des modèles archaïques pour la décharge d'urgence est l'angoisse et la colère.

c. Des symptômes de répétitions : la répétition des rêves est une forme de régression vers un monde primitif d'intégration, cette répétitions peut être bénéfique, car c'est une manière de maîtrise du monde. (Fenichel, 1979, pp. 184-185)

### **3.9) La prise en charge du traumatisme psychique**

Dans ce qui suit on va parler sur les différentes prises en charge proposées par différentes théories. Pour le faire on va suivre un ordre alphabétique pour pouvoir ordonner notre recherche.

#### **3.9.1) Les thérapies cognitivo-comportementales du trauma**

Le principe de base des thérapies cognitivo-comportementales (TCC) sont de raisonner à partir du comportement du patient pour conceptualiser les cas, définir les objectifs thérapeutiques, axer les interventions, évaluer les résultats. Les TCC visent à une modification comportementale, sous-tendant une meilleure qualité de vie, avec une réduction de la souffrance et du handicap fonctionnel, et une meilleure adaptation au milieu environnant. Le comportement cible peut être un objectif limité, n'incluant pas l'ensemble des difficultés du patient (plusieurs comportements cibles peuvent être traités successivement). (Crocq, 2007, p.147)

## **Chapitre II Le vécu psychologique de l'enfant orphelin de mère en période de latence**

---

Les TCC du trauma proprement dites sont des thérapies brèves centrées sur le trauma (TFT), éventuellement complétées d'une thérapie plus globale ou sur d'autres cibles. Les psychotropes peuvent jouer un rôle additionnel. Les techniques usuelles en TCC du trauma sont l'exposition en imagination au souvenir traumatique, l'exposition *in vivo* aux situations évitées, la restructuration cognitive (schémas de danger, culpabilité, etc.), l'affirmation de soi, la gestion de l'anxiété (relaxation, contrôle des stimuli, etc.) et la gestion de la colère. Grâce à, l'évitement, les syndromes phobiques sont des indications majeures des TCC. On distingue deux temps dans la thérapie premièrement amenée le patient à accepter de se confronter à ce qu'il évite et réduire le handicap fonctionnel (réduire l'anxiété liée à la confrontation et desserrer le cercle des évitements). On possède par un cadre psychothérapeutique, l'alliance thérapeutique ; l'exposition active aux stimuli déclencheurs réduits les évitements par l'extinction de l'anxiété évoquée (Crocq, 2007) (la réponse apprise) ; la gestion du stress rend tolérable le niveau de détresse et les réactions de détresse. Il faut rétablir un équilibre par apprentissage : réduire la fréquence d'émission des comportements nocifs ou non pertinents (conduites anxieuses, conduites agressives, comportements d'évitement, intrusions) et augmenter la fréquence des comportements adaptés (comportement assertif, confrontation aux difficultés, résolution de problèmes, gestion du stress et de la colère). (Crocq, 2007)

### **3.9.3) EMDR :**

On trouve aussi les thérapies par l'utilisation de la Désensibilisation et Retraitement par les Mouvements Oculaires (EMDR), c'est une méthode thérapeutique privilégiée auprès des personnes souffrant d'un état de stress post traumatique (ESPT). Cette technique permet en effet à la victime, selon Laupies (2000), de se « *représenter les pensées négatives associées, puis à trouver des cognitions positive pour les remplacer* ». Les fondements théoriques de l'EMDR reposent sur la capacité du psychisme à métaboliser la majorité des vécus traumatique. Certains vécus ne seraient pas métabolisés et en se figent détermineraient, pensées, émotion qui deviendraient alors pathologiques. (Lebigot, 2001)

### **3.9.4) Les thérapie psycho-dynamiques**

Les psychothérapies psycho-dynamiques utilisent les concepts de la psychanalyse. Mais elles affichent des buts différents. Si l'analyse est une aventure où l'analysant est à la recherche de sa vérité, et que la guérison ne lui est donnée que « *par surcroît* », la guérison

est ici ce qui est recherché. C'est elle que les patients viennent demander. Toutefois, à la différence d'autres psychothérapies, elles ne font pas du symptôme le centre de leur action. Il s'agit pour elles de traiter un sujet, ici un sujet traumatisé. La référence à la psychanalyse indique en premier lieu avec quelle grille d'interprétation le praticien écoute le discours de son patient. Sur le plan de sa technique, il se démarque beaucoup de la « *cure type* ». Ainsi d'abord n'est-il pas question d'opter pour la « *neutralité* » bienveillante, les patients sortant d'une expérience traumatique la prendraient pour de l'indifférence, une absence de cette empathie qu'ils ont absolument besoin de supposer chez la personne à laquelle ils viennent se confier. Du même ordre est le maniement du silence. (Lebigot, 2005, p.168)

### **3.10) La spécificité du traumatisme psychique chez l'enfant**

#### **3.10.1) Aperçu historique du traumatisme psychique chez l'enfant**

Pour bien aborder notre thème de recherche sur l'enfant on doit alors spécifier c'est quoi un « *traumatisme psychique chez l'enfant* » ; puisqu'un événement traumatique ne se produit pas uniquement à l'âge adulte. Les enfants peuvent aussi être victimes d'une telle situation. Il en est de même pour l'ÉSPT qui peut survenir à tout âge après la première année de vie.

Par rapport à l'enfant, historiquement parlant, les chercheurs se sont intéressés au traumatisme que tardivement, les premiers travaux remontent à la seconde guerre mondiale. Les premières observations cliniques d'enfants exposés au traumatisme correspondent à des prises en charge d'enfants victimes de maltraitance et date du 19<sup>e</sup> siècle. Ambroise Tardieu, professeur de médecine légale à Paris est alors un des premiers à décrire l'existence des répercussions psychiques suite à un événement traumatique. Contrairement aux médecins légistes du 19<sup>e</sup> siècle dont l'examen reste entièrement fixé sur le corps des victimes. (Romano, 2013)

En effet 19<sup>e</sup> siècle, ils ont mentionné le retard de développement physique et mental chez les enfants abandonnés ou maltraités élevés en orphelinat, et on trouve aussi chez Briquet, Charcot, et Janet, quelques observations cliniques d'hystérie traumatique chez l'enfant mais des données restaient anecdotiques et exceptionnelles. (Crocq, 2012, p. 77)



Dans ce même contexte, Anna Freud et Burlingham observent, chez de jeunes enfants londoniens, ayant vécu les bombardements, des manifestations symptomatiques, caractéristiques du traumatisme psychique. Ainsi, comme le souligne Grappe « *Les études de cette pathologie post-traumatique sont quasi limitées au domaine militaire et aux périodes de guerre. Puis dans les phases de paix, la névrose de guerre tombe en désuétude et elle est même oubliée dans la rédaction des manuels de psychiatrie.* » Il faudra alors attendre la guerre du Vietnam et ses séquelles psychique, observées chez de nombreux vétérans, pour qu'on s'intéresse à nouveau à la névrose traumatique. En Europe, des psychiatres, comme Crocq et Bailly, proposent le terme plus générique de « *syndrome psychotraumatique* ». (Dewulf, Broeck, Philippot, 2006)

En effet d'autres observations sont menées par Terr par rapport à une expérience, une situation semble assez exemplaire tant par son retentissement social et médiatique que par l'étude détaillée à laquelle elle a donné lieu ; c'est l'affaire du bus de Chowchila. En juillet 1976. Alors quatre ans après cet enlèvement. Elle rapporte des rêves et des jeux au cours desquels les enfants revivent cet évènement traumatique. Elle constate aussi qu'ils manifestent 309 des modifications perceptuelles et des distorsions temporelles concernant non seulement l'enlèvement mais aussi ce qui s'est passé avant et après, et elle dit : « *c'est comme si la prise d'otages était devenue l'expérience référente de leur vie* ». Les enfants se montrent incapables de se projeter dans l'avenir. Elle note aussi que les éléments symboliques exprimés dépendent du niveau de développement de chaque enfant et du fonctionnement de la famille. Mais surtout elle constate que malgré les différences individuelles, la plupart des symptômes sont communs quel que soit le fonctionnement antérieur des enfants ou l'anxiété des parents. Elle en conclut que des enfants peuvent être affectés gravement par des évènements terrifiants. (Olliac, 2012, p. 310)

### **3.10.2) Définition du traumatisme psychique chez l'enfant**

On va présenter un ensemble de définitions qui permettent d'expliquer la spécificité du traumatisme chez l'enfant, en citant bien sûr un ensemble d'auteur qui ont fondé ces idées.

Crocq définit le traumatisme psychique comme le fait pour un enfant d'avoir vécu une expérience psychotraumatique : « *c'est-à-dire un événement exceptionnel violent et menaçant pour la vie ou bien l'intégrité physique ou psychique de l'individu, tel qu'agression, accident, catastrophes ou événement de guerre, mais aussi de l'avoir vécu*

## **Chapitre II Le vécu psychologique de l'enfant orphelin de mère en période de latence**

---

*sur le mode du trauma, dans l'effroi, l'horreur et le sentiment d'impuissance et d'absence de secours.* » (Liébert, 2015)

En effet l'enfant se trouve, à la naissance, dans une situation de totale asymétrie face à l'adulte et dans une absolue dépendance, qui le place dans une situation potentielle de grand danger. S'il est confronté à un désinvestissement et à une défaillance maternelle précoce, il va subir un premier traumatisme en creux qui altère profondément son narcissisme primaire. (Christine, 2009)

Deuxième traumatisme correspond à celui que Freud décrit en termes économiques comme « *expérience vécue qui apporte, en l'espace de peu de temps, un si fort accroissement d'excitation à la vie psychique que sa liquidation ou son élaboration par les moyens normaux et habituels échouent, ce qui ne peut manquer d'entraîner des troubles durables dans le fonctionnement énergétique* » (Freud, 1961, p. 67). (Christine, 2009)

Selon Anna Freud adopte la définition suivante en ce qui concerne le traumatisme psychique : « *L'essence d'une situation traumatique tient à la détresse éprouvée par le moi en face de l'accumulation de l'excitation qu'e soit d'origine interne ou externe.* » Cette formulation lui paraît essentielle, car d'une part elle désigne le Moi comme la principale victime de l'événement traumatique, et d'autre part elle implique qu'il n'existe pas une seule et unique barrière aux stimuli (contre l'environnement), mais deux boucliers qui protègent contre deux types de danger, venant du monde intérieur et du monde extérieur. Ceci, pour Anna Freud, « *comprend tous les circonstances où des événements extérieurs par ailleurs anodins sont entachés de significations terrorisantes à cause de constellations internes préexistantes.* » Pour elle la tolérance aux traumatismes externes et aux sensations internes de déplaisir résultant de frustrations, de carence affective, augmente en proportion avec la maturation et le perfectionnement des appareils et fonctions du Moi. De même, l'individu est extrêmement vulnérable après la naissance et pendant la première, c'est-à-dire avant que le Moi ne soit cristallisé à partir des substrats indifférenciés de l'organisme. (Gannagé, 1999)

Quant à Ferenczi l'origine de traumatisme peut être reliée aux marques psychiques lignées dans l'enfance du sujet par les « *défait de qualité* » des réponses d'objet. Les besoins affectifs ne sont pas satisfaits. « *La carence d'objet primaire* », ses « *non-*

## **Chapitre II Le vécu psychologique de l'enfant orphelin de mère en période de latence**

---

*réponses* », voir « *ses réponses non suffisamment psychisées* », peuvent engendrer des blessures narcissiques pour l'infans, blessures qui parviennent à endommager son moi et bloquer ses aptitudes de pensées et d'élaboration. Il a également considéré le lien qui unit le traumatisme à la théorie de la séduction en affirmant que la séduction est réellement exercée par l'objet. Un objet excessif et excédant. Un objet soit trop absent, soit un objet en trop. D'autre part, le traumatisme selon lui est la conséquence d'une confusion entre « *le langage de tendresse* » de l'enfant « *innocent* » et « *le langage de passion* » de l'adulte dont la sexualité érotique vient parvenir et culpabiliser celle de l'enfant. (Maidi, 2008, 151-152)

Ainsi selon lui, traumatismes précoces vont entraîner une expérience de ce qui n'a pu avoir lieu, constituant ainsi une expérience douloureuse négativante qui entraîne selon ses mots une auto-déchirure, qui transforme brutalement la relation d'objet devenue impossible en une relation narcissique. Toute cette théorisation de Ferenczi est reprise par Bokanowski, 2005 avec l'importance donnée au clivage à la fragmentation du moi nécessaire pour permettre la survie mais entraînant d'importantes carences de représentation qui fait que, dans l'analyse (de l'adulte), les liens avec le trauma n'apparaîtront que par le travail du contre-transfert qui pourra donner représentation aux éprouvés non représentables. (Bourrat, Olliac, 2016, p.453)

En effet, chez les enfants, la fragilité n'est pas forcément plus importante, mais elle est différente (Bailly, 2001). Des événements non traumatiques pour un adulte peuvent avoir sur un enfant un effet traumatique majeur. Par exemple, pour un très jeune enfant, une expérience de séparation brutale peut être l'équivalent de l'expérience de mort chez un adulte. L'impact traumatique lui-même est différent chez un enfant, qui est un être en devenir. Le développement de sa personnalité va pouvoir en être affecté. Certains enfants vont devenir passifs, inhibés, d'autres agressifs. Certains vont rejouer la scène traumatique avec des mises en scène violentes, dangereuses. D'autres vont montrer au contraire des capacités de résilience surprenantes. (Olliac 2013, p.36)

Certains troubles manifestés par les enfants semblent spécifiques selon les âges : les petits d'âge préscolaire vont présenter des conduites régressives touchant le sommeil ou encore des manifestations somatiques. Les enfants dans la phase de latence développent plus de symptômes anxieux ou dépressifs, tandis que les adolescents ont plus largement recours à des substances psychoactives (Mazoyer, Auriol-Verge, Roques, De Berail, 2016)

et à des comportements auto ou hétéro-agressifs. Dans tous les cas, il semblerait que les parents comme le groupe familial et social puissent amortir le choc. (Mazoyer, Auriol-Verge, Roques, De Berail, 2016)

De ce fait, Chez l'enfant qui a accédé à la pensée abstraite, le caractère mortifère d'un événement à le même pouvoir traumatique que chez l'adulte. L'enfant est confronté à la possibilité de destruction de certaines valeurs : la justice, la bonté, la vérité. On retrouve souvent chez ces enfants un état dépressif avec culpabilité, difficultés scolaires, asthénie (fatigue). (Daligand, 2009)

Même s'il est parfois difficile d'établir le diagnostic d'ESPT, il est important de détecter précocement les symptômes d'ESPT chez les enfants ou les adolescents car les symptômes non traités peuvent engendrer des troubles du développement (Grych et al, 2000; Yates et al, 2003). L'ESPT peut avoir un impact sur le fonctionnement cognitif, l'initiative, les traits de personnalité, l'estime de soi et le contrôle de l'impulsivité (Pynoos, Nader, 1991). Des changements de personnalité ont aussi été décrits (Gislason, Call, 1982; Terr, 1988) ainsi que des comportements régressifs, une tendance à un pessimisme marqué et un sentiment d'avenir bouché (Pynoos, Eth, 1986; Pynoos & Nader, 1991). (Olliac, 2013)

### **3.10.3) Les formes cliniques du trauma chez l'enfant**

Les enfants sont exposés à des situations diverses, se qui fait partie de l'apprentissage de la vie, mais quelque fois certains événements peuvent être traumatiques et extrêmes, et la réaction se diffère d'une personne à une autre.

#### **a. Les réactions immédiates chez l'enfant**

On entend par la réaction immédiate, l'ensemble des réactions émotionnelles, somatiques, cognitifs, et comportementales, inadéquate ou inadapté à la situation, manifesté par les jeunes victimes des l'occurrence d'un accident critique. Ces réponses se maintiennent tant que la menace persiste puis s'émeoussent progressivement. (Josse, 2011, p.67)

La réaction immédiate chez l'enfant est rarement celle du stress adapté, qui sera toutefois observée chez l'enfant accompagné d'adultes lors d'accidents ou de catastrophes, obéir aux consignes, se sentir protégé par l'adulte, poser des questions sur ce

## **Chapitre II Le vécu psychologique de l'enfant orphelin de mère en période de latence**

qui sent vulnérable et impuissant face à une situation, ou qui assiste à la peur et à l'impuissance de ses parents, va être profondément bouleversé et décontenancer. On va observer une des quatre réactions de stress dépassé : soit il peut être l'inhibition avec sidération, stupeur, immobilité, et mutisme, ou une réaction d'agitation combinant turbulence motrice, logorrhée intarissable, ou même comportement agressif, soit il peut être encore une réaction de fuite éperdue, avec une angoisse de panique, ou on peut remarquer chez certains enfants, le comportement devient désorganisé voire automatique, (Crocq, 2007, p. 52)

On a également observé des réactions immédiates pathologiques, telles que l'état confusionnel ou confuso-onirique suivis d'amnésie, de crise d'angoisse massive et attitudes pathologiques avec recherche désespéré de rassurance. (Crocq, 2007, p. 52)

### **b. Réaction post-traumatique**

Crocq a précisé que chez l'enfant, on peut dévisager soit la sédation assez rapide des symptômes de stress, le retour de la sérénité et la reprise des activités, soit la persistance des symptômes de stress (surtout les symptômes de déréalisation et de dissociation), et l'apparition de reviviscence et d'autres symptômes témoignant de l'installation d'un syndrome psycho traumatique caractérisé. Parmi les symptômes à détecter dans cette phase post-immédiate, on notera : des manifestations d'angoisse de séparation, avec comportement d'agrippement à l'adulte, peur de rester seul, peur du noir, refus anxieux de dormir seul, crainte d'être abandonné, un état psychique diurne et nocturne de peur, voire de terreur, avec surveillance à l'endormissement et réveils nocturnes angoissés (plus souvent après un rêve terrifiant sans contenus précis qu'après un cauchemar de reviviscence à proprement parler), des phobies précoces se rapportant à ce qui évoque l'événement traumatique, des épisodes de déréalisation ou de dépersonnalisation, l'enfant ne reconnaissant plus les liens familiaux, ni les adultes familiers et répondant « à côté », où des plaintes somatiques divers (vertige, mal de tête, ou dos, mal de ventre). (Crocq, et al, 2014, p.54)

### **c. Les syndromes différés et chroniques de l'enfant**

Josse nous dit que si les symptômes perdurent au de là d'un mois on doit suspecter l'apparition d'un véritable traumatisme psychique et l'évaluation vers la chronicité. (Josse, 2001, p.68)

## **Chapitre II Le vécu psychologique de l'enfant orphelin de mère en période de latence**

Quant à Crocq, il pense que le syndrome psycho traumatique durable apparaît souvent tout de suite après les réactions immédiates, le cas de figure d'apparition après un intervalle libre (temps de latence) se présente plus rarement. Le tableau clinique comprend les éléments suivants :

- d. Syndrome de répétition La remise en acte de l'évènement à l'identique ou selon
- e. des scénarios ou l'enfant se donne un rôle actif, jeux et dessins répétitifs voire compulsifs sans dimension de plaisir, reprenant la thématique du traumatisme. (Crocq, 2007, p. 52)

Les hallucinations, les illusions et les flash-back (dont de déréalisation ou dépersonnalisation plus au moins brefs) sont une variante sémiologique du même registre faisant revivre à l'enfant l'expérience traumatique. Les cauchemars sont moins fréquents que chez l'adulte leurs thèmes sont souvent non spécifiques et chez le jeune enfant, leur contenu est habituellement non reconnaissance.

- f. Syndrome d'évitement

Des indices internes (pensées, sentiments) ou externe (activités, situations) en rapport avec l'évènement. Les phobies dont l'objet à un rapport direct ou indirect avec l'évènement sont fréquentes et tenaces : phobie de rester seul, phobie du noir, etc. On observe aussi une distorsion mnésique des faits et des perceptions relatifs au traumatisme. (Crocq, et al, 2007, p.252)

- g. Réactivité générale émoussée

Josse nous décrit dans ce cas un enfant qui refuse d'aborder les faits en allant jusqu'à se bouche les oreilles lorsqu'ils sont évoqués en sa présence, elle rajoute qu'il se replie dans l'imaginaire et la rêverie pour échapper aux pensées et aux sentiments suscités par l'évènement. Elle précise que dans les cas d'abus sexuels les (Josse. 2011, p.85-86). conduites d'évitement peuvent se traduire par une méfiance ou une peur subite des adultes, refus de se déshabiller à l'heure du coucher ou de se dévêtir en public, etc. (Josse. 2011, p.85-86).

- h. Hyperactivité neurovégétative :

## **Chapitre II Le vécu psychologique de l'enfant orphelin de mère en période de latence**

Josse nous explique que le système neurovégétatif régit le fonctionnement des viscères, et entretient les fonctions vitales de base. Crocq nous les énumèrent essentiellement en :

- Des troubles des fonctions instinctuelles touchant le sommeil, avec des difficultés d'endormissement fréquentes, des réveils multiples, ainsi que des terreurs nocturnes et des cauchemars. Touchant également l'alimentation où l'appétence est modifiée par l'installation d'une polyphagie, d'un grignotage anxieux ou au contraire d'une anorexie parfois rebelle. (Crocq et al. 2007, pp. 53-55)

Ces troubles touchent aussi le contrôle sphinctérien, avec l'apparition d'une énurésie, voire d'une encoprésie nocturne ou diurne, traduisant une régression affective et instinctuelle profonde.

- Irritabilité, colère et agressivité.
- Hypovigilance, attitude d'alerte, réaction exagérée de sursaut au moindre bruit.
- Symptômes non spécifiques ou symptômes dissociés.
- Difficulté de l'attention, de l'acquisition mnésique et de la concentration, distraction au milieu familial comme en milieu scolaire, avec répercussion sur la scolarité.
- Troubles anxieux en particulier le trouble anxieux de séparation qui occupe souvent le devant de la scène clinique. L'enfant ne supporte pas de ne plus avoir ses parents dans son champ visuel, et il exige le soir de coucher dans leur chambre voire dans leur lit. D'autres troubles anxieux peuvent survenir : phobies simples, attaques et troubles panique, trouble d'anxiété généralisée.
- Troubles de l'humeur avec état dépressif ou trouble dysthymique trainant (épisode dépressif évoluant de manière chronique dépassant une année) au cours duquel l'enfant exprime un vécu de culpabilité du survivant. Un deuil pathologique peut être observé, notamment dans les situations de perte d'un ou de plusieurs membres de la famille.
- Troubles du comportement : ils sont fréquents, chez l'enfant jeune ou d'âge scolaire, on observe des manifestations régressives à type de succion du pouce, de parler « bébé », de troubles sphinctériens secondaires, et des attitudes d'opposition systématique et de refus d'obéissance, voire des accès de colère violente, pathologique.

## **Chapitre II Le vécu psychologique de l'enfant orphelin de mère en période de latence**

- Plaintes pour douleurs (céphalées, douleurs abdominales, etc.) essentiellement psychogènes, et conversions somatiques (aphonie, baignaient, paresthésie, paralysies, troubles de l'équilibre).

- Manifestations psychosomatiques, surtout dermatologiques (eczéma, psoriasis, urticaire), mais également digestives (coliques, ulcère de stress), observées en particulier chez les plus jeunes. (Crocq et al. 2007, pp. 53-55)

Par rapport, à la tranche d'âge qu'on a choisie (de 6 à 12 ans), on constate des symptômes anxieux dont la thématique tourne autour de la séparation (trouble d'anxiété de séparation), avec crainte d'être séparé des parents ou des figures d'attachement, peur d'être abandonnée, peur qu'arrive un drame similaire aux parents, etc. des manifestations dépressives sont également observées, à type de deuil pathologique, de culpabilité ou s'exprimant sous forme d'une inhibition importante. Par ailleurs, et comme chez le petit enfant, les manifestations somatiques douloureuses sont très fréquentes ainsi que les troubles du sommeil et les troubles sphinctériens secondaires. Les modifications du caractère et du comportement sont également observées, à type d'agressivité, d'irritabilité, de colère violente, d'opposition systématique, etc. la modification ou la perte des intérêts habituels, avec une tendance au retrait ou aux jeux répétitifs reprenant la thématique du traumatisme, est souvent retrouvée à cette période. Les répercussions du traumatisme sur la scolarité occupent souvent le devant de la scène clinique, avec baisse brutale des performances ou difficultés scolaires insidieuses. L'enfant est alors décrit ayant souvent des difficultés à la rétention mnésique. Les troubles mnésiques peuvent avoir fonction d'évitement de la confrontation cognitive que lui impose la remotorisation de l'événement. Dans certains cas, les difficultés scolaires s'expriment sous forme de trouble de l'adaptation scolaire par crainte de quitter le domicile familial ou les parents. Réalisant parfois une véritable phobie scolaire). A l'école, on constate aussi parfois la perte d'envie de jouer : enfants restant immobiles et silencieux dans un coin de la cour de récréation, et ne participant pas aux jeux avec leurs camarades. (Crocq et al. 2007, p .56-57)

### **3.10.4) la prise en charge du traumatisme psychique chez l'enfant**

Pour l'enfant, le traumatisme psychique subi va intervenir profondément sur la construction et le fonctionnement de sa vie intrapsychique. L'approche psychanalytique est indispensable pour comprendre et intervenir sur les processus psychiques mis en jeu. De



## **Chapitre II Le vécu psychologique de l'enfant orphelin de mère en période de latence**

---

même, l'analyse systémique va apporter des éléments théoriques et pratiques pour comprendre et intervenir sur la structure et le fonctionnement de la famille. Elle permet d'analyser les processus fondamentaux d'appartenance sans lesquels l'enfant ne peut vivre ou se construire. Depuis une vingtaine d'années, le développement des « *neurosciences* » a permis de mieux comprendre le fonctionnement du cerveau de l'enfant et l'impact des traumatismes sur son développement. Avec l'apport de la théorie de (Liébert, 2015) de l'attachement est née aux États-Unis, en Angleterre, au Canada, une nouvelle orientation thérapeutique qui a pris le nom de « *reparentage développemental* ». (Liébert, 2015)

L'intervention médico-psychologique immédiate, au plus près de l'évènement traumatique, permet d'évaluer les troubles éventuellement exprimés par l'enfant en immédiat, de repérer les facteurs de risques et de protection, afin de proposer la prise en charge la plus adaptée à l'enfant. Lorsque l'évènement traumatique fait effraction dans la vie d'un enfant, il contamine aussi l'espace psychique intersubjectif et participe à la mise à mal des liens fraternels, des liens familiaux et des liens institutionnels. La prise en charge nécessite aussi en dehors de ses parents, en dehors des adultes, des séances spécialement pour enfant pour qu'il puisse verbaliser ce qu'il ressent librement sans craintes d'être jugé sans crainte de blâmer ou d'effrayer les autres. Des séances doivent commencer par les parents, la fratrie puis les enfants, en même temps la famille doit continuer ces séances. (Scelles, 2009, p.149)

Ainsi, la prise en charge consiste : d'abord dans le premier temps de prise en charge, qu'il s'agisse d'une intervention individuelle ou collective, correspond à une période d'accueil en présence de l'enfant et des care divers (parents, responsables). Il s'agit d'offrir à l'enfant et à ses camarades (lorsque la prise en charge est groupale) un cadre matériel le plus sécurisé et le plus calme possible. Ensuite donner la chance à l'enfant de s'exprimer seul sans compagnie. Ces temps d'expression exclusivement dédiés à l'enfant ou à l'adolescent permettent de dire les symptômes, la peur de devenir fou, la peur de mourir, la culpabilité de n'avoir pu changer les choses, la culpabilité d'avoir dit, d'avoir fait certaines choses, la responsabilité des adultes, la colère à l'égard des adultes, les sentiments d'abandon, d'impuissance, la peur de la punition, de la vengeance, la crainte de l'avenir. Cet espace est nécessaire pour montrer à l'enfant ou à l'adolescent que les émotions peuvent être exprimées sans danger. Lorsque l'enfant joue, raconte, dessine, il met en scène ses émotions, traduit l'angoisse réveillée par l'évènement traumatique et donne à

voir et/ou à entendre les mécanismes qu'il utilise pour l'intégrer dans son univers et le rendre plus acceptable, (Romano, 2013)

La spécificité du traumatisme chez l'enfant est liée d'abord à son âge, ce dernier étant donné que chaque tranche d'âge est spécifiée par un niveau de développement précis, donc l'enfant assimile et interprète le traumatisme vécu selon les caractéristiques de l'âge auquel il appartient, selon ses capacités intellectuelles, cognitives et émotionnelles. De point de vue psychanalytique comme Anna Freud le précise le traumatisme psychique infantile est lié à la non-maturité du Moi du sujet, de sa part Ferenczi le traumatisme est plutôt lié aux carences affectives ou maternelles précoces. La différence de entre le vécu traumatique d'un adulte et d'un enfant exige bien évidemment une prise en charge bien spécifique qui mobilise tout l'entourage de l'enfant.

### **4) La résilience chez l'enfant**

#### **4.1) Aperçu historique sur la résilience**

La première époque, celle des précurseurs, a vu naître les premiers travaux qui se sont employés à décrire le phénomène de résilience et à l'identifier. Ses recherches se sont appuyées sur des observations de populations « à risques » et des études prospectives, associées à des travaux sur le stress et sur la vulnérabilité. Les réflexions qu'elles ont suscitées ont permis d'affiner petit à petit le concept de résilience et les premiers critères. Les travaux tout d'abord centrés sur les enfants ont été élargis à l'étude de la résilience aux différents âges de la vie. (Anaut, 2015)

Alors au début des années 1980, le concept de la résilience à cette époque était complètement englouti par le concept inverse, celui d'invulnérabilité. Deux termes qui participent à l'élaboration de ce terme, d'une part la notion de «  *coping*  » ou «  *cope with*  », qui correspondent à l'idée de faire face et de s'ajuster, et d'autre part la notion «  *d'invulnérabilité*  ». (Koninckx, Teneau, 2010, p.23)

Les premières recherches sur la résilience se sont appuyées sur des observations de populations d'enfants vivant dans des contextes familiaux et sociaux jugés défavorables à leur développement. Ces contextes dits « à risque » étaient caractérisés par des facteurs de risque tels que : des pathologies mentales des parents, une grande précarité socio-

## **Chapitre II Le vécu psychologique de l'enfant orphelin de mère en période de latence**

---

économique, des violences familiales, de la délinquance, des carences éducatives et affectives, etc. (Anaut, 2015)

Le terme « *résilience* » est venu des pays anglo-saxons et nord-américain, au moment où il demeure encore récent en France. Parmi les chercheurs, nous pouvons citer Werner (1982,1992) ; Rutter (1983,1992) ; Gernez (1983,1996).

Cependant certains chercheurs considèrent que les racines de ce concept sont présentées dans les premiers travaux sur l'attachement proposé par Bowlby, il a dit *que « la voie survie par chaque individu au cours de son développement et son degré de résilience face aux événements traumatiques de la vie sont fortement déterminés par les schémas d'attachement »*. Selon lui la résilience veut dire « *le ressort moral, qualité d'une personne qui ne se décourage ne se laisse pas abattre* ». D'autres chercheurs s'inscrivant dans la lignée psychanalytique, considèrent que Freud avait posé les bases épistémologiques de cette approche, mais en ayant recours à une terminologie différente notamment autour du concept de sublimation. (Anaut, 2005)

Werner, une psychologue américaine, aurait utilisé le concept en 1982. Après avoir suivi à Huwei 700 enfants sans familles, sans école, vivant dans la rue et victimes d'agressions physiques ou sexuelles, elle découvre que 28 avaient réussi à apprendre un métier et à fonder une famille et ne souffrant pas de troubles psychiques majeurs, alors que les autres étaient devenus des adultes détruits psychologiquement. Elle en conclut que certains enfants ont une capacité particulière à surmonter les traumatismes de la vie pour s'en sortir et les qualifia de « résilients ». (Ndiane, Ly, 2018, p. 29)

D'autres écrits sont apparus en 1972 par Anthony, qui a publié aux Etats-Unis un ouvrage édité en association avec Koupernik un article où il décrit le phénomène d'adaptation positive au stress d'enfant qui vit dans des conditions d'extrême vulnérabilité. Il étudie « *les déterminants du risque et la nature de la résilience au stress* ». James propose le concept de « *l'enfant invulnérable* » qui ne cède pas à quelles que soient la pression du stress et l'adversité. À la même époque Rutter, à Londres, s'intéresse à l'impact de différents types de séparation sur les enfants. Il postule l'opération de facteurs de protection et de processus interactif, ces facteurs de protection sont les influences qui modifient, améliorent, changent la réponse d'une personne aux dangers dans l'environnement qui prédisposent à une issue inadaptée. (Boris, Philippe, 2006)

## **Chapitre II Le vécu psychologique de l'enfant orphelin de mère en période de latence**

---

Garnezy, est considéré comme le premier chercheur à publier des résultats d'une étude portant directement sur la résilience, en 1973. Cette recherche concernait les compétences et l'adaptation d'enfants à risque, dans des familles de patients schizophrènes. Par la suite ce chercheur va s'intéresser avec Masten aux enfants à risque, des études qui portent le devenir d'enfants américains, qui vivent dans des

conditions familiales et environnementales très précaires, considéré comme défavorables et facteurs de risque pour le développement physique et social les observations ont mis en évidence l'existence de compétences sociales spécifiques chez des enfants qui seront qualifiés de résilients, parmi ces critères la réussite scolaire académique, un comportement adapté en classe ; des aptitudes interpersonnelles comme la sociabilité ; attractivité empathie ou encore l'humour, ce qui est considéré comme des facteurs de résilience. Et parle ainsi sur la capacité de l'enfant de résister face au stress intense et durable dans la vie. Alors les travaux de Rutter et Garnezy, ont posé les bases théoriques et les principes méthodologiques des recherches dans ce domaine. (Anaut, 2007)

De sa part, Richardson a proposé de distinguer ce qu'il a appelé « *les trois vagues de la résilience* ». Dans un premier temps, les pionniers de la résilience ont attribué à des qualités individuelles la capacité de surmonter un traumatisme et/ou de continuer à se construire dans un environnement défavorable. D'autres chercheurs ont alors proposé d'envisager la résilience non plus comme une qualité, mais comme un processus intervenant dans les situations traumatiques et permettant de dépasser celles-ci pour en faire un « *nouveau départ* ». Dans cette perspective, chacun pouvait devenir résilient à condition d'y être aidé. La troisième vague de la résilience a rompu avec ces approches en la considérant comme une force ou si on préfère une aptitude que chacun possède à un degré ou un autre, qui est lié à des caractéristiques personnelles en partie innées, mais qui est aussi influencé par l'environnement. (Tisseron, 2014)

Ainsi, les premiers résultats de recherche étaient centrés sur la qualité personnelle de l'enfant résilient, c'est-à-dire ses qualités internes, telles que l'autonomie, un sentiment d'auto efficacité et une haute estime de soi, un bon niveau d'aptitudes cognitives, des compétences sociales, capable de sentiment d'empathie d'humour doté d'un tempérament agréable. Au fur et à mesure de l'avancée des travaux de recherche, certains chercheurs ont opté pour l'idée que la résilience est souvent dérivée de facteurs externes à l'enfant. Trois groupes de facteurs sont alors mentionnés dans le développement de la résilience. D'abord

## **Chapitre II Le vécu psychologique de l'enfant orphelin de mère en période de latence**

---

les qualités de l'enfant lui-même, puis les aspects de leurs familles, et enfin les caractéristiques de leur large environnement. (Masten et Garnezy, 1985, Werner et Smith, 1982, 1992). (Anzen-Zeder, 2010)

L'utilisation du concept de résilience en psychologie et psychopathologie demeure encore assez récente en France, où elle est connue surtout depuis les années 1990. De nombreux autres auteurs, parmi lesquels des chercheurs francophones européens (Cyrulnik, Manciaux, Ionesco, Vanistendel) ont contribué à diffuser et à développer cette approche et à préciser ses assises théoriques. (Anaut, 2015)

Tomkiewicz, Cyrulnik, ont consacré dans leurs ouvrages « l'enfant et sa santé » 1987 tous un chapitre pour la résilience mais sans mentionner le terme exact, ceci quatre ans après que Werner ait parlé de ce concept. Alors malgré le terme résilience est né ailleurs que dans les pays de la francophone, il a pu connaître un franc succès à travers les nombreuses publications, séminaires, et des colloques. Tomkiewicz, rappelle que la résilience ne doit pas faire oublier qu'elle a « *un coût, une souffrance cachée* », « *la résilience ne s'apparente pas à une invulnérabilité qui supposerait de tout supporter sans dommage* », « *tous ces mécanismes sont facteurs de fragilité autant que de ressources* ». Il encourage donc à se méfier de l'interventionnisme et d'un jugement hâtif sur le potentiel d'adaptation de la personne suite à des traumatismes. Il faut pouvoir laisser la personne se « *défendre* » et se « *reconstruire* » à sa façon. Il nous met en garde contre l'association tentante entre résilience et toute-puissance, et nous encourage à être réalistes. La résilience n'est pas une formule magique qui protégerait de tout, elle n'est pas totale et inconditionnelle. (Carine, 2010, p.119)

Au cours des décennies, les recherches se sont donc employées à cerner les particularités individuelles, familiales ou sociales qui facilitent l'entrée en résilience et à étudier les critères qui président à ce processus. Cela a donné lieu à la construction d'un certain nombre d'outils d'évaluation et de médiation, mais également à l'exploration de méthodologies d'accompagnement de la résilience. (Anaut, 2015)

### **4.2) Définitions de la résilience**

Pour pouvoir comprendre le terme de résilience on est censé regrouper un ensemble de définitions qui semblent être très intéressantes pour comprendre cette notion et son origine

## **Chapitre II Le vécu psychologique de l'enfant orphelin de mère en période de latence**

---

surtout son application dans le domaine de la psychologie. D'abord, on va commencer par la définition étymologique du mot résilience :

Ce dernier est issu du latin *resilio, resilire*, à donner le verbe « *résilier* », qui signifie annuler, casser, mais « *résilience* » n'exister pas dans le langage courant. En revanche, l'objectif résilient est attesté en anglais depuis le milieu du XXVIIe siècle avec le sens de *bouncing back* (bondir en arrière ou rebondir). C'est cette signification qui est reprise dans le substantif « *résilience* ». (Reghezza-Zitt, Rufat, 2015, p. 22)

La résilience a été utilisée dans des domaines différents avec des significations différentes :

D'abord, en physique, ce qui signifie : « *la caractéristique qui définit la résistance aux chocs des matériaux* ». En métallurgie, il signifie plutôt : « *la qualité des matériaux qui tient à la fois de l'élasticité et de la fragilité et qui se manifeste par sa capacité à retrouver son état initial à la suite d'un choc ou d'une pression continue* ». En ce qui concerne l'informatique : il signifie : « *la qualité d'un système qui permet de fonctionner en dépit d'un ou plusieurs éléments constitutifs.* » (Teneau, Janssen, 2014, p. 37)

En psychologie après avoir lancé le concept de résilience dans la psychologie francophone, Manciaux, Vanistendael, Lecomte, et Cyrulnik, s'accordent en 2001 sur une définition pragmatique de la résilience : « *la résilience est la capacité de la personne ou d'un groupe à se développer correctement, à continuer à se projeter dans l'avenir en dépit d'évènements déstabilisants, de conditions de vie difficiles, de traumatisme parfois sévères* ». Pour qu'il y est une résilience, il faut donc, d'une part la présence d'un traumatisme ou de conditions mettant l'intégrité personnelle en péril. (Born, Glowacz, 2014, p. 375)

Ainsi la résilience est « *la capacité d'une personne ou d'un groupe à se développer bien, à continuer à se projeter dans l'avenir en dépit d'évènements déstabilisants, de conditions de vie difficiles de traumatisme parfois sévère* ». (Anaut, 2005)

De ce fait, on peut dire que la résilience est « *l'ensemble de processus consistant à gérer, négocier, et s'adapter à des situations stressantes ou traumatisantes. Les atouts et les ressources de l'individu et de son environnement facilitent cette capacité à s'ajuster face à l'adversité et à rebondir ; la résilience peut varier au cours de la vie.* » (Bruchon-Schweitzer, Boujut, 2014, p. 314)

En effet la résilience correspond à un ensemble de facteurs et de processus imbriqués. On peut relever deux facteurs : premièrement les facteurs internes tels que le coping, deuxièmement les facteurs externes comprenant la famille et l'entourage extrafamilial. D'ailleurs selon l'approche systémique de Tousignant (1998), la résilience résulte d'une interaction entre divers niveaux de systèmes : la famille, la communauté et la culture. (Van Hooland, 2005, p.27)

Malgré les changements méthodologiques et les nombreux modèles théoriques qui ont essayé d'expliquer le phénomène de « résilience », certains points demeurent constants dans sa définition. Le terme résilience comme on l'a déjà mentionné est issu de la physique, puis il était par la suite utilisé en psychologie pour désigner la capacité à maintenir un fonctionnement stable, de pouvoir continuer à se développer après un traumatisme, ce qui exige des aptitudes individuelles et des interactions sociales qui renforceront le processus de la résilience. Le principe de la résilience n'a pas à effacer le traumatisme mais une attitude de protection qui permet de mettre ses effets destructeurs à distance pour continuer de vivre.

### **4.3) La description du profil de la résilience**

Il n'existe pas encore de véritable théorie formalisée pour expliquer la résilience. Cependant, de nombreuses études soulignent l'importance de quelques facteurs déterminants. Un ensemble de facteurs de protection ou de risque. (Dauphiné, Provitolo, 2007)

En effet, « *les facteurs de risques incluent les caractéristiques de l'individu et du milieu* », et « *les facteurs de protection pourraient inclure les compétences, les facteurs de personnalité, et les mécanismes de soutiens ambiants qui contribuent à la résilience.* » (Nader-Grosbois, Cyrulnik, 2009, p. 246)

Les facteurs de protection s'étayent alors sur des ressources à la fois internes au sujet et externes, c'est-à-dire dépendant de son contexte relationnel et social. La résilience pourra donc s'appuyer sur des caractéristiques propres au sujet, mais également sur celles de son environnement. (Cyrulnik, 2010, pp. 87-88)

## Chapitre II Le vécu psychologique de l'enfant orphelin de mère en période de latence

Selon Garmezy, il y a trois axes fondamentaux de la résilience :

- a. Les facteurs individuels : comme le tempérament, réflexion, aptitudes cognitives).
- b. Les facteurs familiaux : la chaleur humaine, la cohésion et intérêt de la part des parents, ou du principe dispensateur de soin.
- c. Les facteurs de soutien hors de la famille, le professeur bienveillant, l'organisme social. (Konincks, Teneau, 2010, p. 29).

Pour décrire le processus de résilience, Rutter (1985,1996) définit trois caractéristiques principales sur les personnes qui développent un comportement résilient face) à ses situations psychosociales défavorables :

- a. La conscience de son auto-estime et du sentiment de soi : cet aspect renvoie à l'estime de soi, c'est-à-dire aux caractéristiques par lesquelles le sujet peut se définir et avoir le sentiment de sa propre valeur. Pour Rutter, l'estime de soi (Anaut, 2005, pp.49-50) est très importante pour «*être résilient, c'est le sentiment de valorisation qu'a le sujet envers lui-même* », un ensemble de caractéristiques qui permet au sujet d'interagir avec le monde extérieur,

- b. elle indique dans quelle mesure l'individu se croit capable, important, valable. Selon André et Lelord (1999), l'estime de soi comporte trois dimensions : l'amour de soi, la vision de soi, et la confiance en soi, ce qui va aider le sujet à se reconstruire après un échec.

- c. La conscience de son efficacité ou sentiment d'auto-efficacité : C'est une qualité de croyance et de conscience de son efficacité, le sujet résilient pense toujours au côté positif des choses, tout en ayant confiance à ses capacités. Ce sentiment d'auto-efficacité permet de se projeter dans l'avenir et déplacer les obstacles. (Anaut, 2005, pp.49-50)

- d. Un répertoire d'approche de résolution de problèmes sociaux : c'est la capacité d'une personne à résoudre les problèmes sociaux, tout en appuyant sur les expériences personnelles familiales, ou extra-familiales, et en retirant des stratégies pour pouvoir se comporter positivement. . (Anaut, 2008, p.50)



e. Donc la personne résiliente non seulement utilise ses capacités internes, mais aussi il profite de l'entourage qui est considéré comme indispensable, cependant le sujet résilient reste autonome et déplace les contrariétés sociales par l'adaptation. (Anaut, 2008, p.50)

Quant à Vanistendel : « *la résilience est la capacité à réussir à vivre, à se développer positivement, de manière socialement acceptable, en dépit du stress ou d'une adversité qui comportent normalement un risque grave d'une issue négative* ». Il parle alors sur l'interaction sociale, pour lui la résilience est basée sur deux dimensions :

a. La résilience à la destruction, la capacité de protéger son intégrité sous de fortes pressions.

b. La capacité de se reconstruire, de créer une vie digne d'être vécue, en dépit des circonstances adverses. (Anaut, 2007, pp 49-50)

Alors la résilience comme on a déjà mentionné est la résultante d'interaction entre ses facteurs de risques et de protections, qui permettra ou non de surmonter l'adversité.

### **4.4) Les étapes du cheminement résilient**

Nous pouvons distinguer deux principales phases dans le processus de résilience :

a. Confrontation au trauma et résistance à la désorganisation psychique

Cette première phase de réponse au danger est surtout marquée par l'activation de mécanisme de défense qui vise à atténuer la charge émotionnelle du traumatisme. Donc le sujet va convoquer toutes les ressources dont il dispose pour préserver le moi de la charge morbide. Il s'agit d'anesthésier la blessure ce qui se focalisera par un retrait émotionnel où toutes formes de protection qui empêche l'envahissement et le débordement des défenses habituelles du sujet. (Coutanceau, Smith, Lemitre, 2012, pp. 5-6)

b. Intégration, élaboration et reprise d'un néo-développement

La deuxième phase suppose l'abandon de certaines défenses d'urgence (ex: déni, projection) pour privilégier des ressources défensives plus matures, plus souples et plus adaptées à long terme. Par exemple : créativité, humour, intellectualisation, altruisme, sublimation. (Anaut, 2005)

Ces ressources défensives font appel aux représentations psychiques et à la symbolisation des affects. La mentalisation permet de produire une représentation mentale

des conflits psychiques de mettre en pensée les excitations internes et de contribuer à l'élaboration du vécu traumatique en évitant les voies des passages à l'acte ou de la somatisation. (Coutanceau, Smith, Lemitre, 2012, pp. 5-6)

La mentalisation permettant de mettre en pensée les excitations internes. Autrement dit, il s'agit de *conférer un sens à la blessure*. Cette phase d'élaboration, qui passe par la mise en sens du vécu traumatique et le processus d'historicisation, peut donner lieu, ou se traduire par la créativité. (Anaut, 2005)

### **4.5) Application clinique de la résilience**

Dans le vaste secteur sanitaire et social, loin de se substituer à la prise en considération des facteurs de risque des sujets, la résilience enrichit la clinique en proposant de nouvelles perspectives dans la compréhension de la souffrance et la prise en charge des patients. On peut dire que ce concept participe à la constitution d'un modèle théorico-clinique originale dont les applications sont nombreuses et variées dans la clinique contemporaine. Différents secteurs relevant des prises en charges sanitaires et sociales ont contribué au développement des théories sur la résilience. Actuellement, le champ de la psychologie de la santé (accidents, traumatismes, maladies létales etc) est devenu un domaine de recherche et d'applications des théories de la résilience parmi les plus féconds. Par ailleurs, les observations cliniques des praticiens dans leur quotidien des prises en charge des patients, ainsi que des recherches exploratoires sur des populations dites à risque, ont permis de démontrer la réalité clinique du phénomène de résilience. Parmi les observations cliniques marquantes, la recherche conduite par Werner et coll. (1982) occupe une place prépondérante. Cette étude longitudinale (sur plus de 30 ans), portant sur le suivi d'une cohorte d'enfants et de familles considérée comme à risque, a mis en évidence des processus de résilience chez de nombreux enfants élevés dans des contextes fortement carencés. (Anaut, 2005)

Le rôle de la psychologie est d'explorer ces domaines et de découvrir les possibilités du patient. Selon l'approche de la cognition, créative, la créativité est un phénomène qui provient de l'application des processus cognitifs. Les chercheurs (Mehrani, 2006, p. 211) récents ont démontré que les talents exceptionnels sont plutôt l'étude des pathologies, les faiblesses, les dégâts, c'est aussi l'étude des forces et des vertus. (Mehrani, 2006, p. 211)

## **Chapitre II Le vécu psychologique de l'enfant orphelin de mère en période de latence**

---

En effet les applications cliniques des théories de la résilience concernent : les prises en charges individuelles ou groupales (familles-communautés) des sujets en souffrance, l'utilisation du modèle de la résilience dans le champ de la prévention, les interventions s'appuient sur des méthodes ou des techniques spécifiques destinées à aider les sujets à développer leur capacité de résilience. Ces méthodes concernent trois domaines : les comportements, l'environnement relationnel, l'individu (intrapSYchique, personnalité). (Anaut, 2003, p. 75)

En effet la résilience est une réalité humaine, elle concerne donc tous les soignants quels que soient leurs lieux d'exercice et nous amène à une confirmation de notre regard humaniste sur les patients. Elle nous conduit à positiver notre regard sur autrui et comme le démontre Manciaux à modifier nos pratiques en commençant par mieux observer, identifier, utiliser les ressources propres de ceux dont nous avons à prendre soin. Ainsi la résilience peut être considérée comme le processus du « *remaniement psychique* » après un traumatisme, il faudra donc prendre le temps d'accompagner les patients dans leur stratégie d'adaptation aux événements pour qu'ils puissent mieux rebondir dans l'étape suivante. Pour cela, il nous faut avant tout bien comprendre le coping afin d'ajuster la relation d'aide. Les interventions de soins auprès des personnes soignées devraient donc viser à restaurer constamment l'équilibre entre les facteurs de risques et facteurs de protection, soit en diminuant l'exposition à des facteurs de risque ou à des événements stressants. (Psiuk, 2005)

Le traumatisme semble important pour parler de la résilience, on peut dire qu'il se complète au sens qu'il n'y pas de résilience sans qu'il est de traumatisme. En effet la résilience caractérise une personnalité blessée qui arrive à rebondir face à cette difficulté, à la pathologie des liens familiaux, dans des contextes de carences graves et parfois d'abus et de violences intrafamiliales, certains individus sont submergés par des troubles psychopathologiques et semblent condamnés à la répétition transgénérationnelle; alors que d'autres résistent à la menace de destruction psychique et montre une adaptation relationnelle et sociale parfois remarquable. (Anaut, 2002)

En effet, la résilience ne s'inscrit pas dans une logique de la vulnérabilité, elle relève de facteurs de protection, elle constitue pour le sujet une manière de développer de nouvelles capacités et compétences. Cette notion peut tout autant être envisagée comme un phénomène, une forme de développement, que comme une capacité ou un processus. Selon

## **Chapitre II Le vécu psychologique de l'enfant orphelin de mère en période de latence**

nous, la résilience s'apparente à un processus car elle n'est jamais donnée d'avance. Elle se développe différemment d'un sujet à un autre et l'envisager en termes de processus dynamique et évolutif, nous renvoie à la variabilité interindividuelle qui fait que chacun. (Mazoyer, Auriol-Verge, Roques, De Brail, 2016, p. 228)

Quant à Freud, la résilience se joue dans la répétition des traumatismes. Le premier est fondateur, le second est révélateur. C'est à la survenue de ce dernier que la résilience s'exprime. Les traumatismes fondateurs ont pris place dans l'enfance, les autres plus tard, parfois beaucoup plus tard. (Cyrulnik, 2010)

Deux aspects des premiers paraissent essentiels à tous ceux qui ce fonctionnement psychique, encore largement narcissique. Pour faire face aux difficultés l'enfant va avoir recours à deux mécanismes de défense régressives: l'identification à l'agresseur et le retournement de la violence contre soi-même ; c'est une solution de survie, ce recours risque d'obérer le fonctionnement mental ultérieur lorsqu'il ne peut pas être dépassé. L'enfant utilise ces mécanismes de défense pour d'en tenir à l'abri, comme nous le voyant régulièrement chez les enfants en deuil ou chez certains adultes face à un deuil traumatique. La résilience fait mieux que de survivre aux traumatismes, elle les intègre, elle est surpassée, elle est transcendée. (Cyrulnik, 2010).

Ainsi, dans une situation traumatisante tous le monde ne souffre pas aussi intensément, ni la même manière. Certains se protègent mieux et reprennent le goût de la vie rapidement. Quand avant le trauma, ils avaient acquis des facteurs de protection au cours de leur petite enfance et quand, après l'accident, ils ont été bien soutenus par leur famille et leur culture, ils reprennent un bon développement. Ce qui ne veut pas dire qu'ils oublient, au contraire, ils gardent la trace de la blessure mais ils sont plus soumis puisqu'ils peuvent en faire un récit, un essai ou un roman. La manière d'en parler joue un rôle majeur dans la reprise évolutive. Quand le blessé est laissé seul, abandonné à sa souffrance, la résilience est difficile puisqu'il ne peut que ressasser son malheur. (Lani-Bayle, Slowik, 2016, pp. 10-11)

La résilience alors ne signifie pas d'effacer un trauma, ce qui m'apparaît d'ailleurs impossible. Il s'agit davantage d'utiliser la souffrance qui y est rattachée, pour se construire une vie enrichissante, au lieu de laisser cette souffrance se transformer en

dépression avec le risque final d'autodestruction. Le but étant que le trauma ait moins de prise négative possible sur la personne. (Fischer, 2005)

### **4.6) Les limites de la résilience**

Le modèle de la résilience offre l'avantage de concilier différentes approches et différents domaines qui concernent à mettre en évidence les potentiels et les modes de protection, d'un individu face à l'adversité, le concept de résilience permettrait d'harmoniser différentes disciplines connexes comme la psychiatrie, la psychologie, la sociologie, la prévention sociale, pédiatrie etc l'intérêt de cette approche est donc également de constituer un modèle fédérateur dont les résultats d'études convergent vers l'approche des facteurs protectifs des individus. (Anaut, 2005, p.78)

En revanche cette résilience à des limites, à ce propos, Rutter (1994) précise deux aspects de la résilience. Tout d'abord, il explique que si une personne est résiliente elle ne l'est pas dans tous les domaines ni face à toutes les adversités. Ainsi, peut-on être résilient dans certaines situations et très fragile dans d'autres. Ensuite la résilience n'est pas une force innée il s'agit donc d'un processus dynamique nettement sous-tendu par la présence de facteurs protecteurs permettant aux sujets de réagir face à l'adversité et de conserver une bonne santé mentale. (Bouteyre. E, 2004, p 103).

Rutter affirme aussi que la résilience n'est jamais absolue, elle a des limites variables selon les risques, variable dans le temps et toujours à la fois d'origine intrinsèque et épigénétique (Guillon. B, 2007, p 27). Le même enfant, résilient à la perte de ses parents, s'effondrera peut être à la suite d'abus sexuel. Un enfant résilient pourra aller à l'école et supporter le choc du cours préparatoire, mais va s'effondrer quand il ira au service militaire; un autre au contraire, qui détestait l'école, va trouver son salut dans l'armée. (Cyrulnik et al, 2005, p 51)

### **4.7) La résilience chez l'enfant**

Les recherches sur les enfants exposés aux événements traumatisants font référence à la résilience en soulignant certains facteurs qui sont associés à une moindre intensité des

## **Chapitre II Le vécu psychologique de l'enfant orphelin de mère en période de latence**

symptômes psychologiques ceux-ci impliquent un coping actif ; une forte cohésion familiale et la capacité de donner du sens aux agressions. (Sadlier, 2001, p. 94)

Le propos de Wyman (1999), c'est de considérer la résilience dans le cadre du modèle organisationnel du développement proposé par Waters et Srouf (1983). Selon ces deux auteurs, le processus d'adaptation doit être considéré comme le pivot de tout développement réussi. Cette adaptation est un processus dynamique qui permet à l'enfant d'utiliser ces ressources internes et des éléments de son environnement, que Waters et Srouf désignent comme les tâches développementales. À chacune de ses étapes, le résultat obtenu reflète le processus transactionnel entre l'enfant et son milieu. Selon les tâches développementales, le rôle du milieu et des ressources internes de l'enfant peut varier. La résilience doit donc pouvoir compter sur des ressources internes et externes qui permettent l'adaptation adéquate. Chez les très jeunes enfants Werner et Smith (1992) proposent le tempérament facile qui facilite la capacité de répondre à la mère. Chez les enfants d'âges scolaires les facteurs de protections se diversifient et deviennent plus complexes comme l'empathie ou les attentes positives à l'endroit du futur. Folkman, Dumont, et Provost, ajoutent à cette liste les stratégies adaptatives comme facteur modérateur du lien stress (risque) détresse (inadaptation). (Dumont, Plancherel, 2001, pp. 72-73)

La famille peut influencer la réaction de l'enfant par sa propre réaction et procurant un sentiment de sécurité et des stabilités qui compensent l'insécurité élevée du monde extérieur. Face aux agressions extrafamiliales, une cohésion familiale élevée peut protéger les enfants du développement des symptômes. Pour qu'il soit un climat renforçant le développement de la résilience il faut l'existence de deux critères principale, d'abord l'adaptabilité ou la flexibilité de réponse de la famille et aussi la cohésion ou l'union de la famille. (Sadlier, 2001, p. 95)

En effet on parle aussi d'un lien important avec la personne qui a pris soin de l'enfant depuis sa petite enfance a aussi son impact sur le processus de résilience, dans ce sens Cyrulnik évoque la notion de « *tuteur de résilience* » pour décrire les adultes avec lesquels les enfants nouent une relation de confiance mutuelle, il peut (Sahuc, 2006, p. 54) même s'agir d'un tuteur virtuel comme certains enfants esseulés dans leur souffrance qui arrivent à se bâtir un compagnon imaginaire. Ainsi les facteurs de la résilience se traduisent par un tempérament qui induit des réponses positives dans l'entourage, un lien important avec une personne qui a pris soin de l'enfant depuis sa petite enfance, et une

approche active pour résoudre les problèmes, la croyance, que la vie a un sens positif et une bonne estime de soi. (Sahuc, 2006, p. 54)

Ajoutant aux facteurs familiaux aussi le système de croyances comme facteur de protection psychologique chez l'enfant, des recherches qui ont été faites sur les enfants palestiniens exposés aux interventions militaires répétées démontrent que la présence d'une idéologie nationaliste ou religieuse extrême, laquelle justifie la violence en tant que moyen de lutte patriotique, est un facteur associé à une moindre intensité des symptômes traumatiques, c'est-à-dire plus l'enfant tient un système de croyances approuvant la violence et moins il présente de signes de détresse psychologique. Le coping aussi est considéré comme un facteur de protection, mais il ne doit pas être confondu avec les mécanismes de défense qui sont un processus intrapsychique inconscient permettant au sujet de gérer ses angoisses conflictuelles. (Sadler, 2001, pp. 96-97)

Défense et coping coexistent en chacun de nous défense et coping peuvent être des processus adaptatifs ou mal adaptatifs. Ce caractère fonctionnel ou dysfonctionnel dépend à la fois du type de défense ou de coping, de l'intensité et de la durée de sa mise en jeu, mais aussi du contexte interne et externe de leur mobilisation et des interactions éventuelles entre défense et coping. Enfin, défense et coping s'activent habituellement conjointement ou successivement et contribuent ensemble à notre adaptation aux difficultés de la vie quotidienne, comme aux situations difficiles de la vie ou aux traumatismes majeurs. (Chabrot, 2005)

L'enfant utilise en effet un ensemble de mécanismes de défense pour faire face aux contraintes de vie et aux traumatismes. Ensemble de mécanismes bien spécifique à la résilience, car tout le registre défensif dont disposent les individus en général peut-être mis à contribution dans le processus de résilience, et d'autres mécanismes peuvent favoriser le processus de résilience comme le recours à l'imaginaire, l'humour, le clivage, le déni ou l'intellectualisation. (Cyrulnik, Duval, 2010)

### **Synthèse**

La présence du parent auprès de l'enfant semble être une nécessité fondamentale pour le développement dit « normale » de l'enfant. C'est une base indispensable pour la construction de la personnalité de l'enfant, et pour l'équilibre de sa vie physique et

## **Chapitre II Le vécu psychologique de l'enfant orphelin de mère en période de latence**

psychique. Le fait d'être privé de l'un des parents est considéré comme un phénomène de vulnérabilité qui ouvre la porte pour diverses pathologies.

Précédemment on a présenté un ensemble de répercussions éventuelles ou probables qui peuvent être manifesté par un enfant après la perte d'un parent. Un tel évènement exige un travail de deuil qui peut aller dans le sens d'une pathologie, ce qui aura des répercussions négative et causé un traumatisme.

Mais on revanche on peut remarquer dans certains cas une certaine résilience infantile qui facilitera le processus d'évolution de l'enfant.

On a donc conclu notre deuxième chapitre qui porte sur « *le vécu psychologique de l'enfant orphelin de mère dans la période de latence* » par une synthèse.

En ce qui suit on va aborder présenté notre problématique et hypothèses, puis on commencé notre partie pratique là où on va aborder nos cas, et pouvoir analyser notre entretien et nos tests utilisé.



## *Problématique et hypothèses*

L'enfant est un être en devenir. Il n'est pas un petit être figé mais une personnalité qui évolue sans cesse, au fur et à mesure de son développement il tisse des liens avec sa famille et tout son entourage, dans un processus constant de séparation et d'individuation. Cette étape de développement est considérée comme fondamentale dans le processus d'évolution de chaque être humain.

Dès lors, pour vivre en bonne santé psychique l'enfant a besoin de sa famille, étant donné qu'il est considéré comme un être dépendant de son milieu, ce dernier lui procure de l'amour, de l'attention pour pouvoir forger son identité, de pouvoir s'identifier à chacun d'eux, une mère comme un premier objet d'amour, et aussi une première source de sécurité ; de stabilité et d'affection, et un père qui est nécessaire à l'ouverture de l'enfant vers le monde extérieur, pour sa socialisation, et sa confiance en soi. Ainsi ses liens précoces entre l'enfant et ses parents sont considérés comme une base d'interaction avec le monde extérieur, la qualité de ses liens détermine le mode de développement cognitif ; affectif ; et psychique de l'enfant.

Partant du fait que le lien entre mères et enfants occupe une place primordiale dans la vie de l'enfant par rapport au lien entre le père et l'enfant. Le développement de manière harmonieux est assuré grâce à l'établissement d'un attachement sécurisant dès la petite enfance. Mais en cas de rupture de celle-ci il peut entraver le processus évolutif. (Bouzeriba-Zettota, Kouadria, 2013)

Parmi les études qui penchent sur cette relation, on peut citer d'abord celle de Spitz, Bowlby, et Ainsworth, ainsi que Klein, et Anna Freud. D'abord la prise en considération des besoins des tout-petits en apports émotionnels a été magistralement démontrée par Spitz (1945), en comparant des enfants vivants dans deux institutions. Dans l'une, la maman est présente alors que les conditions matérielles ne sont pas très bonnes et dans l'autre institution de meilleure qualité, les enfants sont séparés de leur mère. C'est dans la deuxième institution que se trouve le plus de morbidité, alors que les conditions matérielles et d'hygiène sont meilleures que dans la première. C'est donc la qualité de la relation à la mère qui est fondamentale pour le bien-être de l'enfant, ce qui amène Spitz à postuler la notion de carences affectives. (Moutassem, Mimouni, 2012)

Quant à Bowlby (1960), il élabore la théorie d'attachement à partir des effets des séparations parent-enfant et de la carence de soins maternels. En effet, Bowlby et ses élèves insistent sur l'importance de la réalité des premiers liens interpersonnels, plus particulièrement entre une mère et son enfant. (Moutassem, Mimouni, 2008)

Dans la même idée Ainsworth (1979), parle de la situation étrange, elle étudie la manière dont laquelle le sujet gère les épisodes de séparations, au début on parlait de la présence physique de la mère, puis on s'intéresse à la présence psychologique et de soins, en cela, l'autonomie repose sur la mise en place d'un attachement de bonne qualité, dans lequel l'enfant se sent protégé et guidé.

Dans la même idée Klein, met l'accent sur les premières années de la vie pour la formation ultérieure de la personnalité, et insiste sur l'importance du lien mère-enfant dans son développement. (Bourcet, 2003). De sa part Anna Freud et Burlingham ont montré les effets négatifs de la séparation et la perte de la figure maternelle, ils considèrent que l'affection est un besoin inné tous aussi importants que la faim ou la soif. (Moutassem, Mimouni, 2008)

Cependant cette figure d'attachement peut être rompue et cela pour diverses causes. Cette dernière peut être l'orphelinat, qu'elle soit paternelle ou maternelle, être orphelin signifie la perte de l'un des parents ou les deux, ce qui peut bouleverser le cycle de vie normal de l'enfant dans tous les côtés, surtout dans le mode relationnel, affectif et d'attachement, parce que la perte réelle d'un objet d'amour crée une souffrance morale qui a par conséquent de diverses répercussions psychologiques.

Effectivement, parmi les facteurs les plus susceptibles de mener à un sentiment de solitude psychique est l'expérience de perte d'une personne chère par la mort, ainsi l'expérience d'un enfant de perdre un parent pendant l'enfance par la mort ou le divorce, cela en fait une cible de la solitude psychique. (Dawla, 2017)

En effet la prise en charge des orphelins en Algérie est un sujet très délicat qui ne peut être évoqué sans nous rappeler les défaillances, les manques sur le terrain et l'énorme vide juridique qui n'accorde à l'orphelin aucun statut particulier. Les orphelins sont une catégorie marginalisée, certains d'entre eux sont placés dans des familles d'accueil, d'autres passent leur vie entière dans des orphelinats, alors que quelques-uns, comme est le cas des enfants de l'orphelinat de Médéa, passent toute leur vie au sein de cette structure. Bien que l'Algérie ait signé toutes les conventions internationales en rapport aux droits de l'enfance, aucune disposition efficace n'est palpable sur le terrain. (Soltani, 2008)

En s'appuyant sur les divers travaux cités ci-dessous on va s'intéresser au « *vécu psychologique des enfants orphelins de mère entre 6 et 12ans* ». Le vécu est considéré comme un ensemble d'expériences et d'événements qui vise à agir sur l'aspect psychique d'un enfant qui a perdu sa mère dans la période dite de « *latence* », cette dernière est

considérée comme une période qui va du déclin de la sexualité infantile (cinquième ou sixième année) jusqu'au début de la puberté et marque un temps d'arrêt dans l'évolution de la sexualité. On y observe de ce point de vue une diminution des activités sexuelles, la déssexualisation des relations d'objet et des sentiments (singulièrement la prévalence de la tendresse sur les désirs sexuels), l'apparition de sentiment comme la pudeur et le dégoût, et d'aspirations morales et esthétiques. (Laplanche, Pontalis, 1996)

On a retenu cette tranche d'âge parce que, c'est une période où l'enfant organise sa personnalité le contact devient tendre, respectueux, il y a une ouverture de champ pour d'autres relations à part celle forgé avec les parents, c'est une période d'accès à la lecture, le langage et avec le déclin de l'Œdipe, l'enfant va assimiler la notion de la mort, toutes ses caractéristiques vont nous permettre de mener notre échelle dans le cadre de la recherche.

Alors l'enfant dans sa « *période de latence* » comme tout être humain lorsqu'il est confronté à la perte d'un objet important doit faire un travail de deuil, ce dernier consiste à intégrer la séparation dans sa réalité quotidienne, c'est-à-dire sentir la colère, la tristesse, la solitude de la séparation, penser l'absence et parvenir à en parler, comprendre la nature et les dimensions de la perte, puis transformer la relation, lâcher prise afin de retrouver son équilibre et son dynamisme et de pouvoir former de nouveaux liens. (Hervé, 1998, p.261)

Toutefois, le deuil chez l'enfant orphelin de mère pose des problèmes très complexes, en particulier parce que ces cas sont considérés comme ayant une personnalité narcissique, le fait qu'ils n'ont pas achevé leurs développements psychique et cognitif ce qui l'expose aux réactions morbides : (Becqué, 2000).

Anxiété de séparation, des troubles d'attachements, des dépressions qui peuvent être grave, ainsi que des décompensations somatiques ou comportemental, ce qui est dû à la perte précoce de la mère, car plus l'enfant est jeune (moins de onze ans) plus la possibilité de rester fixer à un stade où la relation d'objet ne s'est pas encore élaborée s'impose, et va ultérieurement et à chaque perte rappeler le « traumatisme initial ». (Becqué, 2000).

Ainsi, le deuil met en danger les capacités et acquisitions de l'enfant. Il a donc particulièrement besoin d'aide à ce moment. L'enfant doit être assuré que ses besoins réels seront soigneusement assurés, comme avant la mort de sa: mère ou de son père. Là ou les personnes qui remplacent celles qui ont disparu doivent être toujours les mêmes. (Hanus, 2004, pp. 1470-1471).

Des expériences théoriques et pratiques montrent que le recours de l'orphelin vers le comportement de deuil comme expression d'un refus de la réalité d'un côté, et la preuve du niveau d'attachement au défunt d'un autre côté. (Djellab, 2019)

De ce fait, l'enfant réagit à la mort de sa mère, telle sa réaction à la perte ou à la séparation d'elle. L'enfant est fortement déprimé par moments, ou en colère, se détache émotionnellement, mais l'intensité et la durée de ces réactions diffèrent d'un enfant à un autre, selon son degré de maturité à réguler ses affects, à communiquer et sa capacité à s'exprimer.

Alors le choc émotionnel résultant de la perte d'objet constitue le cœur de toute la réaction de deuil, pour le jeune enfant spécialement, le problème est souvent compliqué du fait de son incapacité intellectuelle à comprendre la nature de la mort. Cette difficulté, ayant pour origine l'insuffisance de développement des capacités d'abstraction et des capacités conceptuelles. Les réactions émotionnelles de chaque enfant dépendent, de son niveau de développement, de sa relation antérieure avec le parent décédé des circonstances entourant la mort et du mode de réaction de la famille. L'enfant peut réagir suivant deux thèmes : la sensation d'abandon, et la réaction de culpabilité. (Ajuriaguerra, 1980, p. 886)

Par ailleurs, dans le cadre de notre recherche concernant le vécu psychologique des enfants orphelins de mère dans la période latence, on a retenu deux indicateurs cliniques qui sont le traumatisme psychique et la résilience, c'est deux variables correspondent à un ensemble d'indicateurs spécifiques. En effet ces deux indicateurs semblent aptes à et explorer profondément le vécu psychologique des enfants orphelins.

En premier lieu, on va commencer par le traumatisme, puisque généralement il vient avant le processus de résilience. (Ould-Taleb, 2015, p. 70)

Alors le traumatisme psychique est une résultante d'une émotion pénible face à un événement inattendu et imprévu ce qui provoque des répercussions négatives du fait de la violence de cet événement, de ce fait, l'individu se sent impuissant face à cette confrontation au réel de la mort, cela se produira par des blessures et des troubles psychiques irrémédiables.

De différents chercheurs comme Barrois ; Crocq; Lebigot s'entendent pour dire que : d'abord, selon Barrois (1998) le trauma est un événement brute ; soudain une rencontre avec le réel de la mort « *l'effroi* », ensuite pour Crocq (1999) considère le trauma comme une expérience de non-sens, pour Lebigot (2006) le sujet traumatisé s'est vu mort sans imagination.

Quant à Anna. Freud, en parlant de l'enfant, elle précise que c'est son immaturité, vulnérabilité, ainsi que le non-progrès de ces appareils et fonction de Moi qui le rend fragile devant une situation traumatisante. Dans le même cadré Anna Freud insiste sur le rôle néfaste de la privation d'amour maternel et de l'instabilité des environnements affectif, puisque pour elle la qualité des soins maternelle joue le rôle d'une barrière protectrice contre les traumatismes.

Il est maintenant bien établi chez l'enfant que le traumatisme survient en réponse à la confrontation à une situation ou à un événement, exceptionnellement menaçant ou catastrophique, qui provoquerait des symptômes évidents de détresse chez la plupart des individus. Chez l'enfant comme chez l'adulte on se réfère à des événements majeurs représentant une menace pour la vie ou l'intégrité psychique (catastrophe naturelle, guerres, attentats, viol). (Ould-Taleb, 2015, p. 70)

En effet les enfants orphelins sont considérés comme des sujets qui peuvent vivre des détresses psychologiques et des dommages au niveau de leur santé physique et mentale, comme l'anxiété, la dépression, l'irritabilité ou de vivre des retards de leurs développements émotionnels et cognitifs comme des problèmes d'attachement, d'estime de soi, d'hyperactivité ou bien au niveau de leur apprentissage comme les troubles d'apprentissage, le décrochage, etc.(Kata-Nakich, 2014, p. 50)

Le DSM-5 de sa part regroupe les critères diagnostiques d'un traumatisme de l'adulte de l'adolescent ainsi que l'enfant plus de 6 ans sous les mêmes critères. Ce courant dit « *athéorique* » précise d'abord que la rencontre avec l'évènement peut être directe ou indirecte, puis il parle de la notion de répétition de scène traumatique, ainsi il parle d'évitement de tous ce qui a une relation avec l'évènement, on parle aussi de la présence d'un ensemble de. En effet le DSM5, aborde pour la première fois le trauma suite à un décès ou de danger de décès d'un membre de la famille notamment un parent ou une personne qui prend soin de l'enfant.

Néanmoins face à un traumatisme, l'enfant peut se montrer résilient malgré les conditions difficiles, avoir une certaine capacité de surmonter une épreuve négative et la transformer à une richesse, ce qui est considéré comme une tendance adaptative et qui a un impact positif sur la vie, cela permet d'atténuer la douleur psychique sans effacer mais plutôt la supporter pour continuer de vivre et de maîtriser ce qui lui arrive.

Quoique la relation mère-enfant semble jouer un rôle primordial dans l'interaction qu'un enfant puisse entreprendre avec son environnement, à travers l'établissement des

premiers liens sécurisés, il n'est pas consigné après la perte de sa mère d'en rester à cette relation étroite, il peut éventuellement développer un attachement sécurisé avec de nouvelles figures d'attachement lui procurant des sentiments de sécurité pouvant l'assister dans des moments d'adversité. (Bouzeriba-Zettota, Kouadria, 2013)

Selon Pierrehumbert (2003) et Anaut, (2005), L'analyse du développement de la résilience chez les sujets s'est ainsi intéressée à l'importance des premières expériences d'attachement, avec notamment le style d'attachement « sécuritaire » comme permettant à l'enfant de développer la résilience. Par la suite, le déterminisme des premiers styles d'attachement a été revisité à la lumière des travaux sur le développement et la plasticité des styles d'attachement au cours de la vie. (Anaut, 2005)

En effet la résilience est considérée comme l'art de s'adapter aux situations diverses (conditions biologique, et sociopsychologique), en développement de liens avec les ressources internes (intrapyschiques), et externe (environnement social et affectif) permettant d'allier une construction psychique adéquate et insertion sociale. (Bechka, 2011).

Cette notion de résilience ne correspond pas à la résistance à des agressions diverses ni à l'invulnérabilité, elle n'a rien à voir avec une qualité supérieure de certain, mais c'est une sorte de plasticité physique et psychique qui facilite, pour peu que les conditions internes et externes s'y prêtent, le sursaut nécessaire à la résilience. Ce processus peut se bloquer, s'enrayer à un moment ou à un autre quand la personne se sent dépassée, débordée par l'excès de stimuli (stress, malheur, catastrophe, etc.), qu'elle n'arrive plus à traiter. (Moutassem-Mimouni, 2005)

Chez l'enfant, les ressources individuelles ainsi qu'environnementales sont considéré comme des facteurs de protection qui éliminent les effets négatifs de facteurs de risque. Dans le même cadre cette résilience met en évidence une réussite scolaire qui apparaît en dépit des prédictions négatives rencontrées, mais l'école aussi peut apporter des éléments qui vont favoriser la résilience, les enfants souffrants peuvent se réconcilier grâce à l'investissement des pairs, des enseignants, considérés comme facteurs de protection extérieurs. (Chelala, 2012, p. 94)

Une même réorganisation du milieu ne provoque pas une même reprise de développement. Mais populationnellement une niche sécurisante déclenche un grand nombre de processus résilient. (Cyrulnik, 2014)

Ainsi pour la réalisation de notre recherche, on a opté pour l'approche psychodynamique qui s'intéresse au passé personnel, et en particulier celui de la petite enfance, qui peut provoquer des troubles psychopathologiques. Les expériences individuelles (situations, événements, traumatismes, facteurs familiaux et sociaux) jouent un rôle très important. La signification et la portée de ces expériences dépendent du stade de développement auquel elles surviennent. Tout trouble, constitue une forme d'ordre. L'impression de relativité de la frontière entre normal et pathologique que donnent ces assertions et accentuée par le fait que le conflit, qui n'est pas considéré en lui-même comme pathologique, représente un facteur commun à la santé et à la maladie. (Ionesco, 2015, p, 168)

Par ailleurs pour évaluer le degré du traumatisme psychique éventuel chez les enfants orphelins de mère, et la moyenne de la résilience probable chez d'autres, et pour pouvoir vérifier nos hypothèses, nous avons choisi 6 cas qui répondent à nos objectifs de recherche et à nos critères de sélection, puis on a procédé à l'entretien semi-directif, doté d'un guide d'entretien, ensuite on a fait le choix d'adopter une l'échelle qui est nommée(CPTS-RI) pour mesurer le degré du traumatisme chez l'enfant, et une l'échelle(CYRM-28) pour mesurer le niveau de la résilience chez l'enfant.

À la lumière de tout ce que nous venons de dire, nous proposons de répondre aux questions suivantes :

### **Question générale :**

- Quelle est la nature du vécu psychologique d'un enfant orphelin de mère dans la période de latence (6 à 12 ans) ?

### **Questions partielles :**

- Est-ce que l'enfant orphelin de mère développe un traumatisme psychique sévère?
- Est-ce que l'enfant orphelin de mère développe une résilience élevée?

Nous allons présenter ci-dessous notre hypothèse principale et ensuite les hypothèses secondaires. Nous formulant deux (02) hypothèses spécifiques dans le cadre de notre hypothèse générale.



### **Hypothèse générale :**

- Le vécu psychologique d'un enfant orphelin de mère diffère d'un sujet à un autre, pour certains on retrouve un mauvais vécu psychologique exprimé par le traumatisme psychique sévère, pour d'autres on retrouve un bon vécu psychologique exprimé par une résilience élevée.

### **Hypothèse partielles :**

-Les enfants orphelins de mère développent un traumatisme psychique sévère.

-Les enfants orphelins de mère développent une résilience élevée.

C'est la réponse à toutes ces questions qui constitue la cheville ouvrière de notre recherche. L'analyse des interrogations ci-dessus exprimées suscite en nous des hypothèses qui peuvent affermir ou non notre conviction au cours et après la recherche.

### **Opérationnalisation des concepts :**

#### **1) Opérationnalisation de l'enfant :**

L'enfant est un être humain entre l'âge de l'enfance et de la puberté, il se caractérise par l'innocence, la sensibilité, la curiosité, un désir de découverte et une vulnérabilité. Il est considéré comme l'âge de développement, quel soit physique ; psychologique; la parole ; ainsi que le développement du langage. D'est une période d'immaturité ; de dépendance aux parents et à l'environnement, c'est une phase d'apprentissage et d'éducation

#### **2) Opérationnalisation de l'enfant dans la période de latence :**

Etat de ce qui est latent, caché ou dissimulé, cette phase se situe entre l'âge de 6 à 12 ans, l'âge qui se place entre *la petite enfance et une préparation à l'adolescence*, elle se caractérise par le développement psycho-sexuel, intériorisation de l'interdit de l'inceste, l'âge des questionnements et d'apprentissage sociaux, augmentation des intérêts intellectuels et diminution des activités pulsionnels, la constitution du surmoi qui se traduit par l'acquisition des valeurs morales et de la pudeur.

### **3) Opérationnalisation du terme enfant orphelin :**

C'est un enfant, habituellement mineur dont le père, la mère ou les deux sont décédés. On parle alors d'orphelin de père, de mère ou de père et mère. Un orphelin de père est, celui dont le père est décédé. Orphelin de mère lorsque celui dont la mère seule est décédé. Ce dernier est l'objet de notre recherche.

### **4) Opérationnalisation de traumatisme psychique :**

Le traumatisme psychique se caractérise par un choc, une incompréhension de l'évènement, une dénéigation de la réalité, une blessure affective, une instabilité émotionnelle, un isolement, une souffrance psychique, une perturbation du cycle normal de la vie, une peur intense, une fragilité et une peur de la mort. Le traumatisme psychique se manifeste chez l'enfant par la frayeur, de l'insécurité, de la souffrance psychologique, un comportement agité ou désorganisé, des cauchemars, la culpabilité, manque de concentration, des plaintes somatiques, des souvenirs intrusifs, ressentir de l'angoisse ou de ne rien ressentir, en général il se manifeste par la reviviscence ; l'évitement ou l'hyperactivité.

Pour pouvoir mesurer le degré de traumatisme chez l'enfant on a procédé par l'échelle de CPTS-RI, il consiste à demander à un enfant qui a déjà vécu un traumatisme de répondre un ensemble de questions qui sont 20 questions ou items, chaque items doit être suivie d'un Lickert en 5 points, on obtient un score de 0 pour « jamais », 1 pour « presque jamais », 2 pour « parfois », 3 pour « souvent », 4 pour « presque tous les jours ». Le score est obtenu par l'addition des items, le total est compris entre 0 et 80. La gravité est évaluée en général selon les critères suivants : 0 - 11 : peu grave, 11 - 24 : légère, 25 - 39 : modérée, 40 - 59 : grave, 60 - 80 : très grave. Cette échelle est subdivisée en 3 sous-échelles : d'abord la reviviscence de l'évènement, l'émoussement de la capacité de réaction, le désintérêt pour le monde extérieur ainsi que l'évitement, qui englobe les items (1, 2, 3, 4, 9, 16, 17) pour une moyenne de 31.6%, deuxièmement les symptômes de peurs et d'anxiété secondaire à l'évènement qui regroupe les items (6, 11, 13, 14, 19, 20) pour une moyenne de 7.3% troisièmement se qui est relatif aux difficultés de concentration, à l'école et du sommeil qui rassemble les items (5, 7, 10, 12, 15, 16) pour une moyenne de 5.92%.

Ainsi, un mauvais vécu psychologique est exprimé par un traumatisme à un degré sévère.

### **5) Opérationnalisation de la résilience :**

La résilience se caractérise par un équilibre psychique, une stabilité émotionnelle, un bien être un sens de l'humour, un désir de création, une capacité de réussir, la socialisation, capacité d'imaginer, projection dans l'avenir. La résilience se manifeste chez l'enfant par l'adaptation scolaire et social, estime de soi, une bonne gestion de l'attention et des réactions émotionnelles, bonne relation avec les pairs, sentiment positif envers autrui, capacité de résoudre ces problèmes, sentiment d'efficacité, d'autonomie.

Pour mesurer le degré de la résilience potentielle exprimé par un enfant on a procédé par l'échelle de CYRM-28 qui consiste à passer 28 questions à un enfant et chaque réponse est suivie d'un score entre 1 et 5 points, 1 pour « pas du tout », 2 pour «un peu », 3 pour «moyennement » , 4 pour «beaucoup » , 5 pour «énormément », le score total est compris entre 28 et 140, cette échelle est subdivisé en trois sous-échelles, d'abord le premier sous-échelle concerne le thème individuelle qui regroupe les aptitudes personnelles pour les items de (2, 8, 11, 13, 21) ; soutien des pairs pour les items (14, 18) ; aptitudes sociale pour les items (4, 20, 15, 25, 25), pour une moyenne de 35%, deuxièmement le thème fournisseur de soin qui regroupe les besoins physiologiques pour les items (5,7) et psychologiques pour les items (6, 12, 17, 24, 26) pour une moyenne de 24, 1%, troisièmement le thème contexte qui regroupent le spirituel pour les items (9, 22, 23) ; l'éducation pour les items (3, 16) et le culturel pour les items (1, 10, 27, 28, 19) pour une moyenne de 30.36%.

Ainsi, un bon vécu psychologique est exprimé par un niveau de résilience élevé.

### **6) Opérationnalisation du vécu psychologique :**

Le vécu est le participe passé masculin singulier du verbe vivre. Il renvoie à ce que l'on a connu, ressenti dans sa vie, notamment, lors d'une expérience réelle et les éprouvés qui découlent, de ce fait ou de cet évènement. Il englobe les pensées, les émotions, et le sentiment de soi. Le vécu psychologique n'est pas le même évidemment pour tous. Chez l'enfant le vécu psychologique est une expérience réellement vécu, elle est différente de celle de l'adulte par rapport à l'âge, le niveau de développement, et la dépendance à l'entourage. En effet dans notre recherche on s'intéresse au vécu psychologique de l'enfant orphelin, alors comment cette enfant réagit face à des situations pénibles, et comment se fait le processus d'acceptation de cette nouvelle réalité. Il existe de ce fait de types de vécu :

**6-1) Opérationnalisation du bon vécu :**

C'est un vécu qui rapporte un ensemble d'indices de la résilience, tels qu'on a mentionné précédemment comme : un équilibre psychique, une stabilité émotionnelle, un bien être, une résistance aux traumatismes, un sens de l'humour, de l'autonomie, un désir de création, capacité de réussir, la socialisation, une capacité d'emmagasiner d l'énergie pour refaire sa vie, un épanouissement devant les conditions défavorables, des projets d'avenirs. Chez l'enfant un bon vécu est détecté par une stabilité psychique, une régulation des relations avec l'entourage notamment la famille, les pairs, et une réussite scolaire.

**6-2) Opérationnalisation du mauvais vécu :**

Il rapporte un ensemble d'indices du traumatisme comme on a mentionné précédemment comme le choc, une incompréhension de l'événement, une dénéiation de la réalité, une blessure affective, une instabilité émotionnelle, un isolement, une souffrance psychique, une perturbation du cycle normal de ma vie, une peur intense, une fragilité et une peur de la mort. Chez l'enfant un mauvais vécu est un ressenti douloureux marqué par une souffrance psychique et des perturbations des relations avec le parent restant dans notre cas le père, les pairs, et une altération du comportement scolaire.

## *Partie pratique*

***Chapitre III***  
***La méthodologie de recherche***

## Préambule

La méthode de la recherche permet de guider et de cerner la recherche, il faut passer par des étapes et suivre une méthodologie bien précise, pour ne pas nous éloigner des objectifs tracés dès le début de notre recherche. Dans ce sens, nous allons à travers ce chapitre présenter l'allure qu'a prise notre travail de recherche. En premier lieu nous exposerons, les limites de la recherche, ensuite nous définirons la méthode utilisée, en plus de la présentation du lieu et le groupe de notre recherche, nous mettrons aussi en valeur les outils de recherche qu'on a employés et leurs analyses. Enfin nous évoquerons le déroulement de la recherche, l'attitude du chercheur ainsi que les difficultés de la recherche rencontre. On clôture ce chapitre par une synthèse.

### 1) Les limites de la recherche

- Limite spatiale : la recherche s'est déroulée à l'école primaire « *Chahid Mbarki Lounis* » située à Melbou et l'école primaire « *Gentour Houcine* » située à Tala Khaled dans la wilaya de Bejaia.

- Limite temporelle : du 15 mars au 15 mai.

- Limite du groupe : l'étude s'est portée sur six enfants orphelins de mère.

- Outils de recherche : entretien de recherche semi-directif doté d'un guide d'entretien, l'échelle du traumatisme psychique (CPTS-RI) et l'échelle de la résilience (CYRM-28).

- Approche : psychodynamique.

### 2) Méthode utilisée dans la recherche

La recherche scientifique est un processus dynamique ou une démarche rationnelle qui permet d'examiner des phénomènes, des problèmes à résoudre, et d'obtenir des réponses précises à partir d'investigations. La méthode est définie comme : « *l'ensemble des opérations intellectuelles permettant d'analyser, de comprendre et d'expliquer la réalité étudiée* ». (Loubet, 2000, p. 120). Dans ce cadre la recherche en psychologie, utilisée dans une acception large, renvoie à une pluralité des méthodes: expérimentale, éthologique, clinique... elles-mêmes sous-tendues par des approches théoriques diverses. (Varescon, 2007, p. 65)

Concernant la méthode par laquelle nous avons procédé afin d'effectuer les vérifications de terrain nécessaires et indispensables pour nos hypothèses c'est la méthode

clinique. Elle nous permet d'explorer et d'expliquer le fonctionnement, dysfonctionnement et trouble au sein de tous nos sujets d'étude en profondeur d'une manière réaliste et fidèle. De ce fait la méthode clinique est « *une méthode particulière de compréhension des conduites humaines qui visent à déterminer, à la fois, ce qu'il y a de typique et ce qu'il y a d'individuel chez un sujet, considéré comme un être aux prises avec une situation déterminée* ». (Sillamy, 2003, p. 58)

La méthode clinique utilise l'entretien, les tests, les échelles d'évaluation, le dessin, le jeu, l'observation pour développer l'étude de cas. Cette méthode est également définie par Daniel Lagache, 1949, comme ceci «*elle envisage la conduite dans sa perspective propre, relative aussi fidèlement que possible la manière d'être et d'agir d'un être humain concret et complet aux prises avec cette situation, cherché à en établir le sens, la structure et la genèse, déceler les conflits qui motivent et les démarches qui tendent à résoudre ces conflits* ». (Lagache cité par Chahraoui, Bénony, 2003, p. 11)

Ainsi, la méthode clinique s'insère dans une activité pratique visant la reconnaissance et la nomination de certains états, aptitudes, comportements dans le but de proposer une thérapie (psychothérapie par exemple), une mesure d'ordre social ou éducatif ou une forme de conseil permettant une aide, une modification positive de l'individu. Il a spécificité de cette méthode réside dans le fait qu'elle refuse d'isoler ces informations et qu'elle les regroupe en les replaçant dans la dynamique individuelle. (Pedielli, 2006, P.43).

En somme, on peut déduire que la méthode clinique est une pratique pertinente qui repose sur le principe de singularité de l'individu dans sa langue, ses pensées, ses réactions, son histoire. De plus, il est impossible d'aborder ces éléments en niant leur contexte et la manière dont le sujet les saisit. De ce fait, nous avons estimé que c'est la méthode la plus appropriée aux objectifs de notre recherche, elle va nous permettre d'étudier et analyser le sujet tant que cas individuel en évolution continue, qui a une histoire personnelle dans une famille et un environnement spécifique.

Dans le cadre de notre recherche, qui porte sur l'étude du vécu psychologique des enfants orphelins de mère, On a choisi d'utiliser l'étude de cas qui est une technique méthodologique qualitative descriptive, est une observation approfondie d'un sujet ou d'un groupe de sujets. Les études de cas sont utiles pour l'exploration d'un phénomène qui n'est pas encore compris, où des phénomènes psychologiques complexes qui sont difficiles à



reproduire par expérimentation. Elles permettent aussi à l'élaboration de l'hypothèse pertinente et majeure dans la compréhension des troubles psychologiques.

L'étude de cas ou l'étude d'un ensemble de cas peut parfaitement s'inscrire dans une démarche de production de connaissance. Le choix des cas devrait d'ailleurs se faire en fonction d'un modèle théorique et d'hypothèses de recherche à valider, et l'étude de cas doit permettre dans une telle perspective d'infirmer ou de confirmer les hypothèses de recherche, bien sûr la validation d'un seul cas ne permet pas d'aller trop loin dans la validation d'une hypothèse, mais l'analyse approfondie du cas et la répétition éventuelle d'une telle analyse sur une diversité de cas doivent permettre d'enrichir des modèles théoriques, d'apporter des explications aux phénomènes investigués et d'avancer dans le travail de construction de connaissance, au-delà de la compréhension de chaque cas singulier étudié. (Albarelo, 2011)

En outre, L'étude de cas apparaît deux activités distinctes l'une est un mode de travail clinique permettant le recueil ( voire l'accueil) de données concernant un sujet : ces données doivent être riches ( critères du maximum d'informations), diversifiées ( critère de la multiplicité des sources), subjectives ( critères de la représentation du problème par le sujet), étendue ( critère de la totalité et de l'histoire) l'autre activité est la production par le clinicien d'une représentation ordonnée, explicative, qui rende compte des éléments déterminants de l'histoire et de la subjectivité de la personne concernée. Cette représentation doit satisfaire aux principes de totalité ( ne pas isoler les symptômes, considérer le sujet comme une totalité et de singularité( c'est la personne qui importe avec ses spécificités, son originalité, son intériorité, ses représentations, son histoire), l'étude de cas ( avec ses deux volets) est par ailleurs utilisée à plusieurs niveaux de la psychologie : l'activité clinique professionnelle d'abord, l'activité de communication entre praticiens exposer un cas, échanger autour d'un cas), l'activité de connaissance ( le cas dans la (production et la validation de théories). (Colin, 2015)

Contrairement à la recherche armée par des batteries de tests statistiques, l'étude de cas véhicule des résultats qui s'expriment en mots plutôt qu'en chiffres, transmettent l'empathie et la compréhension subjective plutôt qu'une analyse froide et détachée, situe les données dans un contexte individualisé plutôt que dans la sphère des valeurs absolues,

cherche à bâtir de bons exemples plutôt que des échantillons représentatifs et parfois visent à responsabiliser le patient plutôt que de simplement l'observer. (Ionesco, 2012, p. 62)

Donc nous avons retenu comme méthode de recherche la méthode clinique et l'étude de cas ainsi qu'une démarche qualitative estime serait la meilleure façon pour atteindre notre objectif principal de recherche. À noter que, la question du traumatisme est une question d'une extrême sensibilité qui peut réveiller chez les personnes interrogées de nombreuses blessures. Elle exige pour cela une approche méthodologique adaptée et une grande flexibilité du chercheur qui lui permettra de révéler le contenu psychique en lien avec ce traumatisme.

### 3) Présentation de lieu de recherche

Notre enquête a été réalisée au sein de deux établissements : D'abord Nous avons commencé à l'école primaire de Melbou qui est nommé « *Chahid Mbarki Lounis* » car on a trouvé des sujets qui répond à notre étude, ensuite voir le nombre limité de cas trouvé nous étions obligés de poursuivre notre recherche dans un autre école primaire de Tala Khaled qui est nommé « *Gentour Houcine* » pour pouvoir rassembler un nombre de cas convenable a notre cas. D'après les informations qu'on a recueillies par l'administration des deux lieux, on a pu collecter les renseignements suivants :

#### - Présentation de L'école primaire « *Chahid Mbarki Lounis Melbou* »

L'école « *Chahid Mbarki Lounis* » a été créée en 1978, et a ouvert ses portes en 1981 qui se situe à Tala Khaled dans la wilaya de Bejaia elle assure la scolarité d'un nombre de 522 élèves.

Sa structure est composée d'une administration ,12 classes, une salle d'enseignants, sanitaire filles et sanitaire garçons, une grande cour, un stade.

Elle se constitue d'un directeur responsable de l'établissement et de 18 enseignants, dont 15 enseignants de la langue arabe compris d'autres matières, et deux 02 enseignants de la langue française, et un 01 enseignant de la langue amazigh. Comme elle se constitue aussi d'une informaticienne et une comptable et 02 assistantes administratives, deux personnes en emploi de jeune, et 3 agents de sécurité.

### **- Présentation de l'école primaire «*Gentour Houcine Tala Khaled* »**

L'école « *Gentour Houcine* » a été créée en 1985 et a ouvert ses portes en 1991, elle se situe à Melbou dans la Wilaya de Bejaia assure la scolarité d'un nombre de 389 élèves.

Sa structure est composée de 08 classes, le bureau de directeur, sanitaire filles et sanitaire garçons, restaurant, une vaste cour.

Elle se constitue d'un directeur et de 13 enseignants, dont 10 enseignants de la langue arabe, et deux 02enseignants de la langue française, et un 01enseignant de la langue amazighe. Comme, elle contient aussi 5 administrateurs, et 2 agents de sécurité.

## **4) Groupe de recherche**

Notre travail de recherche porte sur le vécu psychologique des enfants orphelins de mère, donc notre groupe de recherche comprend six sujets que nous avons sélectionnés parmi d'autres cas sur la base de différents critères d'inclusion et de critères d'exclusion cités ci-dessous :

### **4.1) Les critères d'inclusion**

Les critères sur lesquels on s'est basé pour la sélection des cas sont les suivants :

- Des enfants dont l'âge varie entre 6 ans à 12ans. Notre choix s'est porté sur cette période de développement pour deux raisons. Tout d'abord, l'enfant en période de latence est doté d'un psychisme déjà fort construit. Ensuite, il s'agit d'une période moins conflictuelle que les précédentes. Rencontrer l'enfant à cet âge permet donc de ne pas amplifier des différentes dimensions auxquelles le fait de perdre la maman expose l'enfant. On évite ainsi qu'il y ait résonance entre la crise situationnelle amenée par le décès de la mère et la crise maturationnelle inhérente à une période de développement.
- Cette rencontre s'est déroulée plus d'un an minimum après l'événement pour tous nos cas. En effet, nous désirions nous placer dans une perspective d'après coup afin de pouvoir envisager de manière globale comment nos sujets ont pu dépasser ou non cette expérience par l'analyse des traces qu'elle a laissées en eux.
- Tous les enfants sont des orphelins de mère.
- Enfants scolarisés.

- Enfant en bonne santé c'est-à-dire absence de handicap physique, psychique ou mental.
- Des orphelins habitant avec leur famille.

#### 4.2) Les critères d'exclusion

Dans notre recherche, nous avons exclu les critères suivants :

- Enfants dont l'âge inférieur à 6 ans et supérieur à 12 ans.
- Enfant orphelin de père ou des deux parents.
- Enfant non scolarisé.
- Le sexe, on n'a pas étudié seulement les garçons ou les filles.
- La langue utilisée.
- Le niveau socio-économique car notre groupe de recherche sont différent statut économique.
- La nature de la famille (nucléaire, agrandie, etc.).
- Famille recomposée (père remarié ou pas).
- En à pas pris la cause du décès de la maman.
- Enfant ayant une problématique de handicap physique, psychique ou mental.
- Enfants orphelins placés dans l'institution.

Dans ce qui suit, nous allons illustrer et définir dans un tableau les caractéristiques de notre groupe de recherche. Ce tableau contient les prénoms des cas, que nous avons tenus à changer pour garder la confidentialité selon la déontologie et l'éthique de la recherche en psychologie clinique, leur âge, leur sexe, le niveau scolaire, et l'âge au moment du décès de la mère.

**Tableau N°01 : présentation des sujets de recherche**

Informations Prénom	Age	Sexe	Emplacement dans la fratrie	Niveau scolaire	L'âge au moment du décès de la mère
Amine	11ans	Masculin	2eme d'une fratrie de 2 enfants	04 <sup>ème</sup> année primaire	10 ans
Farah	08 ans	Féminin	L'innée d'une fratrie de 3enfants	03 <sup>ème</sup> année primaire	04 ans
Ramy	09 ans	Masculin	2eme d'une fratrie de 4 enfants	04 <sup>ème</sup> année primaire	05ans
Salim	09 ans	Masculin	3eme d'une fratrie de 3enfants	03 <sup>ème</sup> année primaire	05 ans
Walid	09ans	Masculin	2eme d'une fratrie de 2 enfants	03 <sup>ème</sup> année primaire	08 ans
Massi	10 ans	Masculin	3eme d'une fratrie de 3 enfants	05 <sup>ème</sup> année primaire	04 ans

Dans ce tableau, on remarque que notre groupe de recherche est constitué de 6 cas (1 fille et 5 garçons) dont l'âge varie de 8 ans à 11 ans, le niveau scolaire se situe entre la 3<sup>ème</sup> et la 5<sup>ème</sup> année primaire, l'âge au moment du décès de la mère varie de 4 ans à 10 ans.

## 5) Outils de recherche

La psychologie clinique renvoie à une méthode qui consiste à appréhender l'individu en « *situation et en évolution* », en adoptons une certaine attitude selon le problème à étudier et les fins visées dans chaque recherche. Dans notre recherche nous

avons choisi en premier lieu l'entretien de recherche, en particulier l'entretien clinique semi-directif. Ensuite la passation des deux outils psychométriques.

Le premier outil sert à nous fournir des indices sur les réactions éventuelles, une description de l'événement subi, des éléments sur l'histoire antérieure du sujet de recherche, les facteurs ayant pu conduire le sujet à développer des difficultés et complications ainsi que les facteurs de soutien éventuels. Il permet donc une description du vécu de l'expérience en question dans cette recherche. Les autres outils psychométriques sont censés nous permettre de mesurer quantitativement le vécu et de produire ainsi une mesure chiffrée. Ils permettent aussi de placer le sujet de notre recherche dans la dimension explorée pour en donner un indicateur de sévérité ou d'intensité. Ces outils permettent alors de mesurer la grandeur à partir des indicateurs qui sont les items afin de confirmer ou infirmer nos hypothèses de recherche.

### 5.1) L'entretien de recherche

Le terme d'entretien, qui servait à désigner la conversation entre deux personnes, s'est progressivement étendu à toutes sortes de fonctions allant du médiatique au politique, du juridique au psychologique et au social. Le plus souvent réservé à caractériser une situation duelle à but thérapeutique, d'aide ou de diagnostic, il est également utilisé comme moyen privilégié d'accès aux représentations et au sens des conduites sociales, aussi bien dans les études de motivation, dans les enquêtes d'évaluation des politiques sociales que dans le champ de la recherche. (Charlotte, Ollivier, 2016, p.360)

L'entretien clinique se définit comme une rencontre intersubjective, au cours de laquelle c'est une subjectivité qui rencontre une autre subjectivité. Le contact s'établit au sein précisément de cette communauté humaine que révèle la rencontre. Le « *je* » du consultant entre en relation immédiate avec le « *je* » du récepteur-clinicien. (Chouvier, Attigui, 2012, p. 21)

L'objectif de l'entretien est d'appréhender et de comprendre le fonctionnement psychologique d'un sujet, en se centrant sur son vécu et en mettant l'accent sur la relation. Il constitue l'un des meilleurs moyens pour accéder aux représentations subjectives. (Chiland, 1983, P.141)

Les entretiens de recherche menés dans un climat de confiance seront suffisants pour que le chercheur dispose des informations nécessaires pour formuler une compréhension du phénomène.

De ce fait, l'entretien clinique de recherche est donc fréquemment employé comme méthode de production de données dans la recherche en psychologie clinique et aussi dans un grand nombre de discipline dans le champ des sciences humaines et sociales ; il représente un outil indispensable pour avoir accès aux informations subjectives des individus : biographie, événements vécus, représentations, croyances, émotions, histoire personnelle, souvenirs, rêves, etc. mais le clinicien doit également se servir de l'observation clinique qui a toujours occupée une place importante dans le domaine de la recherche, elle permet d'enrichir, de compléter et d'appuyer les résultats obtenus à partir d'autres outils méthodologiques, de ce fait, dans notre étude on a eu recours à l'observation clinique non seulement à propos des enfants orphelins de mère mais également leurs parents et personnel de l'école, d'une part pour répondre aux exigences des épreuves et tests passés. D'autre part, pour vérifier les informations fournies par les différents entretiens.

Selon Benony et Chahraoui l'observation consiste à « *relever des phénomènes comportementaux, idéatifs, langagiers, émotionnels et cognitifs, afin de leur donner un sens en les resituant dans la dynamique, l'histoire d'un sujet et dans le contexte de l'observation et dans le mouvement intersubjectif actualisé* » (Fernandez, Pedineilli, 2015, p.11)

L'observation est définie comme l'action de considérer avec une attention suivie la nature, l'homme, la société, afin de les mieux connaître. Elle vise à faire l'inventaire du réel, mais elle ne doit relever que ce qui lui paraît pertinent et significatif ; il n'y a pas d'observation entièrement naïve.

Selon Ciccone, l'observation clinique privilège la dimension expérientielle de l'être humain, le champ de l'observation clinique concerne aussi la socialité, les interactions, les interrelations, mais il concerne surtout l'intériorité du sujet, subjectivité, pour ce qui est de la dimension sociale, c'est l'intersubjectivité que visera l'observation clinique. (Ciccone, 1998, pp. 33-34)

Par ailleurs, L'observation clinique porte sur un certain nombre d'éléments qui sont autant d'effets de la réalité psychique. La réalité psychique n'est pas observable en soi. elle est reconstruite à partir de l'observation de ses effets : les signes, les symptômes, le langage, les messages verbaux et non verbaux, les comportements, les conduites, les interactions, les productions diverses, etc. (Ciccone, 2014, p. 69)

D'une part, tout observateur est d'abord témoin. Certes, c'est un témoin alerté, attentif, parfois entraîné et informé, mais sa perception est nécessairement sujette aux

défaillances de la perception humaine en général, d'autre part, dans ce qu'on appelle les recherches sur le terrain surtout lorsqu'elles comportent une part d'observation participation, le compte rendu se rapproche du témoignage tel qu'il est conçu par les historiennes et les juristes. (Mucchiell, 1996)

Nous avons donc adopté l'entretien de recherche, qui consiste à interroger oralement les répondants pour obtenir les résultats désirés. Il existe plusieurs types d'entretiens qui sont ; l'entretien non directif, l'entretien directif et l'entretien semi-directif. On ne parle pas d'un bon ou d'un mauvais entretien, mais le choix du type se fait par rapport à la situation ou par rapport au sujet. Dans notre recherche, nous avons opté pour l'entretien semi-directif, puisqu'il favorise l'expression libre et associative à partir d'une question ouverte tout en orientant ponctuellement la personne sur des questions précises pour lesquelles l'examineur souhaite une réponse et il se définit comme suit : « la situation ou le clinicien pose quelques questions simplement pour orienter le discours sur certains thèmes, cette structuration peut se préciser jusqu'à proposer un véritable guide d'entretien ; les thèmes abordés par le clinicien sont préparés à l'avance, elle s'adapte à l'entretien, la structure d'un guide d'entretien reste simple ». (Chiland, 1983, p.11)

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 (clinicien qui cadre le discours, mais ce dernier adopte tout de même une attitude non directive : il n'interrompt pas le sujet le laisse associer librement mais seulement sur le thème proposé. (Chahraouiet, Benony, 2013, p.16)

Puisque notre population de recherche concerne les enfants orphelins, il est donc important de parler de l'entretien de recherche avec l'enfant.

La conduite d'entretien avec un enfant et sa famille est particulièrement difficile et nécessite une longue expérience pratique. Une connaissance approfondie du normal et du pathologique chez l'enfant est impérative, ainsi qu'une expérience solide dans la manière de communiquer avec l'enfant. Celle-ci diffère de celle communément utilisée avec l'adulte dans laquelle le langage direct est le mode d'échange prioritaire. Avec l'enfant l'introduction d'objets médiateurs est nécessaire : il s'agit essentiellement du jeu, du dessin, du scénario psychodramatique, mais parfois aussi de l'échange strictement verbal.



Plus l'enfant est jeune, plus le clinicien doit user d'objets intermédiaires. Il y a lieu aussi à s'adresser à l'enfant avec des mots simples, souvent répétés, et de son niveau d'âge. (Chahraoui, Benony, 2013, p.87)

Ainsi, les modalités de contact de l'enfant, ses jeux, ses productions graphiques, ses propos nous conduisent peu à peu à avoir une idée de son intelligence, de son insertion dans le réel, de son acceptation de son sexe, de la manière dont il imagine son avenir, de sa richesse fantasmatique, de ses rêves, de son angoisse, de sa souffrance. Nous pouvons aussi être interrogatifs devant des indices contradictoires et souhaiter un examen psychologique standardisé, des investigations complémentaires (l'enfant fait-il la sourde oreille ou entend-il mal ?), des précisions sur son passé, ses conduites dans ses milieux de vie, etc. (Chiland, 2013, p. 102)

En phase de latence l'enfant est devenu sensible à l'opinion des autres, et se tient souvent assez longtemps sur sa réserve. Il se méfie de la fantaisie imaginative, mais s'exprime volontiers par le dessin. Il peut aussi s'exprimer verbalement avec aisance et peut souvent commencer à soutenir un dialogue direct avec le clinicien. (Dumout, Dunezat, Dez-alexandere, prouff, 2004, p. 102)

Par ailleurs, pour l'analyse des données deux grandes méthodes sont à différencier : l'analyse quantitative et l'analyse qualitative. Alors la méthode d'analyse que nous avons utilisée pour traiter et décortiquer les données recueillies dans ce travail de recherche grâce au guide d'entretien est la méthode qualitative qui est une méthode qui repose sur une approche large et ouverte de l'objet d'étude, ainsi que les données recueillies et les techniques d'analyse sont majoritairement qualitatives. Elles permettent alors, une meilleure compréhension des phénomènes qui ne sont pas mesurables quantitativement.

La méthode qualitative est définie comme une étude destinée à recueillir des éléments qualitatifs, qui sont – la plupart du temps - non directement chiffrables par les individus interrogés ou étudiés. Elle est le plus souvent réalisée par des entretiens collectifs ou individuels ou par des observations en situation menées auprès d'échantillons réduits. Elle vise généralement à comprendre en profondeur des attitudes ou comportements. (Kivits, 2016, p. 162).

Les analyses qualitatives reposent principalement sur la construction de catégories d'analyses théoriques permettant de repérer des énoncés significatifs même lorsque leur apparition dans un corpus est minimale, voire unique. On peut même rajouter que l'absence d'apparition d'un énoncé ou une « *non – réponse* » est un élément qui a un sens et qui mérite d'être analysé comme une réponse de plein droit. La fréquence d'apparition ne

constitue donc pas le seul critère de sélection des énoncés. La significativité des énoncés, établie par le chercheur en fonction de ses hypothèses théoriques est le principal critère de sélection des énoncés qui vont ainsi constituer des unités d'analyse. (Santiago-Delefosse, Rouan, 2016, p. 33)

Donc, nous avons analysé les données de chaque cas, compte tenu des hypothèses de notre recherche en suivant les axes posés dans le guide d'entretien, et nous avons investis les axes du guide d'entretien et nous les avons interprétés cliniquement en se référant à l'approches théoriques adoptée dans notre recherche, à savoir, l'approche psychodynamique.

Or, nous avons procédé pour analyser les résultats des outils psychométriques comme suit: Réaliser une interprétation globale des scores obtenus, évaluation du niveau global, évaluation des niveaux partiels, analyse clinique des données, analyse des items, décrire précisément et avec honnêteté les scores.

Comme nous l'avons vu précédemment l'entretien clinique est toujours associé à un guide d'entretien, celui-ci est subdivisé en axes, chacun de ses axes se porte un titre ou une thématique et ouvrent sur un certain nombre de questions relatives à chaque axe.

Le guide d'entretien c'est un premier travail de traduction des hypothèses de recherche en indicateurs concrets et de reformulation des questions de recherche (pour soi) en question d'enquête (pour les interviewés). Le degré de formalisation du guide est fonction de l'objet d'étude (multi dimensionnalité), de l'usage de l'enquête (exploration, principale ou complémentaire) et du type d'analyse que l'on projette de faire. (Blanchet, et Gotman, 2014. p.58)

Dans ce sens, nous avons élaboré un guide d'entretien de 55 questions en tout (pour l'ensemble des questions voir annexe n°1). Trois questions portent sur : « *les informations générales sur le sujet* » qui ont pour objectif de rapporter des informations sur la biographie du sujet. Ensuite on a dû faire trois volets du guide d'entretien, un avec l'enfant, un deuxième avec le parent accompagnant l'enfant et un troisième avec l'instituteur et ce dans le but de récolter un maximum d'informations.

Pour le guide d'entretien avec l'enfant, on a élaboré 2 axes qui sont :

Le premier axe s'intitule « *Décès du parent* » se compose de (7) questions a pour objectif de connaître la cause du décès du parent et savoir si cet âge lui permis de comprendre la notion de la mort.

Le deuxième axe consiste « *Le vécu psychologique* » compose (18) questions a pour objectif de savoir la réaction de l'enfant face au décès de sa mère et les éventuels changements dans sa vie après le décès celle-ci. On a terminé ce guide d'entretien avec la question « *Souhaite-tu nous apportés d'autre chose que nous n'avons pas abordé ?* » dans l'éventualité où on a oublié quelque chose qui semble important pour le sujet.

Le guide entretien avec le parent de l'enfant comprend 3 axes :

Le premier axe est intitulé « *renseignement sur le parent de l'enfant* » comporte (6) questions ayant pour but récoltées des informations sur les circonstances dans lesquels le père s'est porté, et comment comporte-t-il avec son enfant.

Le deuxième axe consiste « *l'état de santé de l'enfant* » se compose de (4) questions nous servira à savoir si le sujet ne présente pas des problèmes de santé de l'enfant avant et après l'accouchement.

Le troisième axe étant « *Comportement et la relation de l'enfant avec autrui* », comporte (8) questions là on tente de saisir les points probables sur lesquelles peut engendrer un changement dans la relation de l'enfant avec autrui après l'événement et le degré d'accepter ou de refus de sa mère. En a terminé ce guide d'entretien avec la question « *Avez-vous quelque chose d'autre à rajouter concernant cet enfant ?* » dans la possibilité où on a oublié quelque chose qui semble important pour le sujet.

Le guide d'entretien avec l'instituteur se compose de 2 axes :

Le premier axe consiste « *les attitudes de l'enfant en classe* » comportent (7) questions a pour objectif de connaître l'influence du décès de la mère sur les attitudes de l'enfant en classe, ses compétences et l'éventuelle présence de troubles comportementaux chez lui.

Le deuxième axe intitulé « *interactions de l'enfant avec ses pairs* » se compose de (4) questions ayant pour but de comprendre la nature de l'interaction de l'enfant avec ses pairs à l'école. On a clôturé avec la question « *avez-vous quelque chose à rajouter ?* » elle donne la possibilité au sujet d'aborder un point qu'on n'a pas spécialement intégré dans le guide et qui semble important pour lui.

L'objectif de toutes les questions de notre guide d'entretien est, de détecter la nature du vécu psychologique des enfants orphelins de mère. Pour ce fait, on ne s'est pas

seulement contenté de notre guide d'entretien clinique semi-directif mais aussi des outils psychométriques qui peuvent permettre d'obtenir des informations qui ne peuvent être observées ou faire l'objet de questions directes lors des entretiens avec les enfants, qui sont l'échelle (CPTS-RI) pour mesurer le degré du traumatisme psychique éventuellement présent chez le sujet et l'échelle du (CYRM-28) pour mesurer la moyenne de la résilience éventuelle que nous allons présenter dans ce qui suit.

## 5.2) La description de l'échelle (CPTS-RI)

On a choisi cet outil dans le but de mesurer le degré du traumatisme psychique chez les enfants orphelins de mère, il va nous permettre de répondre à nos questions de recherche, d'infirmer ou de confirmer les données des entretiens, et bien sûr de vérifier nos hypothèses de départ.

L'échelle Children Post Traumatic Stress Reaction (CPTS-RI) est un des outils les mieux étudiés et un des plus utilisés dans sa version originale, chez l'enfant ou l'adolescent traumatisé. Hawkins et col. ont retrouvé que le CPTS-RI était l'outil le plus utilisé, 33 fois sur 65 dans les études évaluant une symptomatologie post-traumatique dans cinq revues de 1995 à 2004 (*The Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, Journal of Consulting and Clinical Psychology, Journal of Pediatric Psychology, Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, and Journal of Traumatic Stress*). (Olliac, 2013, p. 97)

Le CPTS-RI est un outil flexible qui a pu être adapté à des enfants ou adolescents de différentes cultures, confrontés à diverses expériences traumatiques. Il a été traduit dans plusieurs langues (arabe, croate, koweïtien, norvégien, vietnamien et français). L'existence de nombreuses recherches qui l'utilisent dans ses différentes versions confirme sa bonne adaptation pour des enfants d'âges et de culture différents ou victimes d'expériences traumatiques variées. Il a, par exemple, été utilisé auprès d'enfants arméniens qui avaient survécu à un tremblement de terre (Goenjian et al., 1995), auprès d'enfants koweïtiens qui avaient vécu la première guerre du golfe (Nader et al., 1993), auprès d'enfants cambodgiens ayant survécu à la guerre (Hubbard et al., 1995; Realmuto et al., 1992), auprès d'adolescents américains ayant été victimes d'agressions sexuelles (Haviland et al., 1995), auprès d'enfants ayant bénéficié d'une greffe de moelle osseuse (Heiney et al., 1994; Stuber et al., 1991) ou hépatique, ou encore auprès d'enfants victimes d'accidents de la route (Landolt et al., 2005; McDermott & Cvitanovich, 2000). De manière générale les filles tendent à présenter des scores plus élevés. Il a aussi été montré une sensibilité du

CPTS-RI aux effets de différents traitements : par morphine chez des enfants brûlés (Saxe et al, 2001), ou encore dans un groupe d'adolescents proches d'une victime d'homicide ayant bénéficié d'une psychothérapie. (Olliac, 2013, p. 98)

Le CPTS-RI est une échelle de 20 items de type Likert, destinée à des enfants de 6 à 16 ans, qui évalue les symptômes d'ESPT après l'exposition à des événements traumatiques variés. C'est une échelle administrée par le clinicien mais qui peut aussi être utilisée comme échelle auto-administrée chez des enfants de plus de 8 ans. (Olliac, 2013, p. 97)

Chaque item est coté en 5 niveaux de fréquence, de jamais (0) , à presque toujours (4). Le score global est constitué de la somme des 20 items et varie donc entre 0 et 80. (Olliac, 2013, p. 98)

### **Consigne**

« *Lis les propositions et réponds en cochant la réponse qui correspond le mieux à ton cas* ». (Fernandez, Aulagnier, Bonnet, Guinard, Pedinielli, Préau , 2005,p.40)

### **Durée de passation**

15 à 20 minute. (Fernandez, Aulagnier, Bonnet, Guinard, Pedinielli, Préau , 2005,p.39)

### **Mode de passation, cotations, scores**

Cette échelle est très utilisée lors d'entretiens semi-structurés. Des instructions sont données aux interviewers pour adapter l'échelle à l'événement traumatique étudié. L'enquête doit rapporter ses symptômes à l'événement ayant eu lieu auparavant. (Fernandez, Aulagnier, Bonnet, Guinard, Pedinielli, Préau, 2005, p. 39)

La gradation en 4 catégories selon le score est la suivant : un score entre 12 et 24 indique un niveau de PTSD faible, entre 25 et 39 un niveau modéré, entre 40 et 59 un niveau sévère et un score de plus de 60 un niveau très sévère. (Benmahammed, Bakti, 2011, p. 130)

### **Fiabilité test–retest**

La fiabilité test-retest a été testée avec les 30 enfants de l'échantillon 2 qui ont accepté les deux passations. Les enfants ayant renvoyé le deuxième questionnaire avaient des scores de CPTS-RI initiaux plus bas (CPTS-RI moyen  $14,4 \pm 7,4$ ) que ceux qui ne l'avaient pas renvoyé (CPTS-RI moyen :  $20,5 \pm 8,9$ ), Mann Whitney  $p=0,018$ . Les scores

des deux passations étaient fortement corrélés: Rho de Spearman = 0,67 ( $p < 0.001$ ). (Olliac, 2013)

### **Qualités métrologiques**

La validation de cette échelle a été réalisée auprès d'enfants de 7 à 16 ans ayant subi une transplantation hépatique (Walker 1999), ainsi qu'auprès d'enfants ayant subi un tremblement de terre (Pynoos et Frederick, 1990). La corrélation entre le score de la CPTS-RI et l'évaluation clinique était de 0,9 pour les 2 études.

Dans une étude portant sur les suites du tremblement de terre d'Arménie en 1989, Pynoosa montra que 90 % des enfants présentant des scores supérieurs à 40 répondaient aux critères du DSM III. (Fernandez, Aulagnier, Bonnet, Guinard, Pedinielli, Préau, 2005, p. 39)

### **Validité factorielle**

Deux cent six enfants ont renseigné les 20 items du CPTS-RI. Nous disposons d'un ratio cas-items supérieur à 10 comme le recommande Nunnally (Nunnally & Bernstein, 1978). Le test de Bartlett testant l'hypothèse nulle selon laquelle toutes les corrélations seraient égales à zéro (Bartlett, 1954) montrait que le modèle factoriel était approprié (test de Bartlett significatif  $p < 0,001$ ). La mesure de Kaiser-Meyer-Olkin (Kaiser, 1974) qui est un indice d'adéquation de la solution factorielle, à 0,89 révèle que l'ensemble de variables retenues, est un ensemble cohérent et permettait de constituer une ou des mesures adéquates de concept. 0,6 est considéré comme une valeur minimum pour une analyse factorielle correcte (Tabachnick & Fidell, 2007). Nous avons utilisé une analyse en composantes principales à trois facteurs conformément au construit de l'échelle, puis une rotation varimax. L'analyse en composantes principales sur les 20 items explique 44,8% de la variance avec trois facteurs. Le premier facteur expliquant 31,6% de la variance, 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, expliquant 7,3% de la variance, avec les items 6, 11, 13, 14, 19 et 20, correspond aux symptômes de peurs et d'anxiété secondaires à l'évènement. Le troisième pour 5,9% de la variance comprend les items 5,7, 10, 12, 15 et 18 est relatif aux difficultés de concentration à l'école et les troubles du sommeil. Il peut être considéré comme pertinent de ne considérer qu'un seul facteur général (tableau 1) (Lonigan, Shannon, Finch, Daugherty, et Taylor, 1991) et

considérer comme pertinent seulement le score global à l'instrument (Beriault et Turgeon, 2008). (Olliac, 2013, p. 103)

### **Intérêts et limites**

Il s'agit d'une des échelles les plus utilisées dans le monde pour évaluer les troubles de stress post-traumatique chez l'enfant car le temps de passation est court, la concordance est bonne et il existe des scores de gravité.

Une limite réside dans le fait que cette échelle ne recouvre pas tous les items des critères du DSM IV. (Benmahamed, Bakti, 2011, p. 88)

Le problème nosologique de ce test ne se pose pas dans le contexte kabyle car, les symptômes du traumatisme peuvent être observés dans toutes les cultures, malgré ça en à consulté, en à lu ainsi nous avons trouvé y'à pas de problème.

Dans ce qui suit on passe à la présentation du troisième outil de notre enquête qui est l'échelle de (CYRM-28).

### **5.3) La description de l'échelle (CYRM-28)**

Afin de compléter le recueil des données auprès de nos cas nous avons utilisé le CYRM-28 qui permet de mesurer la résilience des jeunes de 6 à 23 ans de différents contextes sociaux et culturels, mais il existe aussi une version pour mesurer la résilience chez les adultes. Il a été conçu avec des jeunes de 11 pays : « Afrique du Sud (Cape Town), Canada (Halifax, Winnipeg, et la communauté autochtone inuit de Sheshatshiu), Chine (Chine et Hong Kong), Colombie (Medellin), États-Unis (Tampa en Floride), Gambie (Serekunda), Inde (Imphal), Israël (Tel Aviv), Palestine (Jérusalem Est et Gaza), Russie (Moscou) et Tanzanie (Njoro) » (Ionescu, 2011, p. 124-125)

La CYRM vérifie la présence de composantes socioécologiques dans les processus de résilience des enfants et des jeunes, en l'occurrence les atouts individuels (compétences personnelles, soutien des pairs et compétences sociales), les ressources relationnelles (la prestation par l'aidant principal de soins physiques et de soins affectifs et psychologiques) ainsi que les ressources contextuelles (spirituelles, éducatives et culturelles). (Liebenberg, Everfair, Joubert, Foucault, 2017, p.30)

Les éléments sont notés selon une échelle de Likert à cinq points allant de 1 (pas du tout) à 5 (beaucoup); des résultats élevés indiquent la présence d'avoir internes et externes supérieurs. Les éléments se trouvent dans l'article de validation (Unger et Liebenberg 2011).

Le CYRM-28 peut être administré aux jeunes participants, soit en groupe, soit individuellement. Il est important que toutes les questions soient lues aux jeunes au fur et à mesure qu'ils avancent dans les mesures pour en assurer la compréhension. (Liebenberg, Everfair, Joubert, Foucault, 2017)

### **Consigne**

*« Vous trouverez un certain nombre de questions sur vous, votre famille, votre communauté et vos relations avec les gens. Ces questions sont conçues pour mieux comprendre comment vous faites face à la vie quotidienne et quel rôle les gens qui vous entourent jouent dans la gestion des défis quotidiens ».* (Unger, 2016, p. 12)

### **Durée de passation**

L'administration du CYRM-28 prend environ 20 minutes. (Unger, 2013)

### **Cotation, Scores**

Les scores de résilience de chaque participant vous indiquent les ressources individuelles, relationnelles et contextuelles auxquelles il a accès. Cette information peut vous aider à décider du type de soutien à offrir pour augmenter la résilience de chaque participant. Par exemple, si le score d'un participant est de 4,3 pour les besoins physiques, (Liebenberg, Ungar et Leblanc, 2013, p.4)

mais seulement de 2,1 pour les besoins psychologiques, ceci pourrait suggérer que le participant ne manque ni de nourriture ni de supervision, mais qu'il ne se sent pas en sécurité ou se sent étranger lorsqu'il est en présence de membres de sa famille. Votre programme peut alors chercher à aider le participant à se sentir moins étranger ou plus en sécurité ailleurs, par exemple avec un mentor ou un membre du personnel offrant du soutien.

Les scores moyens pour tous les participants vous donneront une vue d'ensemble des participants de votre programme. En faisant l'exercice au début et à la fin de votre programme, vous pouvez voir comment le score individuel des participants change, mais aussi la moyenne pour tous les participants. Vous pouvez interpréter les chiffres de la manière suivante :

1 = très faible résilience



2 = faible résilience

3 = neutre

4 = grande résilience

5 = très grande résilience. (Liebenberg, Ungar et Leblanc, 2013, p.4)

Nous avons mesuré la résilience des enfants en utilisant le test de CYRM-28. Ce test mesure les trois dimensions de la résilience chez les enfants: la dimension individuelle qui comprend les sous-dimensions de compétences personnelles, soutien de pairs et compétences sociales ; la dimension familiale qui comprend le soutien physiologique et psychologique des parents ou tuteurs et la dimension contextuelle qui est composée de spiritualité, éducation et culture. Nous avons considéré les scores de ces différentes dimensions qui totalisent les scores obtenus dans les sous-dimensions citées ci-dessus et nous les avons interprétées selon le manuel d'usage de cet instrument (Ungar, Lienberg, 2011) qui donne les références d'une population normale la moyenne de la population normale dans toutes les dimensions :

- La dimension individuelle moyenne est de 35 dans la population normale.
- La dimension familiale moyenne est de 24.01 de la population normale.
- La dimension contextuelle moyenne est de 30.36 de la population normale

**Tableau N°02** : Les Items des trois dimensions de l'échelle de CYRM-28 :

Les dimensions	Le nombre d'Items	numéro d'Items
dimension individuelle	11	2, 4, 8,11, 13, 14, 14, 18, 20, 21, 25
dimension familiale	7	5, 6, 7, 12, 17, 24, 26
dimension contextuelle	10	1, 3, 9, 10, 16, 19, 22, 23, 27, 28

(هادي، ك، 2019، ص 39)

### Les Items des sous-démentions de l'échelle du CYRM-28

#### A- Dimension individuel

- Aptitudes personnelles : regroupe les Items suivants (2, 8, 11, 13, 21).
- Soutien par les pairs : regroupe Items (14,18).
- Aptitudes sociale : regroupe Items (4, 20, 15,25).

#### B- Dimension Familiale

- Besoin physique : regroupe Items (5,7).
- Besoin psychologique : regroupe Items (6, 12, 17, 24, 26)

### C- Dimension Contextuelle

- Spirituel : regroupe Items (9, 22, 23, 3, 16).
- Culturel: Items (1, 10, 19, 27, 28). (Unger, 2016, p. 21)

### **Fiabilité :**

La cohérence interne de la CYRM-28 a été relatée pour tous les 28 éléments de chacune des sous-populations (les coefficients alpha de Cronbach allaient de 0,84 à 0,93). Ces valeurs sont considérées comme très bonnes, mais elles sont vraisemblablement gonflées en raison du nombre élevé d'éléments compris dans la mesure. Les données sur la fiabilité test-retest ne sont pas actuellement disponibles. (Ungar, Liebenberg, 2011)

### **Validité :**

Bien que l'échelle ait été élaborée auprès de populations vulnérables, certains des éléments pourraient potentiellement s'appliquer aux élèves en tant que résultat de l'apprentissage de l'éducation postsecondaire (p. ex., « *Êtes-vous conscient de vos propres forces?* »), mais la mesure englobe des éléments qui conviennent davantage aux populations vulnérables (p. ex., « *Mangez-vous à votre faim la plupart des jours?* »). Dans l'ensemble, il faut davantage de preuves de validation afin d'évaluer la validité des concepts et des critères de la CYRM-28. (Ungar, Liebenberg, 2011)

Notant, enfin, l'objectif principale de notre choix de ces outils de recherche (l'entretien clinique semi-directif et les deux échelles : (CYRM-2) et (CPTSRI) est qu'ils conviennent à notre recherche. Puisqu'ils nous permettent de répondre aux questions de notre problématique et à vérifier nos hypothèses.

## **6) Le déroulement de la recherche :**

### **6.1) La pré-enquête :**

C'est une étape très indispensable pour toute notre recherche, elle nous a permis de collecter les informations nécessaires sur les caractéristiques de notre population d'étude, d'apporter les correctifs et enrichissements nécessaires pour notre guide d'entretien et d'avoir une meilleure maîtrise dans l'application de nos outils, et par la suite élaborer nos hypothèses.

La pré-enquête « *elle consiste à essayer sur un échantillon réduit les instruments-questionnaire, analyses de documents- prévus pour l'enquête, si l'on a des doutes sur telle ou telle variable, ou sur le rendement de telle technique, on peut explorer de façon limitée le problème à étudier, avant même de préciser définitivement ses objectifs* » (Grawitz, 2001, P 526).

Pour réaliser notre mémoire de master qui porte sur « *le vécu psychologique des enfants orphelins de mère* ». On s'est mis dès le début à effectuer une recherche bibliographique, que ça soit au sein de la bibliothèque de notre université, sur internet ou en sollicitant des enseignants de notre université ou d'ailleurs, afin d'avoir un certain bagage théorique qui va nous permettre de désigner notre variable dépendante et d'élaborer notre question de recherche, et plus tard nos chapitres théoriques.

Ensuite, nous avons procédé à une exploration du terrain au niveau d'une association « *soummam* » au soin de l'orphelin dans la wilaya de Bejaia, mais d'après le président de l'association, les cas sont des orphelins de père. Donc nous nous sommes retrouvés dans l'obligation d'aller vers les différentes écoles primaires pour confirmer la disponibilité de notre population de recherche, la pertinence de notre hypothèse émise et le rendement des techniques, ainsi décidé du maintien ou non de notre thème de recherche, mais malheureusement plusieurs écoles n'ont pas souhaité participer à l'étude et aucune donnée n'a pu être récoltée dans ces lieux.

Après avoir eu l'accord du directeur de l'école primaire qui se situe à Melbou et aussi la directrice de l'école de Tala Khaled, wilaya de Bejaia, nous avons commencé notre pré-enquête. Elle a débuté dans l'école primaire de Melbou à partir du 15 mars par contre celle qui s'est déroulée à l'école de Tala Khaled c'était à partir du 18 mars à raison de deux fois par semaine.

Nous nous sommes présentés comme étant des étudiantes de psychologie clinique en master II à l'université d'Abderrahmane Mira de Bejaia, afin d'arriver à réaliser notre travail de recherche. L'orientation des enseignants ainsi que de personnel des deux écoles nous a suffisamment aidés pour pouvoir travailler tranquillement.

Durant cette pré-enquête, nous avons effectuait des visites au niveau des classes concernées pour sélectionner notre population d'étude. Une fois le groupe est choisi un contact est jugé nécessaire avec les parents, en vue d'obtenir leur consentement et leur demander de réaliser des entretiens avec nous. Après avoir eu le consentement des sujets concernés, nous leur avons présenté de façon générale notre thème de recherche et son

objectif ainsi nous leur avons donné la possibilité de s'exprimer avec la langue de leur choix.

Ensuite nous nous sommes entretenus avec un enfant orphelin de mère, notre premier contact avec lui était un peu difficile. L'enfant prend une certaine distance et évite de se confier. Les jours qui suivent, l'entretien a pris beaucoup plus d'ampleur et l'enfant commence à se rapprocher de nous et commence à nous parler de sa vie. De cette pré-enquête on a jugé qu'il a bien compris et qu'il n'y avait pas de difficulté ou un quelconque obstacle apparent ainsi on a pu collecter quelques informations sur le vécu psychologique des orphelins sur lesquelles on s'est basé dans la construction des axes de notre guide d'entretien, et on a choisi l'utilisation de deux échelles, d'abord pour mesurer le degré du traumatisme (CPTS-RI) ensuite (CYRM-28) qui permet de mesurer la moyenne de la résilience et aussi nous étions capables de vérifier la faisabilité de notre thématique.

## **6.2) L'enquête**

L'enquête, est l'ensemble des opérations par lesquelles les hypothèses vont être soumises à l'épreuve des faits, et qui doit permettre de répondre à l'objectif qu'on s'est fixé. (Blanchet & Gotman, 2014, p.35).

Elle « *consiste à poser des questions à un vaste échantillon de personnes à propos de leur comportement ou de leurs opinions en utilisant des questionnaires ou des interviews* ». (Chahraoui, Bénony, 2003, p.131-132). L'idée de l'enquête suppose qu'il existe des problèmes, son objectif exige qu'ils soient formulés.

Notre recherche s'est bien déroulée auprès des enfants orphelins de mère, au niveau de deux écoles primaires, d'abord celui de Melbou qu'on a commencé au milieu du mois de mars vers le 20 Mars, ensuite celui de Tala Khaled dans la wilaya de Bejaia qu'on a débuté vers la fin du moi vers le 23 mars. Nous nous y rendions deux à trois fois par semaine dans chaque école, on commence de 9h à 15h00, afin qu'on puisse rencontrer les enfants pour les connaître mieux et avoir le maximum d'informations sur eux. Les cas interrogés qui constituent de ce fait notre population d'étude, différent des cas rencontrés dans le cadre de la pré-enquête précédemment citée.

Après avoir eu le consentement des sujets concerné, d'abord nous avons commencé par la passation de l'entretien semi-directif que nous avons élaboré sous forme d'un guide d'entretien avec les pères des enfants effectués dans le bureau de directeur. On leur a expliqué que tout ce qu'ils nous diront restera confidentiel et que c'est seulement dans le but de faire une recherche. Nous avons formulé la consigne pour l'entretien de recherche

en kabyle variété « *tasahlit* » : « *dawendefin iseqsiy-en fuqcic-ik nebya lukan ayentarrem f seqsiyen-ney* ».

« *Nous allons vous poser des questions concernant votre enfant on aimerait bien que vous répondiez* ».

La chose qui n'est pas facile c'est que certains de ces pères travaillent toute la journée, alors on était obligé de se déplacer nous-mêmes à leurs lieux de travail. Durant l'entretien, les pères répondaient facilement aux questions posées, il est arrivé que nous intervenions au cours des entretiens par quelques relances, « *c'est-à-dire* » pour avoir plus de détails.

Ensuite, Nous avons passé à l'entretien avec les instituteurs effectué dans des classes juste après la sortie des élèves en langue française, la consigne était la suivante : « *On travaille sur le vécu psychologique des enfants orphelins de mère Nous allons vous poser des questions sur les enfants qu'on a sélectionnés pour notre recherche, on aimerait bien que vous répondiez* ». Les instituteurs étaient très coopératifs, ils faisaient de leurs mieux pour nous apporter les informations souhaitées. La durée allait de 30 à 45 minutes.

Par la suite, nous avons passé l'entretien avec les enfants eux-mêmes, dès la première rencontre nous leur avons expliqué que nous sommes en train de préparer un mémoire de fin de cycle pour l'obtention d'un diplôme et on s'intéresse à ceux qui ont réussi leur scolarité afin de gagner leur confiance. On a insisté sur le secret professionnel en leur disant que tout ce qu'ils nous diront restera confidentiel et que c'est seulement dans le but de faire une recherche. Nous avons formulé la consigne en langue Kabyle variété « *tasahlit* »: « *nesea kra iseqsiyen nebya lukan eyenterrem fellas-en bla axemmem, mala yiwe nuseqsi tha iëjbaw nniy itædda fellak, tzemret uyenterraytula fellasen* »

« *Nous avons ici un ensemble de questions, on aimerait bien que tu réponds en toute spontanéité, et si une question te déplaît ou que tu la trouves indiscrette, tu à la liberté de refuser d'y répondre* ».

La durée de ses entretiens allait jusqu'à 50 minutes. Cela a été effectuée dans le bureau du directeur pour l'école de Melbou et dans la classe pour celui de Tala Khaled où on nous a laissés toutes seules avec nos cas. La chose la plus étonnante que nous avons remarquée est que ces enfants abordent directement le décès de leur mère dès le premier entretien. Concernant la récolte de toutes les informations transmises par nos sujets, nous avons eu recours à la prise de notes sur un bloc note.

La seconde partie est employée à la passation des deux échelles (CPTS-RI et CYRM-28). Ils ont été effectués en une seule séance et en faisant la passation en essayant de leur lire items par items en langue kabyle variété «*tasahlith* ». À noter qu'après la lecture de chaque item, si nous trouvons que l'enfant ne l'a pas bien compris ou qu'il demande des explications, nous reformulons la phrase (Item) de manière à utiliser un langage familier qui peut aider l'enfant à mieux comprendre la question pour donner une réponse juste.

Pour les cas (Farah, Massi, Ramy, Salim) la passation s'est très bien déroulée grâce à leur coopération, ils se sont montrés courageux, et dès qu'en termine ils demandé de revenir pour les visiter une autrefois (ils avaient apprécié le fait de se confier à nous). Et pour les cas (Amine, Walid) on a trouvé des difficultés vis-à-vis de leurs états psychiques, en effet on a remarqué qu'ils ont été sensibles, timide, pleurent facilement face au moindre souvenir de leur mère.

Les sujets de notre groupe de recherche s'expriment en langue kabyle en dialecte de «*tasahlith* » donc nous étions obligés de procéder à une traduction française-kabyle des questions du guide d'entretien et des items des échelles qui a été murement réfléchi par nous, que nous avons sollicité des enseignants et des doctorants de la langue tamazight.

Ainsi pour traduire le récit du sujet ou le Verbatim (discours) nous avons aussi procédé de la même manière, et nous avons également eu recours à l'utilisation des dictionnaires kabyles-français disponibles à la bibliothèque de l'université telle que : le dictionnaire de Dallet J-M (1982). Afin d'arriver à acquérir des réponses est en a essayé de mieux que possible de garder le sens dotant plus que nous les chercheurs qu'en maîtrisent la langue kabyle. Malgré tous sa on a fait de notre mieux pour mettre nos sujets très à l'aise.

À la fin de chaque passation de l'entretien et les échelles nous avons remerciés les enfants, les parents et les instituteurs pour nous avoir accordé de leur temps et autorisé de nous entretenir avec eux.

## **7) Attitude du chercheur**

La posture du chercheur, est caractérisée principalement par la réflexivité sur sa propre attitude, sur celle de son ou ses interlocuteurs, sur la théorie, la prise en compte des effets suscités par les instruments utilisés sur les données recueillies et sur les personnes qui les produisent. Elle consiste aussi dans la prise en compte de la situation et de la signification des protocoles et des dispositifs de recherche dans la culture dans laquelle se situent les pratiques de recherche. (Giami, 2009, p.33)

Ainsi, le chercheur réfère son exercice non pas à l'aveugle d'une rencontre fortuite mais à l'éthique et à la déontologie, qui servent de règles professionnelles et qui protègent du même coup la dimension psychique de l'utilisateur. Dans ce cadre, L'éthique est une réflexion sur les prescriptions générales de la morale pour les appliquer sur le terrain. Son but est d'établir, par une méthode sûre, les fondements d'un agir en commun, juste, raisonnable et rempli de sens. Selon Aristote, l'éthique a pour objet le domaine de la pratique humaine en tant qu'action reposant sur une décision. (Poirier, 2012, p.187)

En outre, L'éthique est présente dès le moment où le chercheur commence à réfléchir à son thème de recherche et à l'élaboration de son protocole. Les objectifs de la recherche qu'il propose, la méthodologie qu'il retient, sa participation à la recherche, l'exploitation et la diffusion des résultats obtenus mobilisent sa façon d'être et de faire qui reflètent ses qualités éthiques. La déontologie quant à elle permet de délimiter ce que le chercheur peut faire et surtout ne pas faire. C'est un ensemble de règles. (Varescon, 2013).

Les principes de la déontologie de la recherche généraux concernant le respect des droits de la personne, la compétence, la responsabilité, la probité, le respect du but assigné et l'indépendance professionnelle s'appliquent de toute évidence au psychologue-chercheur. Il en est de même pour le principe réservé à la qualité scientifique. Il faut aussi préciser la nécessité d'obtenir le consentement des personnes qui y participent et de leur droit à s'en retirer à tout moment. (Varescon, 2013). De ce fait, le consentement pour Jean-Louis Pidinielli, est une demande, une recherche de consentement et non pas la signature d'un document sans qu'il y ait d'échanges entre malade et praticien. (Haddad, 2012, p.8)

L'analyse de ces positions subjectives montre que plusieurs invariants peuvent apparaître dans le consentement. Pidinielli retient quatre de ces invariants : l'éthique, la reconnaissance de l'autre, le renoncement, et la confrontation à son propre désir. (Haddad, 2012, p.8)

Dans le cadre de la recherche, le chercheur assume les conclusions de ses travaux après avoir détaillé la façon dont il a obtenu les résultats et doit être prêt à fournir un rapport aux personnes sollicitées pour participer à la recherche et les modalités techniques de l'exercice professionnel stipule clairement que les données utilisées à des fins de recherche, de publication ou de communication, sont impérativement traitées dans le

respect absolu de l'anonymat, par la suppression de tout élément permettant l'identification directe ou indirecte des personnes concernées, ceci toujours en conformité avec les dispositions légales concernant les informations nominatives. (Varescon, 2013)

Durant nos séances avec nos sujets, on s'est présenté autant qu'étudiant en master II pour effectuer un stage pratique pour une recherche intitulée « le vécu psychologique des enfants orphelins de mère » ; on a essayé toujours de ne pas sortir de cadre, pour bien gérer le déroulement des séances, on a essayé au maximum de garder la souplesse et d'être empathie et neutre entre nous et de gagner la confiance des sujets comme on a cité auparavant on lui disant que le secret professionnel est avant tout, et qu'on ne va pas toucher l'intimité des personnes, et ce travail il est dans le cadre scientifique et il a un but académique.

Nous avons essayé aussi de comprendre au mieux les enfants, de suivre leurs pensées, leurs émotions, sans toutefois nous identifier à leurs sentiments. Nous avons manifesté également une écoute bienveillante par des hochements de tête, ou des « hmm », des « oui », on a eu également recours à des techniques de reformulations et on a respecté les moments de silence. Parfois quand on trouvait nécessaires on relançait avec des encouragements aux expressions spontanées des sujets. De plus, nous avons essayé d'être vigilant durant tout l'entretien afin d'en garder le contrôle et de rester objectif.

## **8) Difficultés de la recherche**

Toute recherche bien menée se confronte toujours à d'énormes difficultés qui apparaissent parfois comme des obstacles majeurs pour son bon déroulement. En notre qualité d'étudiant en psychologie - débutant en recherche- nous sommes encore plus exposés à ces problèmes qui n'épargnent pas les professionnels eux-mêmes. Néanmoins ces difficultés ne constituent pas des obstacles infranchissables qui pourront bloquer la recherche ; elles enrichissent l'analyse lorsque celles-ci trouvent les solutions adéquates et appropriées pour les dépasser.

Ici dans cette étude, les plus importante difficulté à laquelle nous nous sommes confrontés est : le problème d'accès à la documentation sur l'enfant orphelin et carence d'études antérieures, La difficulté d'accès aux écoles primaires, La période consacrée à la recherche qui a été très insuffisante pour effectuer un bon travail, La difficulté de faire un entretien avec certains enfants, surtout en abordant l'évènement traumatogène, soit par la gêne de l'enfant face à une personne étrangère, ou à cause de l'évitement qui est l'une des



conséquences du traumatisme, ainsi on essayant d'effectuer notre traduction convenablement, on a rencontré des difficultés pour interpréter certaines expressions pour pouvoir garder leurs sens. Ceux-ci été dû à faire, par rapport au sens porté par les différents proverbes par exemple où des métaphores, voir que leurs traductions en français touchera le vrai sens désigné ou révélé. Ainsi l'interprétation ou la traduction hors contexte ou loin de la vraie signification originale causera une altération du sens implicite, inhérent au « *vouloir dire* » par conséquent, un travail de transcription n'est pas un travail superficiel à aisé à exécuter, il n'est pas un simple travail sur langue ou sur les mots, mais il est porteur de sens ou d'une signification. Alors pour traduire les récits reçus dans notre recherche on a trouvé de vrais obstacles qui détériorée le sens porté par une expression. Quand on a terminé de traduire nos récits on l'a soumis à des lectures par différentes personnes pour vérifier la validité de notre traduction, et pour cela il nous a fallu beaucoup de temps pour aboutir, comme nous l'espérons, à une traduction fidèle.

### **Synthèse**

Ce chapitre nous l'avons consacré à la méthodologie qui joue un rôle principal dans notre recherche qui porte sur « *le vécu psychologie des enfants orphelins* », elle nous à permis d'assurer une bonne organisation de notre travail d'investigation, comprendre et connaître la nécessité de l'étude de cas dans la recherche en psychologie clinique. Mais, aussi apprendre l'utilisation des techniques à suivre, vu le guide d'entretien, l'échelle du traumatisme psychique Children Post Traumatic Stress Reaction (CPTS-RI) et aussi l'échelle de la résilience Le Child and Youth Resilience Measure-28 (CYRM-28) afin de recueillir des informations sur les sujets traiter. Le quatrième chapitre sera consacré à présenter et analyser les résultats de la recherche puis discuter les hypothèses.

*Chapitre IV*  
*Présentation, analyse et discussion des*  
*hypothèses*

## Préambule

Dans ce qui suit, on va plutôt se concentrer sur la présentation et l'analyse de l'entretien et des deux échelles destinées à l'enfant, d'abord la première échelle qui est nommée « *CPTS-RI* », cette dernière est destinée pour mesurer le niveau du traumatisme exprimé par l'enfant, ensuite la deuxième échelle qui s'appelle « *CYRM-28* », destinée pour mesurer le niveau de la résilience chez les enfants. Dans notre étude, on a utilisé ces deux échelles pour mesurer le degré du traumatisme et le niveau de la résilience plus précisément après la perte de la mère, qui est censée être en principe une protectrice de son enfant, voir la vulnérabilité de ce dernier.

On a au total six (06) cas, on va présenter une analyse détaillée sur trois (03) cas et les trois (03) autres seront un peu brefs, parce qu'on a des informations plus détaillées sur certains cas que d'autres, et ces cas choisis se différencient dans la qualité de leurs vécus, ils vont du traumatisme sévère à la résilience. On a effectué notre entretien et nos échelles sur des enfants de sexes différents sans marginalisation.

On a utilisé ces trois outils qui sont l'entretien de recherche semi-directif ; *CPTS-RI* ainsi que le *CYRM-28*, pour pouvoir confirmer ou infirmer nos hypothèses supposées auparavant.

### 1) Présentation et analyse de l'entretien semi-directif

#### Cas N° 01 : Amine

Amine est un enfant âgé de 11 ans, c'est un élève en quatrième (04) année primaire, il est le deuxième d'une fratrie de deux garçons, son grand frère a 13 ans, son père a 40 ans, c'est un pompier, sa mère avait 35 ans, c'est une femme au foyer mais elle a fait des études universitaires, il est orphelin depuis presque un an. Amine est d'une situation socio-économique moyenne.

Pendant notre présence avec Amine, il était calme et plutôt souriant, il aimait parler avec nous, on a eu un contact facile quoiqu'il exprimait une certaine tristesse. Il a bien voulu s'exprimer et nous parler de lui de ces émotions et il était optimiste envers nos questions et il a répondu volontiers. Cependant en classe on a remarqué que c'est un enfant

qui ne bouge presque jamais, il ne participe pas, il ne parle pas, même sa façon de lire et d'écrire est très lente. Notre entretien avec lui à durée une trentaine de minutes.

## I) Entretien avec l'enfant

### Axe 01) information sur le décès de la mère

En parlant à notre sujet de recherche, il a exposé directement le fait que sa mère est décédée. Il a exprimé un grand attachement envers elle, en disant : « *Tħibbiy imma bezzaf...bessaħ temmut, attirħem rebbi* ». (J'aime beaucoup ma mère... mais elle est décédée, que la paix soit sur elle). Il a perdu sa mère quand il avait 10 ans. En s'exprimant Amine était très triste avec des larmes aux yeux, il disait « *imma truħ teğayi...teyayed iman-is* ». (Ma mère est partie, elle s'est donné la mort). La mère d'Amine n'était pas malade mais elle s'est suicidée pour des causes familiales, Amine nous rajoute que c'est son père la cause du décès de sa mère, il exprimait : « *Teelmemet imma !!...tħa tebya immet mais papa ikkatat kul nhar bla sebba, teya* ». (Vous savez !...maman ne voulait pas mourir mais papa la frappait chaque jour sans raison, elle était fatiguée). En effet la maltraitance qu'elle soit physique, psychique ou sexuelle, à court terme mais aussi à long terme un facteur de risque majeur pour le suicide. (Le Heuzey, 2001)

Amine n'a pas vu sa mère quand elle est morte, il n'était pas présent, en rentrant de l'école il a trouvé la maison pleine de gens, il disait « *Rwelyed seg lkoulij, řussey mama sava pas, mileħqey iwexxam ufiyed lħala tetcur, xalti tetsiħ, kra ul-fħimey* ». (Je me suis enfui de l'école, j'ai senti que ma mère n'allait pas bien, quand je suis arrivé à la maison, j'ai trouvé beaucoup de gens, ma tente créait, je n'ai rien compris). En essayant de savoir que ce qu'il y a, personne ne lui avait expliqué, il s'est senti choquer : « *tcaliy tetruy qaryassen acu illan, gaman idlaeaniyid susmen merra* ». (Je courais, je pleurais, je leur demander que ce qu'il ya personne ne me répondait).

Donc la famille d'Amine ne savait pas ou ne voulait pas informer Amine de la mort de sa mère, mais il a compris tout seul : « *fehmay uħdi, řussey, lwaħi selyassen hedren, qarn-as teyyayed iman-is mi susmey, dayen...fecley, řussey aqruy-iw iħbes, tura eelmay belli dayen tħa diteqqel iyuri* ». (J'ai compris tout seul, j'ai senti, plus, j'ai entendu leurs discussions, ils disaient qu'elle s'est suicidée, j'ai senti que ma tête ne fonctionnait plus, mais maintenant c'est bon je sais qu'elle ne va pas revenir).

Concrètement parlant il est difficile de trouver des mots pour expliquer à un enfant la disparition d'un parent, mais il est indispensable de le faire et d'accompagner l'enfant. Malgré l'annonce de la mort est toujours redoutée en pensant protéger leur enfant, mais l'enfant sent bien qu'il y a quelque chose d'inhabituel qui se passe ce qui rend l'entourage triste. (Martin-Lebrun, 2014).

Donc l'annonce de la mort pour l'enfant à son importance sur le vécu de son deuil, mais on remarque qu'Amine n'a pas été vraiment pris en considération pendant le décès de sa mère. En effet le deuil est d'autant plus difficile à faire que la cause ou les circonstances du décès se sont cachés à l'enfant, comme c'est souvent le cas pour le suicide. (Sahuc, 2006)

Par la suite après la mort de la mère d'Amine, il se trouve instable entre les vases et viens, entre ses grands-parents paternels, et maternel, mais à vrai dire c'est sa cousine qui prenait soin de lui après que ces grands-parents maternels l'ont abandonné. Pour lui c'est elle son amie après l'évènement, mais elle s'est mariée par la suite ce qui a redoublé la tristesse d'Amine. Il disait : «*tyimiy yur eemti, dayen nettat iyyixedmen acu byiy, nettath dayi truh teğayi, tejwej, mazalit tseqsiwed felli* ». (Je restais chez ma cousine, c'est juste elle qui me fait ce que je veux mais, même elle m'a laissé, elle s'est mariée mais elle cherche mes nouvelles encore). En effet Patkes (1972), confirme que la présence d'un confident permet d'améliorer le moral des personnes en deuil, de même que le sentiment d'être soutenue. (Zech, 2013)

## **Axe 02) Information sur le vécu psychologique de l'enfant**

En essayant de comprendre l'état dans lequel se trouvait Amine face à l'évènement vécu, il s'est montré un peu emporté par la discussion, il disait «*şuşsey ayen itran d lekdeb, qary-as imma delmuhal iruh iyteğ, traeyi acu dixemmey maçi*». (J'ai senti que ce que j'ai vécu n'est pas réel, je disais impossible que ma mère me laisse ...je ne savais plus quoi faire). Donc Amine s'est senti bloqué ; une impossibilité de réagir intellectuellement sous le coup d'un choc émotionnel. (Angel, 2013)

On voit bien qu'Amine au début nié le fait que sa mère était morte, pour lui ce n'est qu'une imagination ou un rêve, il disait : «*şuşsey kra uleacey lwaħi dimma, kul yum tawiyi nana, tħa zaryat mati, mneenyi iruħey iyur-s, kul yum şuşsayey iman-iw uħdi, matci stable ayelliy* ». (Je sens que je n'ai rien vécu avec ma mère, toujours ma grand-

mère me prenait avec elle, ils me laissaient pas la voir, j'ai senti que j'étais seul et instable). En effet selon la théorie de l'attachement le lien entre attachement et psychopathologie communément admis, nous amène à postuler que l'attachement insecure, s'il ne présente pas un trouble psychopathologique en soi, peut constituer un facteur de vulnérabilité. (Youghbaré, 2014)

Comme on a pu remarquer Amine se souvenait de tous les détails concernant la mort de sa mère, il disait : « *cfiy mlih, surtout miteyya iman-is delmhual ishuy* ». (Je me souviens de tout, surtout le fait qu'elle s'est suicidée, je n'oublierais jamais). Donc la mort de la mère d'Amine par suicide a profondément marqué Amine. En effet la perte d'un parent par morte violente, que ça soit un homicide ou un suicide est potentiellement plus traumatique que les deuils induits par d'autres causes. (Zech, 2013)

Amine nous affirme que ça lui arrive d'avoir profondément mal à la tête après la mort de sa mère puisqu'il juge qu'il pense beaucoup malgré lui. Il disait : « *Tmeyyizey bezzaf shusseyy matci g dunit ayelliy* ». (Je pense trop, je me sens comme si je suis un mort-vivant). Même quand ces amies ou ces éducateurs lui parlent de sa mère il reste silencieux et s'énerve des fois. En effet la nervosité et les maux de tête, sont classifiés parmi les signes d'un deuil pendant l'âge scolaire. (Sahuc, 2006)

Amine nous dit qu'il a peur de perdre son père et de lui arriver comme sa mère, pour lui ça sera insupportable, il disait : « *Taggadey même papa iruh iyyiğ, iqqimey uħdi, yuwwen noubrid iyli irrez g fus-is qrib mutey selxela, achħal truy* ». (J'ai peur que mon père me laisse lui aussi, je vais rester sinon seul, une fois il est tombé il s'est cassé la main, j'ai failli mourir de peur, j'ai beaucoup pleuré). Cet état psychologique se caractérise par l'attente d'un danger imminent accompagné de peur et de sentiment d'impuissance. (Angel, 2013)

Ça lui arrive même d'avoir un sommeil agité, il disait « *xedmey ikucmaren, f imma, twaliy imma teqqarak arwah iyuri, après ditcaliy iyur-s* ». (Je fais des cauchemars sur ma mère, comme quoi elle me demandait d'aller avec elle, après je courais vers elle). Même quand il va chez sa cousine il entend comme quoi sa mère lui appelait, il disait : « *macqa ruħey yur eemti ituley, selley imma tqarak : aya Amine tulet, wellid, qary-as aqlin* ». (Quand je vais chez ma cousine et je tarde j'entends ma mère m'appelle et me demande de rentrer, je lui réponds d'accord j'arrive).

Donc notre sujet présente des signes de reviviscence, d'abord par la peur de perdre son père, par les cauchemars répétitifs, et le fait qu'il entend sa mère lui appelé. Ainsi, le traumatisme ici est revécu d'une manière répétitive à travers des souvenirs intrusifs, mais surtout des cauchemars. Le fait que le sujet puisse être confronté à des éléments rappelant le traumatisme favorise la survenue de ces réminiscences qui sont à l'origine de décharge émotionnelle ou d'impulsion violente symbolisant des réactions de défense qui n'avaient pas pu être mises en place lors d'un traumatisme inaugural. (André, 2006)

Amine nous informe que ça lui arrive de ne pas dormir de rester penser toute la nuit malgré la fatigue physique, pour lui c'est une solution pour ne pas faire des cauchemars, il disait : « *Shusey leeca tqelliqey, lxene leebey s caer-iw bac ditşay, bessah syamiy almi talta nesbah, lxen syamiy iddekrey* ». (La nuit je me sens angoissé après je joue avec mes cheveux pour pouvoir m'endormir mais je n'arrive pas, jusqu'à 3 heures du matin je dors, après je n'arrive pas à me lever). Effectivement ces troubles de sommeil sont des signes d'une angoisse de mort, de séparation ou de castration, ils se manifestent par les enfants insomniaques par son impossibilité à s'abandonner dans le sommeil du fait de sa peur d'être englouti et de perdre le sentiment d'existence. L'angoisse de séparation est toujours réactivée par le coucher et l'endormissement se rattache à un intense sentiment d'insécurité, décrit par Winnicott (1958), comme la conséquence de manque de soins adéquats. (Dollander, De Tychev, 2010)

Par rapport aux études ; Amine est devenu un peu désintéressé et ça lui arrive de complètement se déconcentrer en classe, il disait « *qley zayey même g la classe tha tcunsentriwey mliħ meyyizey bezzaf* ». (Je suis devenu très lourd, je me concentre pas bien en classe, je suis devenu trop pensif). On voit alors que le traumatisme d'Amine influence sur ces études.

En revanche il est bien soutenu par ses amis, Amine s'est montré optimiste en parlant de ses amis pour lui c'est une source de joie, il disait : « *Segmi temmut imma tased iyuri xeddmniyi lkuraj jami teğaniyi uħdi, teawanniysi statsayniyi macqa hezne* ». (Depuis que ma mère est décédée, ils ne me laissent jamais seul, ils viennent me voir, ils me font du courage, ils m'aident et ils me font rire quand je suis triste).

Amine a un bon appétit, cependant ça lui arrive de ne pas bien manger même dans la cantine, on a remarqué qu'il ne mange pas suffisamment, il nous informe que lorsqu'il se

sent mal à l'aise il ne se met même pas à table, il disait : « *tiswiēin tha byiy ula iqqimey i tabla, tetruḥiyi lbenna lmakal* ». (Des fois je ne veux même pas me mettre à table, je perds le goût de manger).

En lui posant la question sur son ressenti en nous parlant, il s'est montré très content, il nous dit qu'il a pris du plaisir à nous parler, qu'il s'est bien exprimé. Il disait : « *abrid amezwar feqēey cuya asmi ittejbdemtiyid imma, mi tura iēejbiyi lḥal mihedrey ddidkumt, staḥliy* ». (La première fois je me suis énervé le fait que vous m'aviez parlé de ma mère, mais maintenant je suis content de vous parler, je suis à l'aise)

## II) Entretien avec le parent de l'enfant

### Axe 03) Information sur le parent de l'enfant

Le père d'Amine s'est montré mal à l'aise, impatient, ça donne l'air d'être désintéressé. Alors en lui parlant de la mort de sa femme il était gêné, puis il nous disait : « *teyyayed iman-is* ». (Elle s'est suicidée). Pour lui il n'attendait pas à cet acte de la part de sa femme, donc cet événement était une surprise pour eux, il disait : « *nexlaē, dessah, mi achu dixemmet...delmektub !* ». (On était choqué, mais que ce que vous vouliez que je fasse ! c'est le destin). En effet, on remarque que le père d'Amine utilise ici la stratégie de coping pour tenir le coup, cette capacité personnelle est médiatisée, pour des événements comme le décès ou les séparations, par l'existence d'un réseau social. (Cramer, Widmer-Robert-Tissot, Serpa, 2002).

Ainsi, le coping est identifié comme « *défense du Moi* », c'est un processus inconscient ayant pour but de diminuer ou de supprimer l'angoisse. Ce modèle des défenses du Moi demeure incomplet puisque centré sur la réduction de la tension comme stratégie inconsciente, plutôt que sur la résolution du problème comme stratégie consciente. (Pronost, 2012)

Le père d'Amine ne s'est pas remarié. En lui posant la question sur la manière d'expliquer à l'enfant l'évènement de la mort, il répondait : « *kra usnahdir, ielem uḥdes, tha byiy même idur ifhem* ». (On ne lui a rien dit, il savait tout seul, je ne veux même pas qu'il cherche à comprendre).



Même actuellement, Amine ne pose pas de question sur le décès de sa mère et il évite de parler sur elle, il préfère même rester chez sa grande mère de ne pas rentrer à la maison ou sa mère s'est suicidée, on remarque ici que notre sujet de recherche évite de se confronter aux souvenirs qui lui rappellent le décès de sa mère. En effet l'évitement est observé lorsque le jeune fait des efforts pour éviter les pensées, les émotions, les conversations, les activités ou les endroits qui lui rappellent l'évènement traumatique. (Parent, Turgeon, 2012)

On voit bien le recours massif aux comportements d'évitements pour ne pas voir et pour ne pas penser au traumatisme. (Chahraoui, 2014)

#### **Axe 04) Informations sur l'état de santé de l'enfant**

Par rapport à l'état de santé de la mère d'Amine avant l'accouchement elle était dans l'ensemble normale, mais un peu perturbée, elle était un peu nerveuse, elle ne parlait pas trop, mais son médecin nous a confirmé qu'elle était en bonne santé et le bébé aussi. Même après l'accouchement Amine a été en bonne santé il a grandi sans maladies son développement était normal, il ne suivait aucun traitement.

#### **Axe 05) Information sur le comportement et relation de l'enfant avec autrui**

Par rapport aux comportements de l'enfant avec autrui, le père d'Amine n'a pas remarqué un grand changement sur son fils, il nous disait : « *dwin dwin, kra ulixlif mlih* ». (C'est le même rien n'a vraiment changé). Mais en revanche avec son père il est devenu distant : « *tha ihedder didi bezzaf* ». (Il ne me parle pas beaucoup). Quand il est face à des difficultés qu'elles soient familiales ou à l'école Amine n'arrive pas à maîtriser, il se montre perturbé et stressé, et il n'accepte presque l'aide de personne. Il n'aime pas trop fréquenter, et pas vraiment sociable comme avant même le sport il ne s'intéresse pas vraiment, mais par contre il aime beaucoup aider les gens, leur apporter du bien : « *Itħibbi iseddeq* ». (Il est généreux.).

Par rapport à son sommeil, ça lui arrive de ne pas dormir, il demande la compagnie de sa grand-mère même le soir, puisqu'il est effrayé par des cauchemars. En effet il peut s'agir de cauchemars répétitifs de l'évènement, mais aussi de rêves de fuite ou d'impuissance physique qui sont toujours suivis d'un réveil en sursaut avec vécu d'angoisse et manifestation neurovégétatives (sueurs, tachycardie). (Chahraoui, 2014)

### III) Entretien avec l'instituteur

#### Axe 06) : information sur les attitudes de l'enfant en classe

En premier lieu en parlant avec l'institutrice d'Amine, elle s'est montrée un peu inquiète de son élève, elle nous confirme que déjà avant la mort de sa mère ses résultats étaient faibles, qu'il n'était pas vraiment pris en charge à la maison.

Par rapport au comportement de l'enfant en classe, il est un élève très calme et timide qui ne bouge pas, contrairement à ce qu'il était avant le décès de sa mère, elle disait « *Amine a beaucoup changé, c'était un élève plutôt turbulent, qui se bagarre comme tous les autres ; parle, partage ces opinions, mais après le décès c'est tout un changement, il est devenu trop calme, au point que cela m'inquiète des fois, il ne parle pas trop aux autres, et ne partage pas ces idées* ». De ce fait Joss reconnaît que le trauma altère profondément la personnalité du traumatisé. Dans ses rapports au monde, aux autres et à soi-même et au temps qui est désormais suspendu après l'instant traumatique. (Josse, Crocq, De soir, 2019). En classe, Amine est pensif, absent psychologiquement, il ne porte pas vraiment d'intérêts aux activités scolaires, il est désintéressé. ce qui perturbe ces résultats scolaires énormément. Avec ses amis il se voit très triste et pas dynamique, il y a une grande différence entre eux, la tristesse se lit sur son visage, et il ne fait aucun problème il n'est loin d'être un enfant agressif ou un enfant de problèmes. Donc pour l'institutrice ce qui l'inquiète c'est le calme d'Amine, il disait : « *Le calme d'Amine me fais penser qu'il cache un grand secret, qui peut nuire à son vécu dans le futur* ».

#### Axe 07) les interactions de l'enfant avec ses pairs

Avec ses camarades, Amine est un enfant très compréhensif et les aime beaucoup, il ne les blesse jamais, il ne se bagarre pas au contraire il se tait face aux problèmes et n'aime pas se trouver dans des situations conflictuelles. Donc c'est ce qui le différencie des autres élèves, cet aspect flou de sa personnalité. Elle nous rajoute, qu'elle est vraiment inquiète pour ses résultats, et qu'elle veut bien l'aider.

### Synthèse de l'entretien

De ce fait, notre sujet de recherche après le décès de sa mère était choqué, il s'est retrouvé face à une pénible situation de perte de la figure d'attachement qui est censé le protéger. Donc on remarque qu'Amine présente un traumatisme exprimé par un ensemble

de symptômes qui sont, la reviviscence, l'évitement, altération du sommeil et de l'humeur. Cela explique bien l'intensité du choc vécu par Amine face au suicide de sa mère qui n'était pas attendu ni accepté.

## 2) Présentation et analyse des résultats de l'échelle de CPTS-RI

### Cas N° 01 : Amine

Les résultats obtenus par notre premier cas dans l'échelle de CPTS-RI seront présentés dans le tableau suivant :

**Tableau N° 03 : Résultats d'Amine obtenu dans l'échelle de CPTS-RI**

Jamais	Presque jamais	Parfois	Souvent	Presque tous les jours	Le degré
0	3	14	21	8	Sévère

D'après les résultats obtenus, on constate selon le manuel de l'outil en question (CPTS-RI) que notre sujet a obtenu un score qui se situe entre 40 et 59, un score bien précis de 46, ce qui est qualifié de PTSD au niveau sévère.

En réalité, les développements récents du PTSD concernent surtout sa description chez l'enfant, puis chez le bébé. L'idée que les bébés puissent être directement traumatisés est assez récente. Le plus souvent, on va se concentrer sur la dyade mère-bébé et sur les traumatismes de la mère, plutôt que sur le bébé. Cette approche, basée sur la clinique des interactions, est bien sûr intéressante, mais elle élude le problème crucial du traumatisme direct des bébés : les bébés peuvent être protégés du traumatisme par leur mère ou subir les conséquences des traumatismes maternels du fait des perturbations ou des interactions. Cependant, un certain nombre d'observations amènent à penser que le bébé peut être directement traumatisé. (Lachal, 2008)

Dans notre cas de recherche on a obtenu des résultats qui varient entre jamais et presque tous les jours. Pour « *jamais* » on a obtenu un score de 0, pour « *presque jamais* », on a obtenu un score de 3, pour « *parfois* » on a obtenu un score de 14, pour « *Souvent* » on a obtenu un score de 21, pour « *presque tous les jours* » on a obtenu un score de 8.

**Tableau N° 04 : Résultats d'Amine obtenus dans la sous-échelle de CPTS-RI**

Les sous-échelles	La reviviscence de l'évènement, l'émoussement de capacités de réaction, le désintérêt pour le monde extérieur ainsi que l'évitement	Les symptômes de peurs et d'anxiété secondaire à l'évènement.	Relatifs aux difficultés de concentrations, à l'école et du sommeil.
Items	1, 2, 3, 4, 8, 9, 16, 17	6, 11, 13, 14, 19, 20	5, 7, 10, 12, 15, 18
Résultats	11,76%	6.16%	7.84%

Dans la première sous échelle qui correspond aux items explorant la reviviscence de l'évènement, l'émoussement de capacité de réaction, le désintérêt pour le monde extérieur ainsi que l'évitement, notre sujet de recherche a obtenu 11.76% pour une moyenne de 31.6%. Ensuite, en ce qui concerne la deuxième sous échelle qui regroupe les facteurs explorant les symptômes de peur d'anxiété secondaire à l'évènement, il a eu un score de 6.16% pour une moyenne de 7.3%. Puis on a obtenu un score de 7.84% pour les items relatifs aux difficultés de concentration, à l'école et du sommeil, pour une moyenne de 5.92%.

D'abord, dans la sous échelle correspondant aux items explorant la reviviscence de l'évènement, l'émoussement de capacités de réaction, le désintérêt pour le monde extérieur ainsi que l'évitement, notre sujet a obtenu un score de 11.76% pour une moyenne de 31.6%, ce qui signifie que notre sujet de recherche est en dessous de la moyenne. On remarque alors que cet enfant revit encor la scène traumatique celle de la mort de la mère, généralement c'est un enfant qui est souvent de mauvaise humeur en pensant à l'évènement vécu, ça lui arrive des fois d'avoir des images dans sa tête sur sa mère, il est tous le temps pensif malgré lui, ça lui arrive de se sentir seul en pensant comme quoi personne ne le comprend, il se sent souvent apeuré, inquiet, et triste au point qu'il préfère ne pas savoir comment il se sent, parfois ça lui arrive de vouloir s'éloigner des choses qui lui rappellent ou le font penser à l'évènement, il est souvent emporté par la nervosité et l'inquiétude c'est des chose lui rappellent sur l'évènement vécu ce qui le pousse à les éviter.

En effet, cette première sous échelle qui correspond aux items explorant la reviviscence de l'évènement, l'émoussement des capacités de réaction, le désintérêt pour le monde extérieur, généralement, chez les jeunes victimes, le syndrome post-traumatique apparaît rapidement après l'évènement critique. Il s'observe fréquemment dès l'âge de 3 ans. Il se caractérise par la reviviscence de l'évènement adverse sous forme de symptômes intrusifs (flash-back, souvenirs répétitifs, cauchemars, impression que l'évènement pourrait se renouveler, phénomènes moteurs élémentaires, conduite de répétition et jeux répétitifs, détresse et réactivité physiologique à l'exposition d'indices rappelant l'évènement), par l'émoussement de la réactivité générale (désintérêt pour l'entourage et les activités) et l'évitement des stimuli qui lui sont associés (lieux, personnes, conversations, pensées et sentiments) ainsi que par une hyper activation neurovégétative. (Joss, 2011)

Ensuite on a eu un score de 6.16% pour les items explorant les symptômes de peur d'anxiété secondaire à l'évènement, pour une moyenne de 7.3%, un résultat qui est un peu en dessous de la moyenne. On peut envisager dans l'ensemble que notre sujet ne souffre pas de peur ni d'anxiété, il ne pense presque jamais qu'une autre personne dans sa vie peut être perdue, cependant il nous a confié qu'il a peur de perdre son père : « *gdey iyyiğ papa* ». (J'ai peur que mon père me laisse). Amine n'est pas plus agité qu'avant l'évènement, il ne se culpabilise pas, mais souvent il a des difficultés à se rappeler des choses qu'il a apprises à l'école ou à la maison voir qu'il pense trop à l'évènement, parfois ça lui arrive d'avoir mal à la tête d'après ces affirmations : « *Ieetbiyi uqroy-iw, macqa tmeyyizey bezzaf* » (Ma tête me fait mal quand je pense trop). Par contre il ne trouve aucune difficulté à se tenir ou de faire des choses qu'il n'avait pas faites avant comme se battre ; désobéir ; faire des choses dangereuses ou imprudentes ; dire de gros mots.

Enfin on a obtenu un score de 7.84% pour les items relatifs aux difficultés de concentration, à l'école et du sommeil, pour une moyenne de 5.92%, un score qui est légèrement supérieur à la moyenne, cela nous pousse à penser que notre sujet éprouve des difficultés, dans le sens où notre sujet est perturbé puisque ça lui arrive parfois de faire des cauchemars à propos de ce qui lui est arrivé, il éprouve aussi du déplaisir à faire des choses qu'il aimait faire avant cet évènement. Il est souvent apeuré, inquiet, et triste au point qu'il ne veut même pas parler, il a parfois des perturbations du sommeil, se concentre mal, être attentif pour lui est devenu presque irréalisable après l'évènement, il éprouve surtout des

difficultés à dormir seul, il disait : « *tyamiy itsay uḥdi taggadey* ». (Je n'accepte pas de dormir seul, j'ai peur)

De ce fait, les symptômes de reviviscence; d'évitement cognitif peuvent avoir un impact sur la scolarité de l'enfant, ainsi que sur sa qualité de vie. Par exemple, la suractivation neurovégétative entraîne un déficit attentionnel et une difficulté de concentration qui se répercutent sur les apprentissages de l'enfant et donc sur sa scolarité ou encore avoir de multiples plaintes psychosomatiques. Ces différents symptômes peuvent alors altérer le développement social et affectif. L'ESPT, chez l'enfant et l'adolescent, peut aussi modifier la personnalité de ce dernier par une baisse importante de l'estime de soi. (Gindt, 2015)

### **Synthèse de l'échelle de CPTS- RI du cas d'Amine**

Alors, notre premier sujet de recherche a obtenu un score de 46 ce qui le qualifie d'un traumatisme sévère, ce dernier est exprimé dans l'ensemble de réponses données. D'abord on remarque une altération plus profonde en ce qui concerne les items relatifs aux difficultés de concentration, à l'école et du sommeil par un nombre de 7.84% pour une moyenne de 5.92% ce qui est un peu supérieur à la moyenne, puis on remarque une altération moins aigue dans les items explorant les symptômes de peur d'anxiété secondaire à l'évènement, pour une moyenne de 6.16%, un résultat qui est un peu en dessous de la moyenne, ensuite on a obtenu un score de 11.76% dans les facteurs correspondant aux items explorant la reviviscence de l'évènement, l'émoussement de capacités de réaction, le désintérêt pour le monde extérieur ainsi que l'évitement, pour une moyenne de 31.6%, ce qui est en dessus de la moyenne.

### **3) Présentation et analyse des résultats de l'échelle de CYRM-28**

#### **Cas N° : 01 : Amine**

Les résultats obtenus par notre premier cas dans l'échelle de CYRM-28, seront présentés dans le tableau suivant :

**Tableau N° 05 : Résultats d'amine obtenus dans l'échelle de CYRM-28**

Les résultats obtenus par notre premier cas dans l'échelle de CYRM-28, seront présentés dans le tableau suivant :

Pas du tout	Un peu	Moyennement	Beaucoup	Enormément
8	12	15	32	5

D'après les résultats obtenus, on remarque que notre sujet de recherche a eu un score de 72 pour une moyenne entre 28 et 140, un score qui indique qu'Amine exprime une certaine résilience moyenne dans des contextes donnés, mais le score est faible.

Par le fait, On a obtenu des réponses qui varient entre pas du tout et énormément. Pour « *pas du tout* » on a obtenu un score de 8, pour « *un peu* » on a un score de 12, pour « *moyennement* » on a un score de 15, pour « *beaucoup* » on a obtenu un score de 32 pour « *énormément* » on a un score de 5.

Les résultats obtenus dans la sous-échelle sont de 24 dans les items explorant le thème individuel, celui-ci regroupe Pour les items explorant les fournisseurs de soins, on a obtenu un score de 16, pour les items explorant le thème contextuel on a obtenu un score de 33, se qui donne un total de 72.

**Tableau N°06 : Résultat d'Amine obtenu dans la sous-échelle de CYRM-28.**

	Sous échelle	Items	Score	Score général
Thème individuel	Aptitudes personnelles	2, 8, 11, 13, 21	8	21
	Soutiens des pairs	14, 18	8	
	Aptitudes sociales	4, 20, 15, 25	5	
Thème fournisseurs de soin	Besoins physiologique	5, 7	6	18
	Besoin psychologique	6, 12, 17, 24, 26	12	
Thème contexte	Spirituel	9, 22, 23	11	33
	Education	3, 16	6	
	Culturel	1, 10, 27, 28, 19	16	

En effet, les scores de résilience de chaque participant indiquent les ressources individuelles, relationnelles et contextuelles auxquelles il a accès. Cette information peut vous aider à décider du type de soutien à offrir pour augmenter la résilience de chaque participant. (Unger, 2013)

Le thème individuel regroupe, les aptitudes personnelles ; le soutien des pairs ainsi que les aptitudes sociales. Dans cette sous-échelle qui correspond au thème individuel on a obtenu un score de 21 pour une moyenne de 35, ce qui signifie que notre sujet de recherche est en dessous de la moyenne. Ainsi on a obtenu un score de 8 pour les aptitudes personnelles, pour une moyenne de 25, un score de 8 pour le soutien des pairs, pour une moyenne de 10, et un score de 5 pour les aptitudes sociales, pour une moyenne de 20. On remarque que cet enfant obtient un score plus élevé en ce qui concerne le soutien des pairs, puis un score moins élevé dans les aptitudes sociales, et un score minimal pour les aptitudes personnelles.



Effectivement, à partir de l'étude des individus réputés résilients, on peut retenir un certain nombre de caractéristique qui contribue à faciliter la résilience comme, par exemple, habilités de résolution de problèmes, autonomie, capacités de distanciation face à un environnement perturbé compétences sociales, empathie, altruisme, sociabilité popularité, perception d'une relation positive avec un adulte. (Anaut, 2005)

Le thème fournisseur de soins regroupe les besoins physiologiques et psychologiques. Dans cette sous-échelle qui correspond au thème fournisseur de soins on a obtenu un score de 18 pour une moyenne de 24, 01, ce qui signifie qu'il est en dessus de la moyenne. Ainsi pour les besoins physiologiques on a obtenu un score de 6, pour une moyenne de 10, et pour les besoins psychologiques on a obtenu un score de 12, pour une moyenne de 25. On constate que notre sujet obtient un score plus élevé dans les besoins physiologiques, puis un score moins élevé en besoins psychologiques.

Ainsi, ceci pourrait suggérer que le participant ne manque ni de nourriture ni de supervision, mais qu'il ne se sent pas en sécurité ou se sent étranger lorsqu'il est en présence des membres de sa famille. (Unger, 2013)

En réalité, les facteurs de protection externes commencent par le milieu familial, qui regroupe, des relations émotionnelles stables avec un des parents ou un (Theis, 2006)

membre de la famille proche ; des parents compétents, qui offrent un environnement éducatif positif ouvert et qui fixent des normes ; une cohésion familiale ; le soutien du conjoint à l'âge adulte. (Theis, 2006)

Le thème contextuel regroupe l'éducation, le spirituel ainsi que le culturel. Dans cette sous-échelle qui correspond au thème contextuel on a obtenu un score de 33 pour une moyenne de 30.36 ce qui signifie que le score est en dessus de la moyenne ainsi pour le spirituel on a obtenu un score de 11, pour une moyenne de 15, pour l'éducation on a obtenu un score de 6, pour une moyenne de 10, pour le culturel on a obtenu un score de 16, pour une moyenne de 25. On remarque que notre sujet obtient un score plus élevé dans le spirituel, puis un score moins élevé dans le culturel puis l'éducation.

En effet, pour qu'un enfant se développe de façon harmonieuse, un environnement favorable doit lui être fourni. Lemay (1999), vient dire : « *Il est évident qu'un certain nombre de conditions biologiques, socioaffectives et socioculturelles sont absolument nécessaires pour permettre l'épanouissement d'un sujet. Il est tout aussi évident qu'on a*

*besoin, pour se bâtir, d'un accompagnement parental ou substitutif formant à la fois enveloppe, creuset et lieu d'expérimentation* ». (Lemay, 1999, p.93)

Dans la sous-échelle qui correspond au thème individuel, en ce qui concerne les aptitudes personnelles on remarque que notre sujet de recherche aime beaucoup collaborer avec les autres, il n'essaye pas de terminer ce qui l'a commencé, il voit que les gens aiment un peu être avec lui, il n'arrive pas à régler ces problèmes seul, il n'est pas conscient de ses forces. Pour le soutien des pairs, il se sent beaucoup soutenu par ses amis, et qu'ils sont à ses cotés. Pour les aptitudes sociales notre sujet ne sait pas se comporter dans de différentes situations sociales, il voit qu'il n'a pas du tout de chance de prouver aux autres qu'il est maintenant adulte et qu'il peut agir de manière responsable, il sait un peu vers qui se diriger en cas il veut obtenir de l'aide, il dit aussi qu'il n'a pas de chance de développer des compétences qui lui seront utiles plus tard.

Dans la sous-échelle qui correspond au thème fournisseurs de soins, en ce qui concerne les besoins physiologiques notre sujet pense que ces parents le surveillent moyennement, s'il a faim il ne mange que moyennement. Pour les besoins psychologiques, notre sujet de recherche pense que ses parents le connaissent un peu, il ne parle qu'un peu à ses parents sur son ressenti, sa famille est un peu à ses côtés lorsqu'il a des difficultés, il se sent un peu en sécurité quand il est avec sa famille, et il apprécie beaucoup les traditions et la culture de sa famille.

Pour la sous-échelle correspondant au thème contexte, en ce qui concerne le spirituel, notre sujet de recherche voit que les croyances sont un peu une force pour lui, en revanche il participe beaucoup aux activités au caractère religieux, il croit qu'il est très important d'être au service de la communauté, pour l'éducation, il considère qu'elle est moyennement une chose importante pour lui, il se sent moyennement à sa place à l'école, en ce qui concerne le culturel, il n'y a aucune personne qu'il admire, il est beaucoup fier de son origine, il apprécie beaucoup les traditions de sa communauté, il est beaucoup fier d'être un Algérien, il est traité moyennement bien dans sa communauté.

Par le fait, Manciaux et al (2001) insistent particulièrement sur l'approche multifactorielle de la résilience : « *à chaque instant, la résilience résulte de l'interaction entre l'individu lui-même et son entourage, entre les empreintes de son vécu antérieur et le contexte du moment en matière politique, économique, sociale, humaine* ». (Theis, 2006)

## **Synthèse de l'échelle de CYRM-28**

Donc, on voit que notre premier sujet de recherche exprime une certaine résilience, qui est de 72 selon les réponses données aux items proposés, en sachant que la moyenne est comptée entre 28 et 140 on peut dire que notre sujet de recherche est moyennement près de la moyenne. On remarque que notre sujet de recherche présente une plus grande résilience en ce qui concerne le thème contextuel par un score de 33 pour une moyenne de 30.36, puis dans le thème fournisseur de soins par un score de 18 pour une moyenne de 24.01, enfin un score de 21 pour une norme de 35 dans le thème individuel.

### **Synthèse du premier cas**

Pour regrouper les informations ci-dessous on a procédé en effet par un entretien, et deux outils qui nous ont permis de bien explorer le vécu d'Amine. D'abord avec en menant notre entretien on a pu aborder différentes questions qui ont permis de détecter l'ensemble des symptômes négatifs et positifs exprimés par cet enfant, en effet le décès de la mère d'Amine l'a beaucoup bouleversé, et il a douloureusement marqué, ce qui est exprimé par la suite par un ensemble de symptômes traumatiques.

Alors on remarque que notre sujet de recherche vit encore le choc de perte, et voir les circonstances dont il vit et le non suivie par son entourage il n'a pas pu dépasser sa peine. Ça n'empêche pas qu'on retrouve un ensemble de points positifs et un peu de résiliences dans certains contextes.

Donc on voit que les résultats obtenus par l'entretien et par nos deux outils utilisés sont en concordance, c'est-à-dire il ya un lien entre le verbatim et nos outils destinés à mesurer le traumatisme et la résilience.

## **1) Présentation et analyse de l'entretien**

### **Cas N° 02 : Farah**

Farah est une fille âgée de 8 ans, c'est une élève en troisième (03) année primaire, elle est l'innée d'une fratrie de trois enfants, dont deux frères ; un âgé de 5 ans et un autre âgé de 2 ans, son père est un agent policier âgé de 54 ans, et sa mère était une femme au foyer, elle est morte à l'âge de 45 ans, Farah est orpheline ça fait 4 ans, son père s'est remarié quand elle a eu 5ans. C'est une famille d'une situation socioéconomique moyenne.

Dès notre première rencontre, Farah était très accueillante, elle nous souriait tout le temps en classe et vient nous voir au moment de la récréation, même en classe elle était très dynamique, elle bouge, elle participe, elle parle avec ses amis(es), elle donne l'impression de se porter bien. L'entretien avec Farah a duré une vingtaine de minutes.

## I) Entretien avec l'enfant

### Axe 01) information sur le décès de la mère

En s'adressant à notre sujet de recherche comme on l'a déjà mentionné précédemment, elle était très motivée et souhaitait répondre à nos questions volontairement.

En lui posant la question sur sa famille et qui elle estime le plus elle s'est montrée très optimiste, elle disait : « *Tħibbiy bezzaf papa waħi d Mama...mi dayen papa iddiqimniyd tura* ». (J'aime beaucoup mon père et ma mère...mais maintenant c'est juste mon père qui me reste). Elle est restée un bon moment silencieuse, en exprimant une tristesse sur son visage, elle disait : « *Mama teğayi miseiy 4ans, tħa cfiy bezzaf fell-as* ». (Ma mère ma laissait quand j'avais 4 ans, je me souviens pas vraiment d'elle).

Farah ne savait pas la vraie cause du décès de sa mère, elle disait : « *Temmut dayen, tehlek yiwen nhar...lxen temmut* ». (Elle est morte c'est tout, elle était malade pour un jour...puis elle est morte). Mais en réalité la mère de Farah avait un cancer, et elle a passé des années en traitement, mais Farah n'était pas informée de cela. Même quand elle est décédée, elle ne l'a pas vu, son père l'a empêché, elle disait : « *Imeneiyi papa attazray, mais innayak mama-m temmut dayene* ». (Papa m'a empêché de la voir, mais il m'a dit qu'elle est morte c'est tout). Farah vu son âge, elle n'a pas compris ce qui se passait, elle disait : « *Twaliyin tetrin merra, lxen ħezney mim nekk...mais papa iqqim didi* ». (Je les voyais tous pleurer, après je me suis sentie triste...mais mon père ne m'a pas laissé). Farah nous révèle qu'elle était triste le fait que son père lui a dit qu'on va plus revoir sa mère, elle a trouvé des difficultés pour élaborer et interpréter l'idée. « *Tħa fehmeḡ...iwach...amek zaema troħ teğayaney!!* ». (Je n'ai compris... pourquoi... comment ça, elle nous a laissés !!). En effet entre 3 et 5 ans, la mort semble considérer comme réversible et assimilée à un sommeil. (Sahuc, 2006). Donc on voit bien que l'âge de Farah ne lui a pas permis de comprendre la situation dont elle se trouvait. Mais son père a été à ses côtés pour la soutenir, et actuellement elle habite avec sa nouvelle famille reconstruite il ya quelques

années. Donc on voit bien que notre sujet de recherche était bien entouré pour pouvoir faire son travail de deuil qui semble être différent chez l'enfant. Ainsi le deuil est un état de perte d'un être chère s'accompagnant de détresse et de douleur moral, pouvant entraîner une véritable réaction dépressive et nécessitant un travail intrapsychique. (Angel, 2013).

Pour pouvoir faire un travail de deuil l'enfant doit être bien accompagné comme c'est le cas de Farah, en effet, selon Epler (2008), les chercheurs sur la résilience des l'enfant face au deuil révèlent que le soutien social, l'image positive de soi, les liens familiaux, et le locus de contrôle interne favorisent l'aptitude à composer avec des circonstances difficiles et aller de l'avant. (Schleifer, Harris, Talwar, 2009)

### **Axe 02) Information sur le vécu psychologique de l'enfant**

On a voulu comprendre l'état psychique dont lequel Farah se trouvait, alors elle nous informe qu'au décès de sa mère elle était triste, il *disait* : « *Truy bezzaf, makkeqqaren tha dizret mamam* ». (J'ai beaucoup pleuré, quand ils me disaient que je ne vais pas voir ma mère). Farah ne souvient pas vraiment de ce qui l'a vécu, elle disait : « *Ittuyiyi tamezyant, tha cfiy mlih* ». (J'étais petite, je me souviens pas vraiment).

Par rapport à son état de santé, elle ne ressent pas de douleurs ni au niveau de son ventre ni de sa tête, même son tempérament a l'air d'être calme, elle ne s'énerve pas facilement, elle disait : « *Tha feqq3ey dqiqqa, nekk thibbiy tatssa, ula g xxam nekk statsayyin, leebey didssen* ». (Je m'énerve pas facilement, moi j'aime rigoler, même à la maison moi je les fais rigoler, je joue avec eux). Le rire est un moyen pour éviter les malaises, il est bon pour le moral des personnes en extrême difficulté mais surtout leur donne une meilleure image d'eux-mêmes. (Schaller, Cosseron, 2010)

D'ailleurs en ce moment elle nous raconte une blague, et commence à rire avec spontanéité, en réalité le rire est considéré selon Lorey (2005), Ce rire est considéré comme un mécanisme de défense appelé « *l'humour* », il s'agit de réagir aux conflits émotionnels ou aux facteurs de stress internes ou externes en faisant ressortir les aspects amusants ou ironiques du conflit ou des facteurs de stress. Il permet d'exprimer une part des affects et des souhaits liés aux conflits ou aux facteurs de stress. (Guelfi, Despland, Hanin, 2007).

Pour Farah, ça lui arrive d'avoir peur de perdre son père, elle disait : « *Taggadey papa iyyiğ dayi* ». (J'ai peur que mon père me laisse aussi). Donc on voit que notre sujet de

recherche anticipe la production d'un événement mauvais, c'est une forme d'une anxiété de séparation qui fait partie de l'existence humaine et se caractérise par un sentiment de danger imminent avec attitude d'attente entraînant un désarroi plus au moins profond. (Giromini, 2015)

Mais en lui parlant de l'école, elle était très optimiste, elle est très motivée et aime ces études, il nous informait : « *teelment ?! thibbiy legra le3jeb, macqa feqey qerriy...d legra i-dessah* ». (Vous savez ?! j'aime beaucoup mes études, quand je suis énervé je révise...les études sont d'une grande valeur), même en classe elle se concentre bien, elle suit les consignes et les recommandations de l'instituteur. Cela est renforcé par le suivi persistant de son père qui essaye de son mieux d'aider sa fille dans ces études malgré les perturbations vécues après la mort de sa mère.

Le rôle des parents en matière de résilience scolaire semble plutôt bien cerné, le rôle de la sensibilité et du soutien affectif des parents, de la supervision reste très important dans l'explication des différences relatives à plusieurs indicateurs de la réussite scolaire. L'encadrement parental devient, dans ce contexte, un facteur de protection en matière de résultats scolaires et de développement de l'autonomie. (Cyrulnik, 2014)

Farah nous a informés qu'il dore bien, il n'a aucune difficulté dans le sommeil, elle ne fait pas de cauchemars. Et même son appétit est bien stable, elle mange bien, elle a des amis(es) même beaucoup : elle nous disait : « *Seiy leejeb n temdukkal, thibbiy ileebey...ittatsiy didsent* ». (J'ai beaucoup d'amies, j'aime jouer...rigoler avec eux).

Farah s'est montrée très contente de nous parler, et elle souhaitait nous reparler, elle nous disait : « *ieejbiyi lhal ihedrey didkumt* ». (Ça m'a plu de parler avec vous). Elle a une ambition de devenir un médecin, elle nous disait : « *Byiy iddeqley tatbibt, xater hercey g legra* ». (Je veux devenir un médecin, parce que je suis très douée dans mes études). En effet l'évaluation de nous-mêmes concerne divers domaines, un sentiment qui est communément conditionné par l'évaluation que nous faisons dans les domaines qui sont de la plus grande importance pour nous.

Donc Farah a un sentiment d'assurance et de sécurité à propos d'elle-même, elle se voit capable et elle peut compter sur elle-même, elle a une attitude positive vis-à-vis de soi-même, elle a un sentiment de confiance en soi. (De saint Paul, 2013)

## II) Entretien avec le parent de l'enfant

**Axe 03) Information sur le parent de l'enfant**

La mère de Farah est morte suite à un cancer, celui-ci est considéré comme une perte de contrôle accidentelle de la régulation des cellules qui aboutit à leur prolifération anarchique. Une tumeur est le résultat de la multiplication désordonnée des cellules d'un tissu ou d'un organe qui envahit les tissus voisins en détruisant les capsules de séparation provoquant ainsi des métastases. [https://www.chu-besancon.fr/3c/generalites sur le cancer.pdf](https://www.chu-besancon.fr/3c/generalites_sur_le_cancer.pdf)

Le père de Farah nous informe que sa femme est morte par un cancer en 4<sup>e</sup> degré, le stade 4 qui correspond à une extension plus large dans l'organisme sous forme de métastases. Le décès de celle-ci était attendu, puisque les médecins ont été désespérés de son cas, il nous disait : « *Nekkina elmey, sawejdey iman-iw bellik à tout moment tzemmer immet, ituyiyi did-es kullas g sbitar, zriyat tmettat* ». (Moi je savais, je me suis préparé qu'à tout moment elle peut mourir).

Pour lui Farah était encore jeune pour être informé de la maladie de sa mère, pour lui ça va la traumatiser plus, mais quand elle est décédée on l'a informé comme quoi elle ne va plus revoir sa mère, mais elle n'a pas bien compris, elle était très triste de voir tout le monde pleurer. Après une longue période du décès de sa femme le père de Farah c'est remarié pour pouvoir reconstituer un foyer et de créer un climat chaleureux pour ces enfants. Actuellement quand Farah parle de sa mère, son père l'informe que sa mère l'aime beaucoup et qu'elle veut la voir réussir.

**Axe 04) Informations sur l'état de santé de l'enfant**

Farah est née d'une grossesse qui s'est déroulée dans les normes, jusqu'à l'accouchement, même l'état de santé de l'enfant était sans problème ni des complications apparentes, son développement psychomoteur, langagier, et cognitif n'a pas causé d'obstacles. Farah ne souffre d'aucune maladie qui a exigé une hospitalisation, à part quelques fièvres et angine comme la plupart des enfants, d'après les dires de son père : « *C'est tout à part ça, rien* ». Même actuellement elle n'a aucune maladie qui sollicite une prise en charge.

**Axe 05) Information sur le comportement et relation de l'enfant avec autrui**

Après la mort de la mère de Farah, elle est devenue très attaché à son père, il est devenu sa figure d'attache, celle-ci est considérée selon Bowlby comme on la déjà dit comme la personne sur qui l'enfant s'appuie tout au long de son développement, et insiste sur le fait que la figure d'attachement principale n'est pas toujours la mère. (Mareau, 2005). Par rapport à la relation de Farah avec les autres membres de la famille est généralement bien, elle s'occupe de ces frères, joue avec eux, même avec ces amies elle est bien calme, quand elle rencontre des problèmes elle est guidée par son père.

Farah est sociable, aime fréquenter, raconter des histoires, des blagues, ce qui est en effet considéré comme une forme de résilience, cette dernière consiste à traduire en mots en représentations verbales partageables, les images et les émotions ressenties pour leur donner un sens communicable, compréhensible pour soi-même et pour autrui, ce qui est appelé mentalisation en psychanalyse. (Dollander, De Tychev, 2010)

Dans son temps libre elle aime faire du sport, donc son père l'inscrit dans une salle là où elle fait du Kick-Boxing, son père l'a inscrit pour pouvoir passer des moments de plaisir puisqu'elle aime beaucoup faire des activités qui lui permettent de montrer ces capacités. C'est une forme d'une sublimation qui est considérée comme un processus par lequel l'énergie d'une pulsion sexuelle ou agressive est déplacée vers des buts non sexuels il se caractérise par le détournement du but de la pulsion sexuelle vers un objet non sexuel. (Le Guen, 2008)

## **Entretien avec l'instituteur**

### **Axe 06) : information sur les attitudes de l'enfant en classe**

Notre entretien avec l'instituteur, nous révèle que Farah est une fille avec un fort caractère, elle aime beaucoup s'occuper d'elle-même et se montrer belle, elle nous disait : *« elle aime beaucoup s'occuper d'elle-même, chaque jour elle fait de nouvelles coiffures, une nouvelle blouse bien propre »*. Par rapport à ses comportements en classe, elle nous affirme que c'est une fille dynamique, elle aime parler, partager ces idées avec ces camarades, elle n'est pas timide mais plutôt audacieuse. Elle a décrit comme une enfant brillante, douée, et très intelligente, cependant ça lui arrive des fois de se déconcentrer en classe mais que rarement, elle fait des efforts pour suivre, elle a de bon résultat scolaire, pour elle c'est ce qui il ya de plus important. Même-ci elle ne comprend pas quelque chose elle n'hésite pas à le demander de l'aide et de chercher à comprendre. L'institutrice de



Farah n'a remarqué aucun signe qui indique la présence d'un trouble particulier chez Farah.

### **Axe 07) Informations sur les intégrations de l'enfant avec ces pairs**

Farah n'est pas vraiment une fille qui attire les ennuis, elle a de bonne relation avec les amies, elle ne se bagarre pas avec ses camarades. L'institutrice de Farah l'a trouvée pareille avec les autres enfants, elle rajoute que Farah est plus ambitieuse que d'autres enfants.

### **Synthèse sur l'entretien**

Farah a exprimé une tristesse face à la perte de sa mère, mais l'ensemble de qualité qu'elle a et le soutien qu'elle reçoit de sa famille l'en aide pour pouvoir forger une personnalité stable. Cela est exprimé par différents dans divers domaines comme ces relations à autrui, sa stabilité émotionnelle, et sa réussite scolaire.

## **2) Présentation et analyse des résultats de l'échelle de CPTS-RI**

### **Cas N° 02 : Farah**

Les résultats obtenus par notre deuxième cas dans l'échelle de CPTS-RI seront présentés dans le tableau suivant :

**Tableau N° 07 : Résultats de Farah obtenus dans l'échelle CPTS-RI**

Jamais	Presque jamais	Parfois	Souvent	Presque tous les jours	Le degré
0	4	8	12	4	Modéré

D'après les résultats obtenus, on constate que notre sujet a obtenu un score qui se situe entre 25 et 39, plus précisément de 28, ce qui est qualifié selon le manuel de CPTS-RI de PTSD au niveau modéré.

On a obtenu des résultats qui varient entre « *jamais* », et « *presque jamais* », on a obtenu un pour « *jamais* » 0, pour « *presque jamais* » on a obtenu 4, pour « *parfois* » on a obtenu un score de 8, pour « *souvent* » on a obtenu le score de 12, pour « *presque tous les jours* » on a obtenu le score de 4.

**Tableau N° 08 : Résultats de Farah dans la sous-échelle de CPTS-RI**

Les sous-échelles	La reviviscence de l'évènement, l'émoussement de capacités de réaction, le désintérêt pour le monde extérieur ainsi que l'évitement	Les symptômes de peurs et d'anxiété secondaire à l'évènement.	Relatifs aux difficultés de concentrations, à l'école et du sommeil.
Items	1, 2, 3, 4, 8, 9, 16, 17	6, 11, 13, 14, 19, 20	5, 7, 10, 12, 15, 18
Résultats	5.04%	3.92%	6.72%

Les résultats obtenus dans cette sous-échelle sont entre 3.92% et 6.72%. D'abord on a obtenu un score de 5.04% dans les facteurs correspondant aux items explorant la reviviscence de l'évènement, l'émoussement de capacités de réaction, le désintérêt pour le monde extérieur ainsi que l'évitement, pour une moyenne de 31.6%. Ensuite on a eu un score de 3.92% pour les items explorant les symptômes de peur d'anxiété secondaire à l'évènement, pour une moyenne de 7.3%. Puis on a obtenu un score de 6.72% pour les items Relatifs aux difficultés de concentration, à l'école et du sommeil, pour une moyenne de 5.92%.

Dans la sous-échelle qui correspond aux facteurs de reviviscence de l'évènement, l'émoussement des capacités de réaction, le désintérêt pour le monde extérieur ainsi que l'évitement, notre sujet obtient le score de 5.04% sur la moyenne de 31.6% un score qui est totalement en dessous de la moyenne, mais il reste quelques symptômes traumatiques, cependant elle arrive quand même à dépasser moyennement ça peine. D'abord Farah dit que ce qui lui est arrivé inquiète souvent la plupart des enfants de son âge, Farah est un

enfant qui a parfois peur, qui est en mauvaise humeur et qui ne revoit jamais d'images traumatiques dans sa tête, il n'y pense presque jamais, il se sent jamais seule. Il n'a presque jamais eu peur de parler de ces sentiments, il n'a jamais envie de s'éloigner des choses qui lui rappellent ce qui lui est arrivé, et parfois il devient nerveuse et inquiète quand elle pense à l'évènement vécu.

Dans la sous-échelle qui correspond aux symptômes de peur et d'anxiété secondaire à l'évènement notre sujet a obtenu un score de 3.92% pour la moyenne de 6.72%, un résultat qui est loin de la moyenne, ce qui signifie que Farah exprime moyennement encore des signes traumatiques en ce qui concerne l'anxiété secondaire à l'évènement traumatique. En effet notre sujet de recherche pense parfois que ce qui lui est arrivé peut se reproduire, souvent elle se sent agitée, plus nerveuse qu'avant l'évènement, elle ne se culpabilise jamais de faire ou de ne pas faire certaines choses, elle n'a jamais des difficultés à se rappeler des choses qu'il a apprises à l'école où à la maison parce qu'il pense à l'évènement, elle a parfois mal au ventre, elle ne trouve jamais des difficultés se retenir des choses qu'elle n'a pas faite avant l'évènement.

Dans la sous-échelle relative aux difficultés de concentration, à l'école et au sommeil, notre sujet de recherche a obtenu un score de 6.72% pour une moyenne de 5.92%, un score qui est en dessus de la moyenne, de ce fait Farah exprime des difficultés de sommeil en effet elle ne fait presque jamais des cauchemars, elle a souvent de plaisir à faire les choses qu'elle aimait faire avant l'évènement, il n'a jamais si peur, inquiet et triste qu'elle ne peut même pas parler ou pleurer, il dore bien presque tous les jours, elle est souvent aussi attentive qu'avant l'évènement, elle ne refait presque jamais des choses qu'elle avait arrêtée de faire avant l'évènement.

### **Synthèse de l'échelle de CPTS-RI du cas de Farah**

Farah, a obtenu un score de ce qui le qualifie d'un traumatisme modéré, ce qui signifie qu'elle n'a pas encore définitivement dépassé son traumatisme. On voit que notre sujet de recherche à une symptomatologie traumatique plus accentuée dans la variante qui regroupe les items de relatifs aux difficultés de concentration, à l'école et au sommeil par un score de 6.72% pour une moyenne de 5.92%, puis elle a obtenu un score de 3.92% pour une moyenne de 7.3%, ensuite ça vient les items explorant la reviviscence de l'évènement, l'émoussement de capacités de réaction, le désintérêt pour le monde extérieur ainsi que l'évitement, pour une moyenne de 31.6%.

### 3) Présentation et analyse des résultats de l'échelle de CYRM-28:

#### Cas N° 02 : Farah

Les résultats obtenus par notre deuxième cas dans l'échelle de CYRM-28, seront présentés dans le tableau suivant :

**Tableau N° 09 Résultats de Farah obtenus dans l'échelle de CYRM-28**

Pas du tout	Un peu	Moyennement	Beaucoup	Enormément
0	0	21	44	50

Selon les réponses données on a obtenu un score de 115 pour une norme entre 28 et 140, un résultat qui indique que Farah exprime une résilience extrêmement proche de 140, se qui signifie que notre sujet de recherche développe une grande résilience dans des domaines divers.

On a obtenu des réponses qui varient entre pas du tout et énormément. Pour « *pas du tout* » on a obtenu un score de 0, pour « *un peu* » on a un score de 0, pour « *moyennement* » on a un score de 21, pour « *beaucoup* » on a obtenu un score de 44, pour « *énormément* » on a un score de 50.

Les résultats obtenus dans la sous-échelle sont de 43 dans les items explorant le thème individuel. Pour les items explorant les fournisseurs de soins, on a obtenu un score de 30, pour les items explorant le thème contextuel on a obtenu un score de 42.

**Tableau N° 10 : Résultats de Farah obtenu dans la sous-échelle de CYRM-28.**

	Sous échelle	Items	Score	Score général
Thème individuel	Aptitudes personnelles	2, 8, 11, 13, 21	21	43
	Soutiens des pairs	14, 18	6	
	Aptitudes sociales	4, 20, 15, 25	16	
Thème fournisseurs de soin	Besoins psychologique	5, 7	10	30
	Besoin physiologique	6, 12, 17, 24, 26	20	
Thème contexte	Spirituel	9, 22, 23	12	42
	Education	3, 16	10	
	Culturel	1, 10, 27, 28, 19	20	

Dans la sous-échelle qui correspond au thème individuel on a obtenu un score de 43 pour une moyenne de 35, ce qui signifie que notre sujet de recherche est légèrement en dessus de la moyenne. Par conséquent on a obtenu un score de 21 pour les aptitudes personnelles, pour une moyenne de 25, ensuite on a obtenu un score de 6 pour le soutien des pairs, pour une moyenne de 10, et un score de 16 pour les aptitudes sociales, pour une moyenne de 20. On remarque que cet enfant obtient un score plus élevé en ce qui concerne les aptitudes personnelles, puis un score moins élevé en ce qui concerne les aptitudes sociales, puis le soutien des pairs.

Pour la sous-échelle qui correspond au thème fournisseur de soins on a obtenu un score de 30 pour une moyenne de 24, 01, ce qui signifie que le résultat est légèrement en dessus de la moyenne. Ainsi pour les besoins physiologiques on a obtenu un score de 10 pour une moyenne de 10, et pour les besoins psychologiques on a obtenu un score de 20 pour une moyenne de 25. On constate que notre sujet obtient un score plus élevé dans les besoins physiologiques, puis un score moins élevé dans les besoins psychologiques.

Dans la sous-échelle qui correspond au thème contextuel on a obtenu un score de 42 pour une moyenne de 30.36 ce qui signifie que le score est en dessus de la moyenne ainsi pour le spirituel on a obtenu un score de 12, pour une moyenne de 15, pour l'éducation on a obtenu un score de 10 pour une moyenne de 10, pour le culturel on a obtenu un score de 20, pour une moyenne de 25. Donc on voit que notre sujet de recherche obtient un score plus élevé à propos de l'éducation, puis un score moins fort à propos du spirituel et du culturel.

Pour la sous-échelle qui correspond au thème individuel, à propos des aptitudes personnelles on remarque que notre sujet de recherche aime énormément collaborer avec les autres, elle essaye énormément de terminer ce qu'elle a commencé, elle dit que les gens aiment beaucoup être à sa compagnie, elle arrive souvent à régler ces problèmes seul, elle est moyennement consciente de ces forces. Pour le soutien des pairs ; elle se sent moyennement soutenue par ses amis, et qu'ils sont moyennement à ses côtés. Pour les aptitudes sociales, Farah sait moyennement comment se comporter dans de différentes situations sociales, elle voit qu'elle a moyennement de la chance pour prouver aux autres qu'elle est maintenant adulte et qu'elle peut agir de manière responsable, elle sait énormément vers qui se diriger en cas elle a besoin d'aide, elle trouve qu'elle a énormément de chance de développer des compétences qui lui seront utiles plus tard.

Concernant la sous-échelle qui correspond au thème fournisseurs de soins, à propos des besoins physiologiques notre sujet pense que ses parents le surveillent énormément de près, s'il a faim il ne mange pas énormément. Pour les besoins psychologiques, notre sujet de recherche dit que ses parents la connaissent beaucoup, elle leur parle beaucoup sur son ressenti, sa famille est beaucoup à ses côtés lorsqu'il a des difficultés, il se sent beaucoup en sécurité quand il est avec sa famille, et il apprécie moyennement les traditions et la culture de sa famille.

A propos de la sous-échelle correspondant au thème contexte, concernant le spirituel, les croyances sont moyennement une force pour lui, elle participe énormément dans des activités à caractère religieux, il est beaucoup important d'être au service de la communauté, pour l'éducation, elle voit que l'éducation est énormément importante pour, elle se sent énormément à sa place à l'école, concernant le culturel, il y a une personne que Farah admire beaucoup, elle est beaucoup fière de son origine, il apprécie beaucoup les

traditions de sa communauté, elle est beaucoup fière d'être une Algérienne, elle est traitée beaucoup bien dans sa communauté.

### **Synthèse de l'échelle de CYRM-28**

Concernant notre deuxième sujet de recherche, elle a obtenu un score de 115, un score qui est extrêmement proche de la moyenne qui est qualifiée selon le manuel du test de Cyrm-28 par 140. On voit bien que cette résilience est exprimée dans des domaines divers allant du thème individuel au thème contexte. On a noté que Farah présente une plus grande résilience en ce qui concerne le thème contexte, par un score de 42 pour une moyenne de 33.36, puis un score moins élevé dans le thème fournisseur de soins, par un score de 30 pour une moyenne de 24.01 et le thème individuel par un score de 43 pour une moyenne de 35.

### **Synthèse du deuxième cas**

La réalisation de notre entretien et de nos deux échelles, un destiné pour mesurer le degré du traumatisme et un autre pour mesurer le degré de la résilience chez l'enfant, nous ont permis de rassembler un ensemble d'informations et de scores qui nous ont aidés à étudier le vécu de Farah.

On voit bien que notre sujet de recherche a exprimé un traumatisme à niveau modéré c'est-à-dire que le décès de sa mère la beaucoup marquée cela est exprimé durant l'entretien par l'ensemble des expressions exprimé puis on a pu concrétiser cela par le billet de notre échelle de CPTS-RI, mais cela n'a pas empêché Farah de rebondir de se reconstruire et de se développer dans divers domaines, cela a été bien exprimé par rapport aux réponses données au moment de la passation de l'échelle de CYRM-28.

En effet on constate que les données recueillies dans l'entretien sont en lien avec les informations récoltées dans les deux échelles.

## **1) Présentation et analyse de l'entretien**

### **Cas N° 03 : Ramy**

Ramy est un enfant âgé de 9 ans, il est un élève en quatrième année (04) primaire, il est le deuxième d'une fratrie de 4 enfants, il a une sœur âgée de 10 ans, une autre 9 ans, et une autre 5ans, son père est âgé de 44 ans, c'est un commerçant, sa mère était une femme

au foyer, morte à l'âge de 37 ans. Ramy est un orphelin il ya 5 ans, son père s'est remarié après deux ans du décès de sa femme, Ramy est d'une situation socio-économique moyenne.

Ramy est un enfant de taille moyenne, c'est un garçon brun avec des cheveux et des yeux noirs. Sa tenue vestimentaire était très propre et bien arrangée. Au cours de notre entretien, Ramy était calme, il présente une certaine énergie positive, il n'a manifesté aucune gêne envers nous au contraire il était très accueillant et communicatif.

## I) Entretien avec l'enfant

### Axe 01) information sur le décès de la mère

Quand on a commencé de poser nos questions à Ramy, il nous a informés qu'il aime beaucoup ses parents, il disait : « *thibbiy mama bezzaf lyas temmut* ». (J'aime ma mère beaucoup malgré qu'elle morte). Il a exprimé une forte nostalgie envers les jours passés avec sa mère avant son décès, pour lui il considéré qu'il a vécu que des bonnes choses avec sa mère, il disait : « *xaqey bezzaf fissan iddeseddiy lwaḥi d mama ituy...ieejbiyi lhal ifyey did-es...tessayiyid ayene byiy* ». (Ça me manque à fond les jours que j'ai passé avec ma mère...ça me plaisait de sortir avec elle...elle m'achète tous se que je veux). En effet la nostalgie est complémentaire de l'angoisse de séparation, la nostalgie désigne le désir douloureux de retrouver les objets primaires de la pulsion. (Le Guen, 2008).

La mère de Ramy n'était pas malade avant de mourir c'était une morte subite et inattendue, elle était morte suite à des complications de son dernier accouchement. En effet la mortalité maternelle est définie, selon la 10eme révision de la Convention Internationale des Maladies (CIM) de l'OMS, comme « *le décès d'une femme survenu au cours de la grossesse ou dans un délai de 42 jours après sa terminaison, qu'elles qu'en soient la durée ou la localisation, pour une cause quelconque déterminée ou aggravée par la grossesse ou les soins qu'elle a motivés, mais ni accidentelle ni fortuite* » (Belghrerras, Benchohra, 2014)

Au jour du décès de la mère de Ramy, il a demandé de la voir mais le imam ne la pas laisser, il disait : « *qarya-s byiy izray mama, gaman...qarnak kcem iwexxam* ». (Je leur disais de le laisser voir ma mère ils ne ont pas accepté...ils m'ont demandé de rentrer à la maison), pour eux c'est infaisable pour un enfant de 3 ans de voir sa mère morte. Ramy



voir son âge il n'a pas compris. Mais Ramy nous révèle qu'il a compris d'après ce qu'il entend à la maison que sa mère ne va plus revenir, il disait : « *eelmey, selley xalti teaqaras : troh tedjayaney* ». (Je savais, j'entendais ma tente dire : elle nous a laissés).

De ce fait, la mort ressort les trois concepts d'irréversibilité ; et d'extinction de la vie sont acquis entre 5 et 7 ans. Bien que l'en puisse penser qu'il existe un lien entre le niveau d'intelligence et la compréhension de la notion de la mort. (Pirlot, Cupa, 2012).

Actuellement il vit avec sa belle mère, dans un environnement familial chaleureux, surtout que son père le soutient, puisqu'il prend soin de lui physiquement et psychiquement, et il est bien entouré. En effet la résilience au niveau individuel ne se développe que dans la relation ou les relations avec l'environnement familial, le proche et le plus lointain. (Delage, 2008)

### **Axe 02) Information sur le vécu psychologique de l'enfant**

La perte de la mère de Ramy était un événement triste pour lui, il n'était pas attendu, mais actuellement il ne se souvient pas de grandes choses sur le moment de son décès mais il est toujours triste de ne pas avoir sa mère avec lui, il disait : « *macqa irohey iwxxam nay naqdim tetruy...tmektiwyed mama, txiqey fell-as...après ittawiyi papa izregh timeqberthis* ». (Quand je vais à notre ancienne maison je pleure...elle me manque...puis mon père me prend voir son cimetière).

En voit bien que le niveau de développement de Ramy au moment de la mort de sa mère ne lui a pas permis de comprendre la réalité de ce qui est vécu, ainsi la mort est pour l'enfant jeune un phénomène passager dont la notion d'irréversibilité et d'universalité ne sont pas souvent acquises. Le recours à l'imaginaire est très présent et les jeunes enfants jouent naturellement avec la mort Le monde psychique de l'enfant très jeune est en pleine évolution et dominés par la toute-puissance de la pensée magique : il se pense seul au monde, responsable de tout ce qui peut arriver autour de lui et croit fermement que ses paroles suffisent à provoquer les événements. Le mode de pensée magique de l'enfant interprétant des bribes de secrets peut le faire imaginer des situations bien pires que la réalité. Il est pour cela préférable de ne pas la cacher et de vérifier ce que l'enfant en a perçu. (Romano, 2007)

Ramy ne souffre d'aucune douleur physique, ni des maux de tête ni des maux du ventre, c'est un enfant qui a une personnalité calme et abordable, il ne s'énerve pas

facilement, il a un caractère agréable, cela l'aide pour être résilient, une grande partie des variables intra-personnelles, rapportées dans les recherches sur la résilience, est, très probablement, liée à la personnalité et aux caractéristiques personnelles. (Hjemdal, Friberg, Stils, 2010)

Quoique que Ramy est bien entouré mais il disait : « *gdey immet même papa* ». (J'ai peur que mon père meure aussi). En effet un enfant qui a vécu la mort d'un être cher a toujours peur de vivre un autre décès. Il est donc rarement tout à fait rassuré. (<https://naitreetgrandir.com/fr/etape/5-8-ans/vie-famille/fiche.aspx?doc=mort-deuil-enfant>)

Notre sujet de recherche aime beaucoup ces études, même ses notes sont biens, il disait : « *thibbiy leejob irohoy iqriy* ». (J'aime beaucoup aller étudier). Donc Ramy parvient à réussir sa scolarité malgré ce qu'il a enduré. Il s'agira pour certains d'investir la scolarité, d'exceller dans les apprentissages et d'accumuler des connaissances académiques, comme on bâtit un rempart face à l'adversité. Ces élèves semblent ainsi se protéger des risques de désorganisation psychique en investissant les apprentissages. En effet le contexte scolaire offre aux enfants blessés une riche palette de ressources défensives et de possibilités de développer des supports protecteurs. Les facteurs de protection peuvent être basés notamment sur les liens amicaux noués avec les pairs, des contacts positifs avec un adulte et la possibilité de réussir et d'être valorisé, que ce soit à travers la réussite scolaire proprement dite, par la participation à des activités ou la construction de liens sociaux. (Anaut, 2006)

Toutefois sa lui arrive de se déconcentrer tous comme les autres enfants mais il est persévéré, il disait : « *tiswiein itroh leeql-iw...tmeyyizey bezzaf* ». (Des fois je me déconcentre...je pense trop). Par rapport au sommeil il est bien organisé il ne souffre pas troubles de sommeil ni de cauchemars, il a un appétit moyen, il a des amis qu'il aime beaucoup. En lui posant la question sur son ressenti en nous parant de cet évènement, il disait : « *ieejbiyi lhal, même g xxam thibiy macqa iddihekuyid papa f mama* ». (Je suis content même à la maison j'aime quand mon père me parle de ma mère). A la fin de notre entretien Ramy nous révèle qu'il veut devenir un architecte.

## II) Entretien avec le parent de l'enfant

### Axe 03) Information sur le parent de l'enfant

La mère de Ramy est morte après son accouchement de son quatrième enfant, son père exprimé sa avec une grande tristesse et des larmes aux yeux, il était très influencé par nos questions, il disait : « *tha mney altoura belli temmut...syamiy iqebley cette réalité* ». (Je ne crois pas jusqu'à présent qu'elle est morte...je n'arrive à accepter cette réalité). On voit bien que le père de Ramy n'accepte pas la réalité de la perte de la mort de sa femme, c'est un sort d'un déni, cela est reconnu en psychologie comme le refus catégorique d'une réalité qui apparaît intolérable, dont l'existence même doit être rejetée. (Le Guen, 2008).

Pour eux c'est le coup inattendu de l'année, ce qui les a vraiment choqué, le père de Ramy n'arrête pas de se culpabiliser, il disait : « *lukan ittuyiyi g xxam ilaq eawenyat* ». (Si j'étais à la maison je l'aurais aidé), le fait qu'il était absent lorsque sa femme est morte il était au Sahara, ainsi l'expression de la culpabilité la plus fréquente est le sentiment de ne pas avoir anticipé les causes de la mort, d'avoir été ainsi négligent et d'avoir commis une faute. (Sauteraud, 2012)

Par rapport à Ramy il n'a pas compris ce qu'il était vécu quoi que son père lui a expliqué et tout dit sur le décès de sa mère malgré il n'a pas compris mais il était attristé par le départ de sa mère. Le père de Ramy s'est remarié après deux ans de cela, il a pu réer un climat chaleureux pour ces enfants. Actuellement quand Ramy parle de sa mère son père lui fait voir ses photos et lui dit que sa mère l'aimait beaucoup et elle veut le voir réussir.

#### **Axe 04) Informations sur l'état de santé de l'enfant**

Par rapport à la grossesse de la mère de Ramy, c'était en général satisfaisante, pas de maladies pas de traitement, le médecin les a rassuré que tout va dans les normes. Même après l'accouchement tous était bien stable, rien n'exigeait une prise en charge spécifique. Dans une période donnée Ramy était diagnostiqué comme un enfant asthmatique, qui veut dire un enfant asthmatique est un enfant chez lequel les rapports intégrateurs entre la fragilité organique et labilité psychique se font douloureusement. C'est un enfant qui va mettre en jeu tout un ensemble de défense pour essayer d'assumer l'angoisse des premiers mois de sa vie. (De Boucaud, 1985), cela a exigé un traitement pour un moment puis ils l'ont rompu.

#### **Axe 05) Information sur le comportement et relation de l'enfant avec autrui**

Ramy selon son père est devenu trop attaché à lui, il est décrit par son père comme un enfant ayant un bon caractère, il est un enfant sociable, la sociabilité dans le sens d'une adaptation d'une personne à un groupe, intégration par l'enfant et par l'adolescent des conduites sociales. (Le Guen, 2008), il est aussi un enfant qui aime rire qui a un sens de l'humour, cela est considéré dans un processus de défense qui trouve moyen de soustraire au déplaisir son énergie déjà prête à se décharger et de transformer cette énergie en plaisir par la voie de décharge. (Cyrulnik, Pourtois, 2007).

Ramy est enfant qui aime beaucoup faire du dessin il s'exprime a travers. C'est une forme d'une sublimation qui est considéré comme le mécanisme de défense le moins couteux psychologiquement et le plus accepté socialement. Il s'agit de déplacer l'énergie sexuelle et agressive vers des objets socialement valorisés. (Mareau, Dreyfus, 2004)

### **III) Entretien avec l'instituteur**

#### **Axe 06) : Information sur les attitudes de l'enfant en classe**

En s'adressant à l'instituteur de Ramy, il s'est montré très content de lui, il nous affirme qu'il est un élève très sérieux et persévère, il aime bien ses études. Par rapport à son comportement, il est un enfant stable, calme qui aime être avec ses amis, en classe il participe comme les autres mais il est très calme, ça lui arrive de se déconcentrer ce qui exige un suivi particulier des fois par l'instituteur en classe, mais il fait tous ses exercices, il participe aux activités scolaires, ses résultats sont bien. En classe il demande de l'aide partage ces idées mais sans autant être un enfant qui fait du bruit ou attire des ennuis. Il dit qu'en général il n'y a aucun signe qui indique la présence d'un trouble particulier.

#### **Axe 07) Informations sur les intégrations de l'enfant avec ces pairs**

Par rapport aux conduites de l'enfant avec ses camarades il est un enfant abordable, il ne fait pas de problèmes avec ses camarades, il n'attire pas les ennuis, par rapport à ces pairs, son institutrice nous indique qu'il est un enfant plus calme, elle nous rajoute qu'elle pense que Ramy est mal suivi à la maison, mais c'est un élève très sérieux.

## Synthèse sur l'entretien

En effet selon l'entretien mené avec notre sujet de recherche, avec son père ainsi qu'avec son instituteur on a pu détecter des éléments positifs dans le cas de Ramy, on remarque bien des signes de résilience et d'évolution malgré la perte de sa mère. En effet ses aptitudes personnelles ainsi que le soutien de son père lui ont apporté un soutien pour se stabiliser.

## 2) Présentation et analyse des résultats de l'échelle de CPTS-RI

### Cas N° 03 Ramy

Les résultats obtenus par notre troisième cas dans l'échelle de CPTS-RI seront présentés dans le tableau suivant :

**Tableau N° 11: Résultats de Ramy obtenus dans l'échelle de CPTS-RI**

Jamais	Presque jamais	Parfois	Souvent	Presque tous les jours	Le degré
0	4	6	9	4	23

D'après les résultats obtenus, on constate que notre sujet a obtenu un score qui se situe entre 24 et 39 plus exactement de 23, ce qui est qualifié selon le manuel de CPTS-RI de PTSD au niveau faible.

On a obtenu des résultats qui varient entre « *jamais* », et « *presque jamais* », on a obtenu 1 pour « *jamais* » 0, pour « *presque jamais* » on a obtenu un score de 4, pour « *parfois* » on a obtenu un score de 6, pour « *souvent* » on a obtenu le score de 9 pour « *presque tous les jours* » on a obtenu le score de 4.

**Tableau N° 12 : Résultats de Ramy obtenus dans la sous-échelle de CPTS-RI**

Les sous-échelles	La reviviscence de l'évènement, l'émoussement de capacités de réaction, le désintérêt pour le monde extérieur ainsi que l'évitement	Les symptômes de peurs et d'anxiété secondaire à l'évènement.	Relatifs aux difficultés de concentrations, à l'école et du sommeil.
Items	1, 2, 3, 4,8, 9, 16, 17	6, 11, 13, 14, 19, 20	5, 7, 10, 12, 15, 18
Résultats	7.84 %	1.68%	3.63%

Les résultats obtenus dans cette sous-échelle sont entre 7.84% et 1.68%. D'abord on a obtenu un score de 6,16 % dans les facteurs correspondant aux items explorant la reviviscence de l'évènement, l'émoussement de capacités de réaction, le désintérêt pour le monde extérieur ainsi que l'évitement, pour une moyenne de 31.2%. Ensuite on a eu un score de 1.68% pour les items explorant les symptômes de peur d'anxiété secondaire à l'évènement, pour une moyenne de 1.68%. Puis on a obtenu un score de 3.63% pour les items Relatifs aux difficultés de concentration, à l'école et du sommeil, pour une moyenne de 5,92%.

Dans la sous-échelle qui correspond aux facteurs de reviviscence de l'évènement, l'émoussement des capacités de réaction, le désintérêt pour le monde extérieur ainsi que l'évitement, notre sujet obtient le score de 7.84% pour la moyenne de 31.6% ce qui signifie qu'il est loin de la moyenne, mais il exprime encor quelques symptômes traumatiques mais qui semblent être faible.

Dans la sous-échelle qui correspond aux symptômes de peur et d'anxiété secondaire à l'évènement notre sujet a obtenu un score de 1.68% pour la moyenne de 7.3%, un résultat qui est loin de la moyenne, en général notre sujet essaye de surpasser son traumatisme.

Dans la sous-échelle relative aux difficultés de concentration, à l'école et au sommeil, notre sujet de recherche a obtenu un score de 3.63% pour une moyenne de 5.92%, donc notre sujet de recherche exprime un score proche de la moyenne, ce qui signifie que son traumatisme influence sa concentration et sa scolarité.

Dans la sous-échelle qui correspond aux facteurs de reviviscence de l'événement, l'émoussement des capacités de réaction, le désintérêt pour le monde extérieur ainsi que l'évitement, notre sujet obtient le score de 7.84% sur la moyenne de 31.6% un score qui est parfaitement en dessous de la moyenne, ce qui signifie que notre sujet arrive à dépasser son traumatisme. D'abord Ramy dit que ce qui lui est arrivé, inquiète souvent la plupart des enfants de son âge, habituellement c'est un enfant qui a parfois peur, qui est en mauvaise humeur et qui revoit souvent des images traumatiques dans sa tête, il y pense souvent, il ne se sent jamais seul, parce qu'il est entouré. Il n'a jamais eu peur de parler de ces sentiments, il a envi parfois de s'éloigner des choses qui lui rappellent ce qui lui est arrivé, et il ne devient presque jamais nerveux et inquiet quand elle pense à l'évènement vécu.

Dans la sous-échelle qui correspond aux symptômes de peur et d'anxiété secondaire à l'évènement notre sujet a obtenu un score de 1.68% pour la moyenne de 6.72%, un résultat qui est totalement en dessous de la moyenne, ce qui signifie que Ramy exprime encore des signes traumatiques en ce qui concerne l'anxiété secondaire à l'évènement traumatique. En effet notre sujet de recherche pense parfois que ce qui lui est arrivé peut se reproduire, il ne se sent jamais agité, plus nerveux qu'avant l'évènement, il ne se culpabilise jamais de faire ou de ne pas faire certaines choses, il n'a presque jamais des difficultés à se rappeler des choses qu'il a apprises à l'école où à la maison parce qu'il pense à l'évènement, il n'a jamais eu du mal au ventre, il ne trouve jamais des difficultés de se retenir des choses qu'il n'a pas faite avant l'évènement.

Dans la sous-échelle relative aux difficultés de concentration, à l'école et au sommeil, notre sujet de recherche a obtenu un score de 3.63% pour une moyenne de 5.92%, un score qui est en dessous de la moyenne, de ce fait Ramy exprime des difficultés de sommeil en effet il ne fait jamais des cauchemars, il n'a presque jamais de plaisir à faire les choses qu'il aimait faire avant l'évènement, il n'a jamais si peur, inquiet et triste qu'il ne peut même pas parler ou pleurer, il dore bien presque tous les jours, il n'est presque jamais aussi attentif qu'avant l'évènement, il ne refait jamais des choses qu'il avait arrêtée de faire avant l'évènement.

### **Synthèse de l'échelle de CPTS-RI du cas de Ramy**

Ramy, a obtenu un score de 23 ce qui le qualifie d'un traumatisme faible, ce qui signifie qu'il n'a pas encor définitivement dépassé son traumatisme mais il arrive à dépasser sa peine. On voit que notre sujet de recherche a une symptomatologie traumatique

plus accentuée dans la variante qui regroupe les items de relatifs aux difficultés de concentration, à l'école et au sommeil par un score de 7.84% pour une moyenne de 5,92%, puis elle a obtenu un score de 1.68% pour une moyenne de 7,3%, ensuite ça vient les items explorant la reviviscence de l'évènement, l'émoussement de capacités de réaction, le désintérêt pour le monde extérieur ainsi que l'évitement par un score de 3.36% pour une moyenne de 31,6%.

### 3) Présentation et analyse des résultats de l'échelle de CYRM-28 du cas de Ramy

Les résultats obtenus par notre troisième cas dans l'échelle de CYRM-28, seront présentés dans le tableau suivant :

**Tableau N° 13: Résultats de Ramy obtenus dans l'échelle de CYRM-28**

Pas du tout	Un peu	Moyennement	Beaucoup	Enormément
1	4	21	44	35

Selon les réponses données on a obtenu un score de 105 pour une norme entre 28 et 140, se score montre bien que notre sujet de recherche est résilient, cela est exprimé dans ces réponses.

On a obtenu des réponses qui varient entre pas du tout et énormément. Pour « *pas du tout* » on a obtenu un score de 1 pour « *un peu* » on a un score de 4, pour « *moyennement* » on a un score de 21 pour « *beaucoup* » on a obtenu un score de 44, pour « *énormément* » on a un score de 35.

Selon les réponses données on a obtenu un score de 105 pour une norme entre 28 et 140, se score montre bien que notre sujet de recherche est résilient, cela est exprimé dans ces divers réponses.

Les résultats obtenus dans la sous-échelle sont de 39 dans les items explorant le thème individuel. Pour les items explorant les fournisseurs de soins, on a obtenu un score de 25, pour les items explorant le thème contextuel on a obtenu un score de 41.



**Tableau N° 14 : Résultats de Ramy obtenus dans la sous-échelle de CYRM-28**

	Sous échelle	Items	Score	Score général
Thème individuel	Aptitudes personnelles	2, 8, 11, 13, 21	20	39
	Soutiens des pairs	14, 18	6	
	Aptitudes sociales	4, 20, 15, 25	13	
Thème fournisseurs de soin	Besoins physiologique	5, 7	9	25
	Besoin psychologique	6, 12, 17, 24, 26	16	
Thème contexte	Spirituel	9, 22, 23	13	41
	Education	3, 16	9	
	Culturel	1, 10, 27, 28, 19	19	

Dans la sous-échelle qui correspond au thème individuel on a obtenu un score de 39 pour une moyenne de 35, ce qui signifie que notre sujet est parfaitement résilient. Ainsi on a obtenu un score de 20 pour les aptitudes personnelles, pour une moyenne de 25, ensuite on a obtenu un score de 6 pour le soutien des pairs, pour une moyenne de 10, et un score de 13 pour les aptitudes sociales, pour une moyenne de 20. On voit bien que notre sujet de recherche a obtenu un score plus élevé en ce qui concerne les aptitudes personnelles, puis un score moins élevé en ce qui concerne les aptitudes sociales, et dernier score pour le soutien des pairs.

Pour la sous-échelle qui correspond au thème fournisseur de soins on a obtenu un score de 25 pour une moyenne de 24,01, un score qui est en dessus de la moyenne, ce qui signifie que Ramy exprime une résilience, de ce fait pour les besoins physiologiques on a obtenu un score de 9 pour une moyenne de 10, et pour les besoins psychologiques on a obtenu un score de 16 pour une moyenne de 25. On constate que notre sujet obtient un

score plus élevé dans les besoins psychologiques puis un score moins élevé dans les besoins physiologiques.

Dans la sous-échelle qui correspond au thème contextuel on a obtenu un score de 41 pour une moyenne de 30.36, un score qui est en dessus de la moyenne. Ainsi pour le spirituel on a obtenu un score de 13, pour une moyenne de 15, pour l'éducation on a obtenu un score de 9 pour une moyenne de 10, pour le culturel on a obtenu un score de 19 pour une moyenne de 25. Donc on voit que notre sujet de recherche obtient un score plus élevé dans l'éducation, puis un score moins fort dans le spirituel puis un score plus faible dans le culturel.

D'après la sous-échelle qui correspond au thème individuel, dans les aptitudes personnelles on remarque que notre sujet de recherche collabore énormément avec les autres, il essaye beaucoup de terminer ce qu'il a commencé, les gens aiment beaucoup être à sa compagnie, il peut beaucoup régler ces problèmes sans se faire du mal, il est moyennement conscient de ses forces. Dans le soutien des pairs, notre sujet de recherche se sent moyennement soutenu par ses amis, ses amis sont moyennement à ses côtés. Dans les aptitudes sociales, il sait beaucoup se comporter dans différentes situations sociales, il a moyennement la chance de montrer aux autres qu'il est maintenant adulte et qu'il peut agir de manière responsable, il sait un peu vers qui s'adresser dans sa communauté pour obtenir de l'aide, il a beaucoup de chance de développer des compétences qui lui seront utiles plus tard.

Concernant la sous-échelle qui correspond au thème fournisseurs soins, dans les besoins physiologiques, ses parents le surveillent énormément de près, s'il a faim il mangera beaucoup, dans les besoins psychologiques, Ramy dit que ses parents le connaissent moyennement, il ne parle pas du tout à sa famille de ce qu'il ressent, sa famille est moyennement à ses côtés lorsqu'il a des difficultés, il se sent énormément en sécurité lorsqu'il est en compagnie de sa famille, il apprécie beaucoup les traditions et la culture de sa famille.

A propos de la sous-échelle correspondant au thème contexte, dans le spirituel, les croyances sont moyennement une force pour lui, il participe énormément à des activités à caractère religieux, il croit qu'il est énormément important d'être au service de sa communauté, dans l'éducation, il croit que l'éducation est énormément une chose importante pour lui, il se sent beaucoup à sa place à l'école, dans le culturel, il a dit qu'il ya

des personnes qu'il admire énormément, il est beaucoup fier de son origine, il apprécie beaucoup les traditions de sa communauté, il est beaucoup fier d'être un Algérien, il est bien traité un peu dans sa communauté.

### **Synthèse de l'échelle de CYRM-28**

Dans notre troisième cas, on a eu un score de 105, un score qui est proche de la moyenne qui est qualifié selon le manuel de cyrm de 140. On constate que notre sujet est résilient cela est renforcé par divers thèmes. D'abord on a pu noter une plus grande résilience dans le thème individuel par un score de 39, pour une moyenne de 35, et un score de 41 pour le thème contexte pour une moyenne de 33.36, enfin un score de 25 pour le thème fournisseurs de soins, pour une moyenne de 24.01.

### **Synthèse du troisième cas**

Selon notre entretien de recherche semi-directif ainsi que les deux échelles destinés à mesurer le traumatisme et la résilience, nous avons rassemblé des informations sur le vécu de l'enfant face à la perte, en nous avons eu des scores bien précis.

En effet notre sujet de recherche à un traumatisme qualifié selon le manuel de traumatisme faible, cela montre bien que Ramy arrive à faire son deuil et de se détacher du défunt. Ainsi Ramy est un enfant qui se développe normalement, il interagit avec son environnement malgré les difficultés.

Les données recueillies dans l'entretien sont en concordance avec les informations récoltées dans les deux échelles, de traumatisme et de la résilience.

## **Présentation et analyse de l'entretien**

### **Cas N° 04 : Salim**

Salim est un jeune garçon âgé de 9 ans, scolarisée en troisième année (03) primaire, il est le troisième de sa fratrie qui est composée de 3 garçons, son père est un ouvrier dans un chantier, sa mère était femme au foyer, ils sont d'une famille socioéconomique moyenne.

Il est un enfant brun ; de taille moyenne ; plutôt mince avec des yeux et des cheveux marron, il est propre d'apparence et bien habillé.

Au moment de l'entretien Salim se présente avec une forte énergie, dynamique et très Sympathique. Le contacte était possible mais nous avons de le renforcer afin d'atteindre notre objectif. On a remarqué chez lui une inhibition dans son discours en particulier ce qui concerne la mort de sa mère, il rentre dans des détails inutiles pour éviter de parler sur sa mère.

## I) Entretien avec l'enfant

### Axe 01) information sur le décès de la mère

On lui a demandé de nous parler des personnes qu'il estime le plus, il a répondu. « *Thibbigh mlih papa, netta id-koulléch ghorì, netta iyikhedmene danezyoum itlethayi...segmi temmouth imma, ikhedmiyi lmkala, it3awaniyi mlih, shoussegh ithibbiyi netta daghi* ». ( J'aime beaucoup mon père, il est tout pour moi, c'est lui qui s'est donné de la peine pour s'occuper de moi...dès la mort de ma mère, de mes repas, elle m'aide beaucoup et je sens qu'il m'aime aussi), en effet Salim à toujours gardé de très bonnes relations avec son père et ses frères ainsi avec son entourage : « *nekk wahi papa bien tehibghat mlih, itlathayi, ayen hwajegh ikhadmiyit* ». (Moi en mon père bien, l'aime beaucoup, il fait attention à moi et tout ce que je lui demande elle ne me le refuse pas).

D'un point de vue psychodynamique, de Tychev et Lighezzolo, cité par Theis (2006), pense que les tuteurs de résilience jouent un rôle dans la reconstruction du surmoi et de l'idéal-moi touchés lors d'un évènement traumatique : « *le sujet qui a subi le traumatisme peut structurer de nouvelles identifications avec de nouvelles cibles identificatoires dont il va incorporer par ce processus, un certain nombre (Theis, 2006) de valeurs ou de manières d'être, qui sont actées dans leur vie de tous les jours, par ces nouvelles cibles identificatoires* ». (Theis, 2006)

On lui demandant la cause de la mort il dit : « *imma itoughat tehlek, tekchem sbitar, tedjayi mis3ine 5ans, nek lwahi sine wayethma, d khali idinaniyid belli temmouth mama* ». (Ma mère était très malade, elle était hospitalisée, elle ma laissé quand j'avais 5 ans avec mes deux frères, c'est ma tante qui m'a annoncé la nouvelle). Notre sujet de recherche était dans un stade de développement qui lui offre une compréhension minime de la signification de la mort, d'ailleurs il nous disait : « *fechleg, kra oulefhilegh, qarhassene*

*dejmiyi irohegh...izregh mama gamane merra* ». (J'étais faible, je n'ai rien compris, je leur demandais de me laisser voir ma mère ils n'ont pas accepté).

Comme on l'a expliqué précédemment avant 6 ans l'enfant a une vision assez rudimentaire de la mort ; il la perçoit comme un événement imposé de l'extérieur, la décrit comme un « *long sommeil* », un « *long voyage* », une « *autre façon de vivre* ». La mort est pour l'enfant jeune un phénomène passager dont la notion d'irréversibilité et d'universalité n'est souvent pas acquise. (Romano, 2007). Ramy nous rajoute : « *feq3egh, à fond* », (J'étais très en colère). La colère est considérée comme une réaction possible face à la perte d'un être cher, ainsi elle peut être due à la déception ou au ressentiment : l'enfant qui s'est vu écarté des funérailles peut en garder le goût amer. A d'autres moments, c'est parce que l'enfant craint de perdre le parent qui lui reste qu'il ne tolère plus la moindre séparation et manifeste son désarroi en malmenant son entourage. La colère et l'anxiété de l'enfant ne disparaissent pas pour autant. Elles ont même plutôt tendance à augmenter dans la mesure où le sentiment d'abandon de l'enfant gagne en intensité. Ces réactions en chaîne finissent par verrouiller le cycle anxiété, colère et comme la colère explosive éloigne des autres, l'enfant se retrouve isolé au moment même où il a le plus besoin d'être entouré et soutenu. (Jacquet-Smailovic, 2011)

Actuellement notre sujet de recherche vis avec ses frères et son père, ce dernier essaye de s'occuper d'eux au maximum.

## **Axe 02) Information sur le vécu psychologique de l'enfant**

Pendant cet événement dramatique, notre sujet a vécu un état de choc qu'il exprime « *şuşsey tfuk ddunit, ʔa ʔelmey acu dixemmey* ». (C'était la fin du monde pour moi, je ne savais pas quoi faire). Par conséquent, face à l'état d'une séparation, le sujet traumatisé n'a pas pu anticiper la violence de l'événement, c'est une forme d'un défaut d'anxiété signalée, ce qui laisse sidérer sur le plan physique. (Chahraoui, 2014). Cela est dû à l'origine de la violence, l'effet de surprise, de l'événement vécu. Pendant cette période notre sujet de recherche a vécu un état d'isolement, il ne parlait à personne il était triste, il disait : « *tymiy uʔdi....şuşsey ilyiba-as parce que ʔwajyat* ». (Je restais tout seul... je sentis son absence car j'avais besoin d'elle ». l'isolement social est considéré parmi les signes de TSPT. (Schulz, Sartorius, 2016).

Présentement, il se souvient exactement de se qui la du enduré dans cette période, il disait : « *cfiy mlih ffayene n3ac did mama, ittuyuat tsoufri, lxene temmout mi syamiy idemmektiy udem-is mlih lxen feq3ey* ». (Je me souviens bien de se qu'on a vécu avec ma mère, elle souffrait, après elle était morte, mais je n'arrive pas à me souviens bien de son visage, après je m'énerve). La perte de sa mère est apparemment très difficile, on a pu également ressentir une certaine souffrance en rapport avec sa séparation d'avec sa mère, et la culpabilité qu'elle a d'avoir oublié son visage. Selon Furman le sentiment de culpabilité elle est répandue et a émis l'hypothèse qu'assumer la responsabilité de la mort pourrait servir de fonction défensive contre l'incapacité de contrôler les événements de la vie. (Lieberman, 2009)

Salim éprouve des douleurs au niveau de son ventre, il disait : « *llan wussan tqeliqer mlih, almi iyyit3etteb u3abboṭiw...qarxa-s tiswiḥin ula d papa diroḥ iyyiḡ* ». (Il ya des jours où je m'énerve trop, ce qui me cause des douleurs au niveau de mon ventre...je me dis des fois même mon père va me laisser). Effectivement L'enfant se plaint de maux divers (douleurs abdominales, céphalées...), sans qu'aucune cause organique ne soit découverte. Dans certains cas, le corps reste la seule trace d'inscription possible d'une souffrance dépressive qui ne parvient pas à s'exprimer autrement. Les somatisations apparaissent également dans un contexte d'expiation douloureuse. Elles sont alors à interpréter comme le prix de fautes à payer. Consciemment ou inconsciemment, l'enfant, extrêmement culpabilisé, pense avoir provoqué la mort de l'être cher. Les symptômes corporels permettent aussi au jeune endeuillé d'atteindre, sans qu'il en ait véritablement conscience, l'objectif suivant : rester auprès de ceux qui le protègent et le rassurent. (Jacquet-Smailovic, 2011)

Par rapport à l'école sa lui arrive de ne pas vouloir aller à l'école, pour lui se n'est pas vraiment important il disait : « *truḥer tiswi3in senniy wul dayen, umma tuqḗḗayi* ». (Je vais des fois sans volonté, à part ça je m'en fous). Il nous informe aussi qu'il éprouve de vrais problèmes de concentration, mais aussi des difficultés de sommeil, puisqu'il rêve souvent de sa mère, il disait qu'il faisait des cauchemars répétitifs du décès de sa mère, il disait : « *Tburuyex mama, teqqaled ixuri kullas, teqqarak xaqer fell-ak* ». (Je rêve chaque jour de ma mère, elle revient toujours me voir, elle me dit que je lui manque). On voit bien que le traumatisme de Salim est exprimé sous diverses formes, qu'elle soit somatique,

problèmes de concentration, difficultés de sommeil, cela montre bien la souffrance vécue après notre sujet de recherche face à la perte de sa mère.

A propos de son appétit, Salim montre bien qu'il ne mange pas trop : « *th̄a th̄ibbir itceɣ, tiswiɛin teɛdazeɣ iruheɣ même ila cantine, th̄a b̄rix bezzaf nelḥess, même g xam cuyya* ». (Je n'aime pas vraiment trop manger, des fois je n'ai même pas envi d'aller en cantine, je n'aime pas le bruit, et même à la maison je ne mange pas vraiment).

En réalité les troubles de conduites alimentaires, tout comme les conduites antisociales et addictives, masquent une dépression profonde, ces sujets établissent des liens d'amour fusionnel, donc de grande dépendance. (Giromini, Albaret, Scialom, 2015)

Par rapport à ses amis le soutiens assez bien, il se sent très en sécurité avec eux : « *th̄ibbir ilix didssen, sefraḥniyi, statsayniyi* ». (J'aime être avec eux, ils me rendent heureux, ils me font rire). On lui posant la question sur sa ressentie en parlant, il nous disait : « *tesmektimtiyid mama, iɛni jaḥi sehhourat, ḥezzeɣ macqa iddemmetix belli temmout* ». (Vous m'avez fait penser à ma mère, la vérité je ne l'oublie jamais, je deviens triste quand je me souviens qu'elle est morte).

Nous lui avons demandé de nous parler de ses espérances dans le futur et de ses projets d'avenir, Salim prévoit une bonne vision de son avenir, il s'est exprimé avec optimisme en disant : « *tmenix iddeqler detbib bac iɛawneɣ lɣachi nihalken* ». (Mon rêve est de devenir un médecin pour aider les gens qui sont malades).

Cette caractéristique correspond chez un sujet, à la croyance et à la confiance dans sa capacité à faire la différence entre une action réussie et les étapes nécessaires pour y parvenir. (Anaut, 2003)

## **II) Entretien avec le parent de l'enfant**

### **Axe 03) Information sur le parent de l'enfant**

Le père de Salim est âgé de 46 ans, il nous a informé que sa femme est décédée depuis cinq ans à l'âge de 35 ans suite à un cancer de peau, le père de Salim a accepté normalement le décès de sa femme en disant : « *delmektub, kra unnezmir inaxdem* ». (C'est le destin, on ne peut rien faire). En effet on voit que le père de Salim utilise la stratégie de coping. Lazarus et Folkman (1984) définissent le coping comme « l'ensemble

des efforts cognitifs et comportementaux destinés à maîtriser, réduire ou tolérer les exigences internes ou externes qui menacent ou dépassent les ressources d'un individu ». (Mariage, 2001). Bien évidemment le père de Salim s'est remarié après 18 mois du décès de sa femme. Actuellement Salim ne pose pas vraiment de questions sur sa mère, même si sa famille veut lui parler il n'acceptait pas il s'enfuit, c'est un évitement de ce qui lui fait mal.

#### **Axe 04) Informations sur l'état de santé de l'enfant**

D'après son père, concernant la grossesse de Salim était désirée, elle était passée sans aucun antécédent remarqué, même son accouchement était sans difficultés, Il a eu un développement normal il se porte en bonne santé.

#### **Axe 05) Information sur le comportement et relation de l'enfant avec autrui**

Selon les dires de son père les comportements de Salim au moment de l'événement étaient perturbés, triste elle avait des troubles de sommeil, perte d'appétit mais son comportement s'est progressivement amélioré au fil des jours. « *Qelqer fellas mliḥ yelweqt mi temut imm-as parce que iḥzen mliḥ....même naddam-is iw3er, Imakla lazem at furṣix mi tura ça va* » (j'étais très inquiet sur lui car il ne dort pas bien même il a perdu l'appétit mais maintenant ça va).

Actuellement Salim va de mieux en mieux, mais il est un peu distant par rapport à ce qu'il était avant la mort de sa mère, quand il rencontre des problèmes il réagit comme tout autre enfant, il sera perturbé et essaye de les résoudre le plus normalement possible. Le père de Salim nous révèle que son enfant aime beaucoup collaborer avec les autres, il est une personne plutôt autonome. Il n'est pas vraiment une personne qui aime créer ou faire du sport, il préfère passer son temps avec sa famille, puisqu'il est très attaché à eux. Salim souffre des terreurs nocturnes exprimés par des cris des larmes, son père nous disait : « *ittekkared le3ca itetou, iddirrar, iqarak gder* ». (Il se lève le soir en pleurant, il nous appelle, en nous disant qu'il a peur).

En effet les cauchemars à répétitions sont des signes d'un traumatisme psychique. Effectivement le sommeil de déprimé est en général perturbé par des réveils nocturnes,



avec des difficultés d'endormissement et par une insomnie de fin de nuit avec réveil précoce. (Besançon, 2016)

### **III) Entretien avec l'instituteur**

#### **Axe 06) : information sur les attitudes de l'enfant en classe**

Salim est décrit par son instituteur comme suit «*c'est un bon élève qui a des capacités, il est bien présent en classe, est appliqué, manifeste de l'intérêt pour les études, il sait écouter, il est persévérant et performant, il fait ses devoirs, il participe en classe, il ne manifeste pas de signes d'impatience ou d'ennui, il est un peu timide, cependant ça lui arrive d'être nerveux, désintéressé et donne l'air d'être déconcentré* ». En effet notre sujet de recherche malgré sa souffrance il a de bons résultats scolaires, il demande de l'aide quand il a besoin de quelque chose, pour elle, elle n'a remarqué aucun comportement chez lui indique la présence d'un trouble particulier.

#### **Axe 07) : les informations sur interactions de l'enfant avec ses pairs**

D'après l'éducatrice, Salim établi de bonnes relations avec ses pairs, et s'adapte rapidement à des nouvelles situations comme il assure une bonne intégration de sa part, elle a dit: «*il a une très bonne relation avec tous le monde* », pour son éducatrice Salim manifeste un comportement comme tout autre enfant à son âge qui s'énerve ; se bagarre ; rit des fois.

### **Synthèse sur l'entretien**

D'après les données recueillies à travers cet entretien, Salim souffre d'un traumatisme qui exprimé par des cauchemars à répétitions, de la culpabilité mais il arrive à évoluer positivement. Parmi les ressources internes, on peut noter son optimisme, et sa façon positive de voir les choses, comme il éprouve un sentiment d'autonomie, grâce à l'étayage positif sur son père et sa famille, cette dernière peut être considérée comme des tuteurs de résilience.

## 2) Présentation et analyse des résultats de l'échelle de CPTS-RI

### Cas N° 04 : Salim

Les résultats obtenus par notre quatrième cas dans l'échelle de CPTS-RI seront présentés dans le tableau suivant :

**Tableau N° 15 : Résultats de Salim obtenus dans la l'échelle de CPTS-RI**

Jamais	Presque jamais	Parfois	Souvent	Presque tous les jours	Le degré
0	4	12	9	16	Sévère

D'après les résultats obtenus, on constate que notre sujet a obtenu un score qui se situe entre 40 et 59, plus précisément de 41 ce qui est qualifié selon le manuel de CPTS-RI de PTSD au niveau sévère.

On a obtenu des résultats qui varient entre « *jamais* », et « *presque jamais* », on a obtenu un score de 0 pour « *jamais* », pour « *presque jamais* » on a obtenu 4, pour « *parfois* » on a obtenu un score de 12, pour « *souvent* » on a obtenu le score de 9 pour « *presque tous les jours* » on a obtenu le score de 16.

**Tableau N° 16 : Résultats de Salim obtenus dans la sous-échelle de CPTS-RI**

Les sous-échelles	La reviviscence de l'évènement, l'émoussement de capacités de réaction, le désintérêt pour le monde extérieur ainsi que l'évitement	Les symptômes de peurs et d'anxiété secondaire à l'évènement.	Relatifs aux difficultés de concentrations, à l'école et du sommeil.
Items	1, 2, 3, 4, 8, 9, 16, 17	6, 11, 13, 14, 19, 20	5, 7, 10, 12, 15, 18
Résultats	10.08%	5.04%	7.84%

Les résultats obtenus dans cette sous-échelle sont entre 10.08% et 5.04%. D'abord on a obtenu un score de 10.08% dans les facteurs correspondants aux items explorant la reviviscence de l'évènement, l'émoussement de capacités de réaction, le désintérêt pour le

monde extérieur ainsi que l'évitement, pour une moyenne de 31.6%. Ensuite on a eu un score de 5.04% pour les items explorant les symptômes de peur d'anxiété secondaire à l'évènement, pour une moyenne de 7.3%. Puis on a obtenu un score de 7.84% pour les items Relatifs aux difficultés de concentration, à l'école et du sommeil, pour une moyenne de 5.92%.

Dans la sous-échelle qui correspond aux facteurs de reviviscence de l'évènement, l'émoussement des capacités de réaction, le désintérêt pour le monde extérieur ainsi que l'évitement, notre sujet obtient le score de 10.08% pour la moyenne de 31.6%, un score qui est assurément en dessous de la moyenne, ce qui signifie qu'il revit et évite moyennement le traumatisme face à la perte de sa mère.

Dans la sous-échelle qui correspond aux symptômes de peur et d'anxiété secondaire à l'évènement notre sujet a obtenu un score de 5.04% pour la moyenne de 7.3%, un résultat qui est un peu loin de la moyenne, ce qui signifie que notre sujet de recherche est encore anxieux.

Dans la sous-échelle relative aux difficultés de concentration, à l'école et au sommeil, notre sujet de recherche a obtenu un score de 7.84%, pour une moyenne de 5.92%, donc il est en dessus de la moyenne, ce qui signifie qu'il éprouve encor des difficultés de concentration, à l'école ainsi que le sommeil.

Dans la sous-échelle qui correspond aux facteurs de reviviscence de l'évènement, l'émoussement des capacités de réaction, le désintérêt pour le monde extérieur ainsi que l'évitement, notre sujet obtient le score de 10.08% sur la moyenne de 31.6% un score qui est en dessus de la moyenne, ce qui signifie que notre sujet n'a pas encore dépassé son traumatisme. D'abord Salim dit que ce qui lui est arrivé n'aurait jamais inquiété la plupart des enfants de son âge, habituellement c'est un enfant qui a parfois peur, qui est en mauvaise humeur et qui revoit parfois des images traumatiques dans sa tête, il y pense presque tous les jours, il se sent presque tous les jours seul, parce qu'il a l'impression que personne ne comprend ce qui est lui arrivé. Il n'a presque jamais eu peur de parler de ces sentiments, il a souvent envi de s'éloigner des choses qui lui rappellent ce qui lui est arrivé, et parfois il devient nerveux et inquiet quand elle pense à l'évènement vécu.

Dans la sous-échelle qui correspond aux symptômes de peur et d'anxiété secondaire à l'évènement notre sujet a obtenu un score de 5.04% pour la moyenne de 6.72%, un

résultat qui est légèrement en dessus de la moyenne, ce qui signifie que Salim exprime encore des signes traumatiques en ce qui concerne l'anxiété secondaire à l'événement traumatique. En effet notre sujet de recherche pense parfois que ce qui lui est arrivé peut se reproduire, souvent il se sent agité, plus nerveux qu'avant l'évènement, il ne se culpabilise jamais de faire ou de ne pas faire certaines choses, il a parfois des difficultés à se rappeler des choses qu'il a apprises à l'école ou à la maison parce qu'il pense à l'évènement, il n'a jamais eu mal au ventre, elle trouve parfois des difficultés se retenir des choses qu'elle n'a pas faite avant l'évènement.

Dans la sous-échelle relative aux difficultés de concentration, à l'école et au sommeil, notre sujet de recherche a obtenu un score de 7.84% pour une moyenne de 5.92%, un score qui est en dessus de la moyenne, de ce fait Salim exprime des difficultés de sommeil en effet il fait presque tous les jours des cauchemars, il n'a presque jamais de plaisir à faire les choses qu'il aimait faire avant l'évènement, il n'a si peur, inquiet et triste presque jamais qu'il ne peut même pas parler ou pleurer, il dore bien presque tous les jours, il est souvent aussi attentif qu'avant l'évènement, il ne refait presque jamais des choses qu'il avait arrêté de faire avant l'évènement.

### **Synthèse de l'échelle de CPTS-RI du cas de Salim**

Ramy, a obtenu un score de ce qui le qualifie d'un traumatisme élevé, ce qui signifie qu'il n'a pas encor dépassé son traumatisme. On voit que notre sujet de recherche exprime un ensemble de symptômes qui indique qu'il présente un traumatisme. Cela est manifesté beaucoup sur La reviviscence de l'évènement, l'émoussement de capacités de réaction, le désintérêt pour le monde extérieur ainsi que l'évitement par un score de 10.08% pour une moyenne de 31.6%, puis pour les items relatifs aux difficultés de concentration, à l'école et du sommeil par un score de 7.84%, pour une moyenne de 7.3%, ainsi qu'aux symptômes de peurs et d'anxiété secondaire à l'évènement par un score de 5.04%, pour une moyenne de 5.92%.

### **3) Présentation et analyse des résultats de l'échelle de CYRM-28**

#### **Cas N° 04 : Salim**

Les résultats obtenus par notre deuxième cas dans l'échelle de CYRM-28, seront présentés dans le tableau suivant :

**Tableau N°17 : Résultats de Salim obtenus dans l'échelle de CYRM-28**

Pas du tout	Un peu	Moyennement	Beaucoup	Enormément
4	28	15	20	0

Selon les réponses données on a obtenu un score de 67 pour une norme entre 28 et 140, un résultat qui indique que Ramy exprime une certaine résilience, se qui signifie que notre sujet de recherche essaye de dépasser son traumatisme et qu'il est soutenu dans des domaines que d'autres.

On a obtenu des réponses qui varient entre pas du tout et énormément. Pour « *pas du tout* » on a obtenu un score de 4, pour « *un peu* » on a un score de 28, pour « *moyennement* » on a un score de 15, pour « *beaucoup* » on a obtenu un score de 20, pour « *énormément* » on a un score de 0.

Les résultats obtenus dans la sous-échelle sont de 33 dans les items explorant le thème individuel. Pour les items explorant les fournisseurs de soins, on a obtenu un score de 13, pour les items explorant le thème contextuel on a obtenu un score de 21.

**Tableau N°18 : Résultat de la sous-échelle de CYRM-28 du cas de Salim**

	Sous échelle	Items	Score	Score général
Thème individuel	Aptitudes personnelles	2, 8, 11, 13, 21	13	33
	Soutiens des pairs	14, 18	7	
	Aptitudes sociales	4, 20, 15, 25	13	
Thème fournisseurs de soin	Besoins physiologique	5, 7	4	13
	Besoin psychologique	6, 12, 17, 24, 26	9	
Thème contexte	Spirituel	9, 22, 23	6	21
	Education	3, 16	4	
	Culturel	1, 10, 27, 28, 19	11	

Dans la sous-échelle qui correspond au thème individuel on a obtenu un score de 33, pour une moyenne de 35, ce qui signifie que notre sujet de recherche est légèrement en dessus de la moyenne. Par conséquent on a obtenu un score de 13 pour les aptitudes personnelles, pour une moyenne de 25, ensuite on a obtenu un score de 7 pour le soutien des pairs, pour une moyenne de 10, et un score de 13 pour les aptitudes sociales, pour une moyenne de 20. On remarque que cet enfant obtient un score plus élevé en ce qui concerne le soutien des pairs, puis dans les aptitudes personnelles ainsi que les aptitudes sociales.

Pour la sous-échelle qui correspond au thème fournisseur de soins on a obtenu un score de 13 pour une moyenne de 24, 01, se qui signifie que le résultat est en dessus de la moyenne. Ainsi pour les besoins physiologiques on a obtenu un score de 4 pour une moyenne de 10, et pour les besoins psychologiques on a obtenu un score de 9 pour une moyenne de 25. On constate que notre sujet obtient un score plus élevé dans les besoins physiologiques, puis un score moins élevé dans les besoins psychologiques.

Dans la sous-échelle qui correspond au thème contextuel on a obtenu un score de 21 pour une moyenne de 30.36 ce qui signifie que le score est en dessus de la moyenne. Ainsi pour le spirituel on a obtenu un score de 6, pour une moyenne de 15, pour l'éducation on a obtenu un score de 4 pour une moyenne de 10, pour le culturel on a obtenu un score de 11 pour une moyenne de 25. Donc on voit que notre sujet de recherche obtient un score plus élevé dans le culturel, puis dans le spirituel et l'éducation.

Pour la sous-échelle qui correspond au thème individuel, à propos des aptitudes personnelles on remarque que notre sujet de recherche aime beaucoup collaborer avec les autres autour de lui, il essaye beaucoup de terminer ce qu'il a commencé, les gens aiment moyennement être à ces cotés, il ne peut pas régler ces problèmes sans se faire du mal, il n'est pas conscient de ses forces, il se sent moyennement soutenu par ses amis, mes amis sont à mes côtés, il sait un peu se comporter dans différentes situations sociales, il a beaucoup de chance de prouver aux autres qu'il est maintenant adulte et qu'il peut agir de manière responsable, il sait moyennement à qui s'adresser dans sa communauté pour obtenir de l'aide, il a beaucoup de chance de développer des compétences qui sont utiles plus tard.

Concernant la sous-échelle qui correspond au thème fournisseurs de soins, à propos des besoins physiologiques Salim pense que ses parents le surveillent un peu de près, s'il a

faim il mange un peu, pour les besoins psychologiques, notre sujet de recherche ses parents le connaissent un peu, il ne parle pas de ce qu'il ressent, sa famille est un peu à ses côtés lorsqu'il a des difficultés, il se sent un peu en sécurité lorsqu'il est en compagnie de sa famille, il apprécie un peu les traditions et la culture de sa famille.

A propos de la sous-échelle correspondant au thème contexte, concernant le spirituel, Salim voit que les croyances sont un peu une force pour lui, il participe un peu à des activités au caractère religieux, il croit qu'il est un peu important d'être au service de sa communauté, pour le domaine de l'éducation, Salim voit que l'éducation est un peu importante pour lui, il se sent un à sa place à l'école, concernant le culturel, Salim a moyennement une personne qu'il admire, il est un peu fier de son origine, il apprécie un peu les traditions de sa communauté, il n'a pas fier d'être un Algérien, il est traité moyennement bien dans sa communauté.

### **Synthèse de l'échelle de CYRM-28**

Concernant notre quatrième sujet de recherche, elle a obtenu un score de 67 un score qui est inférieur à la moyenne qui est qualifiée selon le manuel du test de Cyrm-28 entre 28 et 140. Salim est soutenu par des contextes précis plus que d'autres, d'abord il obtient un score plus élevé dans le domaine personnel par un score de 33 sur une moyenne de 35, et cette résilience est renforcée par le soutien des pairs, puis il obtient un score moins élevé dans le thème contexte par un score de 21 sur une moyenne de 30.26, cela est manifesté beaucoup plus dans l'éducation, et en fin un score de 13 sur 24.01 dans le thème de fournisseurs de soins, pour un score plus élevé dans les besoins physiologiques.

### **Synthèse du quatrième cas**

On exécute un entretien semi-directif et deux échelles, afin de mesurer le degré de traumatisme et le niveau de la résilience de notre sujet de recherche, grâce à cela nous avons regroupé des renseignements sur le vécu de ces enfants en deuil.

Alors selon notre test Salim exprime un niveau de traumatisme sévère, cela était exprimé dans les réponses données au moment de l'entretien mais aussi grâce à notre échelle, cependant on voit qu'il est un faiblement résilient, cela est affermi par les aptitudes personnelles plus exactement il est soutenu par ces pairs, et manifeste bien cela dans l'entretien on nous infirmant qu'il a des amis et il est bien entouré par eux.

En effet on constate que les données recueillies dans l'entretien sont en lien avec les informations récoltées dans les deux échelles.

## 1) Présentation et analyse de l'entretien

### Cas N° 05 : Walid

Walid est un jeune garçon âgé de 9 ans, scolarisé en troisième année primaire, il est le deuxième de sa fratrie qui est composée d'une fille et un garçon, son père est un commerçant, sa mère était une infirmière, ils sont d'une famille socioéconomique moyenne.

Le sujet ne s'est pas montré coopérant, il a été très actif, il bougeait trop, ne voulait pas parler, mais après quelques reprises, on a réussi à entrer en contact avec lui. Le contact a été marqué par un climat de confiance et il a été riche. Il avait très envie de parler à quelqu'un qui l'écoute, et de raconter sa souffrance. Il a considéré cet entretien comme une occasion pour s'exprimer.

## I) Entretien avec l'enfant

### Axe 01) information sur le décès de la mère

On lui a demandé de nous parler de la personne qu'il estime le plus il nous a répondu : « *ṭhibbiy mis xalti...xaṭi, mis eemti...xaṭi, xaṭi uletma* », il ne voulait pas donner une seule réponse, c'est une forme de résistance pour ne pas parler sur sa mère, son comportement le montrait bien, elle est utilisée quand le récepteur veut maintenir un état d'équilibre interne inchangée. (Chabrot, Lefebvre, Supérieur, 2017).

En ce moment Walid n'arrêtait pas de bouger ces yeux ; gauche droite, il était très agité et très nerveux, il était de mauvaise humeur, ce dernier est considéré comme une disposition affective de base qui donne à chacune de nostalgie d'âme tonalité agréable ou désagréable. Oscillant entre les deux pôles extrêmes du plaisir et la douleur. (Besançon, 2016).

En réalité on a observé tant de comportement qui montre l'évitement de Walid de parler sur sa mère, il était tout le temps de bout, il ne voulait pas nous parler ni de nous répondre, puis au fil des séances il s'est montré un peu coopérant, en lui a posé la question sur la personne qu'il estime le plus, il a pleuré puis il nous disait : « *ṭhibbiy mliḥ mama, mais tura dayen teḡayaney, ṣḥussey iman-iw bla lfayda g ddunit, ṣḥousey iman-iw* »



*ouhdi hed uyifehhem*). (J'aime beaucoup ma mère, mais elle nous a quitté, je me sens sans rendement, je sens que personne ne me comprend).

C'est une forme d'une crise existentielle, il concerne une rupture émotionnelle, inexplicable du dehors. Ce qui est difficile dans une telle crise c'est qu'elle survient à l'improviste en on ne possède pas de catalogue de moyen qui permettrait de faire face, on est ébranlé. (Kreppold, Burckel, 2001)

Walid avait 10 ans, donc il a directement compris cette situation mais il n'a pas voulu croire, pour lui c'était impossible, il nous disait : « *blokiy...gamiy imney, qaryassen d lekdeb...tha mney ayen iterrun* ». (J'étais bloqué...je ne voulais pas croire, je leurs disais que c'est faux...je ne croyais pas ce qui se passer). C'est une forme d'un déni, ce dernier est considéré comme un mécanisme psychologique qui a pour but de refuser comme vraie une réalité et de l'exclure du psychisme. (Mareau, Dreyfus, 2004). Walid se tait pour un moment, puis on lui demandant de nous raconter la cause de la mort de sa mère, il nous répondait, on donnant un air triste : « *tehlek, teggama ijji, tetroh yor tbib kullas, txeddem timacinin xater helkent tyezzal-is* ». (Elle était malade, elle ne voulait pas guérir, elle allait toujours chez le médecin, elle faisait l'hémodialyse parce qu'elle avait un problème du rein).

Effectivement, la mère de Walid avait une insuffisance rénale chronique (IRC), cela est peut-être défini comme une résultante de la perte progressive des fonctions des reins. Elle est conséquence commune de la réduction du parenchyme rénal fonctionnel au cours de maladie très diverse affectant les reins où les voies excrétrices. Elle se traduit par un ensemble d'altérations cliniques et biologiques qui réalisent le syndrome urémique. Quand l'insuffisance rénale devient inférieure à un seuil critique, défini comme l'insuffisance rénale terminale (IRT), le maintien de l'homéostasie, n'est plus possible et le recours traitement de suppléance par dialyse ou transplantation s'impose. (Jugers, Khoa Man, Joly, Legendre, 2011).

Walid n'a pas vu sa mère quand elle était morte. En réalité beaucoup de parents n'osent pas ramener leurs enfants voir la personne décédée, c'est compréhensible mais c'est dommage. L'enfant a besoin de voir la personne morte, et souvent même de la toucher, pour comprendre ce que « *être mort* » signifie. Bien sur, on ne montre pas à un enfant une personne dont le corps est abimé ou non reconnaissable, ce serait lui infliger un traumatisme supplémentaire de même on ne force pas un enfant à venir s'il ne veut pas,

mais la plupart du temps, les enfants souhaitent voir leurs parents. (Genoude, 2017). Actuellement Walid vit avec son père.

### Axe 02) Information sur le vécu psychologique de l'enfant

Pendant cet événement Walid, a vécu un état de traumatisme, elle s'est figé émotionnellement et bloquée, après quelques jours ses comportements son changé, il a vécu un état de dépression, de douleur physique, de crise de l'arme et d'agressivité selon ses dires : « *thā eelmey acu shussey, fecley...cokiy, thā eelmey acu dimeyzey, niy acu dixemmey, shussey smitay merra* ». (Je ne savais pas qu'est-ce que j'ai ressenti, je me suis senti faible...j'étais choqué, je ne savais pas quoi penser, ni quoi faire, après, j'étais tout congelé). Par le fait, Walid s'est trouvé dans un état d'effroi, qui est constitué suite à une réaction caractéristique faisant suite à une émotion et se traduit principalement par un état de sidération, d'effraction psychique et de suspension de la pensée qui rend le sujet incapable d'agir et de résister. (Chahraoui, 2014).

Il nous rajoute qu'avec le temps il est devenu agressif, et impatient, il nous disait : « *Qley feqey rapide, zemrey iwtey hed* ». (Je suis devenu nerveux, je peux frapper quelqu'un). Selon Bowlby, c'est la première phase dans le processus de deuil, au début le sujet reste centré sur le disparu mais l'absence persistante de ce dernier provoque une déception mêlée d'agressivité et de tristesse ». (Sillamy, 1998)

De plus Walid a peur de perdre son père : « *taggadey mlih, même macqa itol gel xedma tqelliqey* ». (J'ai une grande peur, même quand il se tarde au travail je m'inquiète). Durant l'entretien Walid a révélé qu'il souffre des troubles de sommeil, constatant ça dans ses paroles : « *thā zemrey itsay laeca, tekkaryed sin niy telata iberdan lxen syamiy iqley inaddam tettasiyid mama getbureyt, taggadey iroh papa dayi* » (je me réveille deux à trois fois la nuit après je n'arrive pas à me rendormir car je fais des rêves sur ma mère, et j'ai peur de perdre aussi mon père un jour). En effet notre sujet de recherche nous dit que : « *Tburuyey mama kul nhar* ». (Je rêve chaque jour de ma mère), « *byiy irewley gayen iddismektayniyid merra mama* ». (Je veux m'enfuir de tous ce qui me fait penser à ma mère). A propos de ces études Walid nous dis que: « *g la classe sgamiy iconsentriy, acehal dabrid thā teqqaley, syamiy ihefdey, pace que teqqalentiyyid teswirat n mama, itreyyieiyit wannima ileqra...lxen byiy ishuy irewley merra fayen iddismektiwniyid dyes,* ». (En classe

je n'arrive pas à me concentrer, je n'arrive pas à apprendre, parce que je revois des images de ma mère, cela me perturbe, c'est pour ça j'évite tout ce qui me rappelle d'elle).

En effet Josse (2011) nous explique que tout comme l'adulte l'enfant fuit ce qui lui rappelle l'événement traumatique, qu'il se tient à l'écart du théâtre du drame (lieu); il se garde de rapprocher l'auteur de son malheur ainsi que toute personne qui lui ressemble (personnes), il refuse d'aborder les faits allant jusqu'à se boucher les oreilles lorsqu'ils sont évoqués en sa présence (conversations), elle dit qu'il se replie dans l'imaginaire et la rêverie pour échapper aux pensées et aux sentiments suscités par les événements, elle appelle ça des conduites d'évitement et l'émoussement de la réactivité générale. (Josse. 2011)

Il nous dit à propos de son sommeil qu'il dort mieux maintenant, qu'il ne fait plus de cauchemars. Il nous a confiés aussi qu'actuellement il joue avec ses amis. Walid exprime une vision pessimiste et triste envers l'avenir, le pessimisme, c'est plutôt s'attendre au pire, d'où la nécessité, il nous répondait : «...*uleelimey, wissen dapilote, uleelimey mala zemrey* ». (...aucune idée vraiment, je veux devenir peut-être un pilote, je ne sais pas si je vais pouvoir le faire) il se voit incapable de devenir ce qu'il veut. En réalité ces personnes sont extrêmement angoissées de tout ce qui pourrait leur arriver. Or, le meilleur moyen pour lutter contre cette angoisse, c'est de ne pas y penser. L'incapacité à se projeter dans le futur est donc à imaginer est une défense contre leur angoisse. (Roche, Grange, 1999)

## II) Entretien avec le parent de l'enfant

### Axe 03) Information sur le parent de l'enfant

En voulant savoir la cause la mort de la mère de Walid son père s'est montré très triste et nous informe qu'il n'aime pas vraiment parler de ce sujet, et qu'il préfère le garder pour lui, puis il nous disait : « *ma femme temmouth suite à un accident de route* ». (Ma femme est morte suite à un accident de route). En effet il disait : « *nexlae mlih, tha nmen mayendehkan, shousey imani-w smitay merra* ». (Nous étions choqués, on n'a pas cru quand ils nous ont informés, je me suis sentie froid). Le père de Walid ne s'est pas remarier. D'après ses dires, il a trouvé des difficultés pour expliquer l'événement à son fils car sa mère était en bonne santé, c'était un grand choc pour eux. Même actuellement il ne trouve pas de mots pour le convaincre de ce qui est passé puisque lui-même n'est pas convaincu de cela.

**Axe 04) Informations sur l'état de santé de l'enfant**

La grossesse de la mère Walid était déroulée dans de bonnes conditions, elle ne souffrait d'aucune maladie, même Walid était en bonne santé, avant et après l'accouchement. D'après son père, Walid c'est un enfant en bonne santé qui a connu un développement normal quoique ses derniers temps il se plaignît d'un terrible mal d'estomac mais à chaque fois que le père l'emmène en urgence à l'hôpital ou chez le médecin, ils lui disent qu'il n'a rien.

**Axe 05) Information sur le comportement et relation de l'enfant avec autrui**

Le père nous raconte qu'après le décès de sa mère Walid avait complètement changé : «*segmi temmut imma-s, Walid iqqel d wayet, ityima uħdes, itroħ leeql-is, iqqel ifeqqaē bezzaf, itnay waħi duletmas, meme waħi d nekk iqqel jamais itawyi rray, macqa nekkim merra lwaħi inhedder netta itsusum , maci anken itittuy*». (Depuis le décès de sa mère Walid est devenu une autre personne, il ne joue plus avec sa sœur, il est même devenu nerveux, que ça soit avec eux ou avec moi, il s'oppose à nos ordres et n'écoute plus personne, quand on est ensemble à table par exemple, tout le monde parle sauf lui, il est devenu silencieux, il n'était pas comme ça avant). Lorsque Crocq et ses collaborateurs (2014), ont abordé les syndromes différés et chroniques du trauma chez l'enfant, ils ont cité la réactivité générale émoussée, avec comportements de retrait, une proportion au silence, et une réduction des intérêts (perte d'envie de jouer), et ils ont cité l'agressivité, la colère et l'irritabilité dans l'hyperactivité neuro-végétative (Crocq et al. 2014).

Il nous disait aussi : «*macqa isea lmacakil itsusum, tha ihedder* ». (Quand il a des problèmes il se tait). C'est un enfant généralement qui est calme et très gentil mais son calme exagéré inquiète son père, il voit que son enfant porte un désintérêt pour les activités habituelles, non seulement les activités scolaires et familiales mais aussi les activités agréables de loisirs.

En ce qui concerne la scolarité il nous dit : «*dulm-as atieawwanen g leqra, teqqarak segmi temut imma-s, iqqel ideer, izzay* ». (C'est sa sœur qui l'aide dans ces études, elle me dit que depuis la mort de sa mère, il est devenu difficile, lourd). A propos du sommeil le père de Walid nous raconte : «*itekkared bezzaf laeca, ixellae, itetru, aħal iberdan iddekrey leeca tawefyat tha ittas, surtout ussane nimezwura*», (le soir Walid se réveille très souvent en sursaut, parfois en pleurant, souvent le soir quand je vais le voir je le trouve

éveillé, et il me dit qu'il a du mal à s'endormir, surtout les premiers jours après la mort). A propos de la nourriture, son père nous dit que : «*lmakla tha itet amek ituy, inqes mlih* ». (Même son appétit a beaucoup diminué, il ne mange plus comme avant).

En effet Crocq et ses collaborateurs (2007) nous décrivent aussi des difficultés d'endormissement, ainsi que des réveils multiples, des terreurs nocturnes et des cauchemars, ils nous parlent aussi d'une appétence alimentaire modifiée soit par l'installation d'une polyphagie, d'un grignotage anxieux, ou au contraire comme c'est le cas pour Walid d'une anorexie. Cependant Walid aime bien la nourriture préparée par sa sœur, il nous disait : «*ithibbi lmakla nuletm-as, iqqarak tsmektiwiyid lmakla yemma*». (Il aime bien la nourriture se sa sœur, il me dit elle me rappelle celle de ma mère).

## **II) Entretien avec l'instituteur**

### **06) Information sur les attitudes de l'enfant en classe**

L'instituteur a déclaré : «*le comportement de Walid a beaucoup changé depuis la mort de sa mère, il est devenu très sensible avec des résultats faibles, il vient sale, sans cahiers, sans affaires, oublie facilement ce qui est déjà appris, il a des difficultés à se concentrer sur ses leçons, Walid a du mal à organiser ses affaires scolaires, ses tâches, il ne respecte pas le temps pour terminer ses devoirs et il ne demande jamais l'aide* ». Alors l'instituteur de Walid pense que c'est un enfant qui est vraiment traumatisé, et qui doit être prise en charge le plus tôt possible.

### **Axe 07) Informations sur les intégrations de l'enfant avec ces pairs**

L'instituteur a annoncé «*les conduites de Walid avec ses pairs sont devenues agressives après la mort de sa mère il se bagarre et rarement donne des coups de pied pour eux, c'est un enfant qui ne s'intègre pas facilement dans un groupe, ce qui le différencie de ses pairs c'est sa tristesse et son silence qui le rend des fois agressif lorsqu'il est mal compris* ».

## **Synthèse sur l'entretien**

A partir de l'analyse des entretiens, on constate que Walid n'arrive pas à accepter le décès de sa mère, il présente des difficultés qui sont apparues après l'événement, celle-ci se résume principalement par: un isolement, un manque d'intérêt vis-à-vis des activités qu'il a

l'habitude d'effectuer, un problème de concentration et de mémorisation, Walid souffre de difficultés d'endormissement et des réveils nocturnes angoissés avec cauchemars des réactions de sursaut, de la colère et de l'agressivité, et de la tristesse, une inappétence, reviviscence, ainsi que des manifestations somatiques.

## 2) Présentation et analyse des résultats de l'échelle de CPTS-RI

### Cas N° 05 : Walid

Les résultats obtenus par notre cinquième cas dans l'échelle de CPTS-RI seront présentés dans le tableau suivant :

**Tableau N° 19: Résultats de l'échelle de CPTS-RI de cas de Walid**

Jamais	Presque jamais	Parfois	Souvent	Presque tous les jours	Le degré
0	4	12	21	8	Sévère

D'après les résultats obtenus, on constate que notre sujet a obtenu un score qui se situe entre 40 et 59 plus exactement par un score de 45, ce qui est qualifié selon le manuel de CPTS-RI de PTSD au niveau élevé.

On a obtenu des résultats qui varient entre « *jamais* », et « *presque jamais* », on a obtenu 1 pour « *jamais* » 0, pour « *presque jamais* » on a obtenu un score de 4, pour « *parfois* » on a obtenu un score de 12, pour « *souvent* » on a obtenu le score de 21 pour « *presque tous les jours* » on a obtenu le score de 8.

**Tableau N° 20: Les résultats de la sous-échelle de CPTS-RI du cas de Walid**

Les sous- échelle	La reviviscence de l'évènement, l'émoussement de capacités de réaction, le désintérêt pour le monde extérieur ainsi que l'évitement	Les symptômes de peurs et d'anxiété secondaire à l'évènement.	Relatifs aux difficultés de concentrations, à l'école et du sommeil.
Items	1, 2, 3, 4, 8, 9, 16, 17	6, 11, 13, 14, 19, 20	5, 7, 10, 12, 15, 18
Résultats	12.32%	5.04%	7.84 %

Les résultats obtenus dans cette sous-échelle sont entre 12.32% et 5.04%. D'abord on a obtenu un score de 12.32% dans les facteurs correspondant aux items explorant la reviviscence de l'évènement, l'émoussement de capacités de réaction, le désintérêt pour le monde extérieur ainsi que l'évitement, pour une moyenne de 31.2%. Ensuite on a eu un score de 5.04% pour les items explorant les symptômes de peur d'anxiété secondaire à l'évènement, pour une moyenne de 1.68%. Puis on a obtenu un score de 7.84% pour les items Relatifs aux difficultés de concentration, à l'école et du sommeil, pour une moyenne de 5,92%.

Dans la sous-échelle qui correspond aux facteurs de reviviscence de l'évènement, l'émoussement des capacités de réaction, le désintérêt pour le monde extérieur ainsi que l'évitement, notre sujet obtient le score de 12.32% pour la moyenne de 31.6%, un score qui est en dessus de la moyenne. D'abord pour Walid pense que ce qu'il lui est arrivé aurait inquiété la plupart des enfants de son âge presque tous les jours, il a souvent peur, et de mauvaise humeur et inquiet quand il pense à ce qui lui est arrivé, il revoit souvent des images dans sa tête et entend du bruit qui lui rappelle ce qui est arrivé, il pense parfois à ce qui est arrivé malgré il ne veut pas penser, il se sent parfois tout seul au fond de lui parce qu'il a l'impression que personne ne comprend ce qui lui est arrivé, parfois il a si peur, si inquiet ou triste qu'il préfère ne pas savoir comment il se sent, il veut parfois s'éloigner des choses qui lui rappellent ce qui lui est arrivé, il devient souvent nerveux, inquiet lorsque des choses lui rappellent ou lui font penser à l'évènement.

Dans la sous-échelle qui correspond aux symptômes de peur et d'anxiété secondaire à l'évènement notre sujet a obtenu un score de 5.04% pour la moyenne de 7.3%, un résultat qui légèrement en dessus de la moyenne, donc notre sujet de recherche est toujours influencé par l'évènement vécu, parfois il ya des choses qui lui font penser que cela pourrait encore arrivé, il ne sursaute presque jamais plus facilement, qu'avant l'évènement, il ne se culpabilise presque jamais parce qu'il n'a pas fait quelque chose qu'il aurait voulu faire, ou parce qu'il a fait quelque chose qu'il n'aurait pas voulu faire, il a souvent des difficultés à se rappeler des choses qu'il a apprises à l'école ou à ma maison parce qu'il pense à l'évènement, il a parfois si mal au ventre, à la tête ou ailleurs qu'avant l'évènement, il n'a jamais de difficultés à se retenir de faire des choses qu'il n'aurait pas faites avant.

Dans la sous-échelle relative aux difficultés de concentration, à l'école et au sommeil, notre sujet de recherche a obtenu un score de 7.84% pour une moyenne de 5.92%, un score qui est un peu en dessous de la moyenne, ce qui signifie que son traumatisme est exprimé même dans le sommeil et sa concentration. En effet presque tous les jours il fait des cauchemars à propos de ce qu'il lui est arrivé, il n'a presque jamais de plaisir à faire les choses qu'il aimait faire avant cet événement, souvent il a peur, inquiet, triste qu'il ne peut même pas parler ou pleurer, il dort parfois bien, il est presque jamais aussi attentif, et ne se concentre presque jamais qu'avant l'évènement, il veut parfois s'éloigner des choses qu'il lui rappellent ce qui lui est arrivé.

### **Synthèse de l'échelle de CPTS-RI du cas de Walid**

Walid, a obtenu un score de 45 ce qui le qualifie d'un traumatisme au niveau élevé, ce qui signifie que notre sujet de recherche est profondément attristé par ce qu'il a vécu, il exprime des signes d'un traumatisme plus profond dans les items relatifs aux symptômes de peur et d'anxiété secondaire à l'évènement, par un score qui est supérieur à la moyenne, puis il s'est exprimé dans les items explorant les difficultés de concentration, à l'école et au sommeil, par un score qui est en dessous de la moyenne à la moyenne, ainsi il a eu un score moins élevés dans les items explorant la reviviscence de l'évènement, l'émoussement de capacités de réaction, le désintérêt pour le monde extérieur ainsi que l'évitement.

### **3) Présentation et analyse des résultats de l'échelle de CYRM-28**

#### **Cas N° 05 : Walid**

Les résultats obtenus par notre cinquième cas dans l'échelle de CYRM-28, seront présentés dans le tableau suivant :

**Tableau N° 21: Les résultats de l'échelle de CYRM-28 de cas de Walid**

Pas du tout	Un peu	Moyennement	Beaucoup	Enormément
7	28	12	12	0

Selon les réponses données on a obtenu un score de 59 pour une norme entre 28 et 140, en effet notre sujet de recherche exprime une certaine résilience malgré son traumatisme.



On a obtenu des réponses qui varient entre pas du tout et énormément. Pour « *pas du tout* » on a obtenu un score de 7 pour « *un peu* » on a un score de 28, pour « *moyennement* » on a un score de 12 pour « *beaucoup* » on a obtenu un score de 12, pour « *énormément* » on a un score de 0.

Les résultats obtenus dans la sous-échelle sont de 22 dans les items explorant le thème individuel. Pour les items explorant les fournisseurs de soins, on a obtenu un score de 16, pour les items explorant le thème contextuel on a obtenu un score de 21.

**Tableau N° 22: Les résultats de la sous-échelle de CYRM-28 de cas de Walid**

	Sous échelle	Items	Score	Score général
Thème individuel	Aptitudes personnelles	2, 8, 11, 13, 21	9	22
	Soutiens des pairs	14, 18	6	
	Aptitudes sociales	4, 20, 15, 25	7	
Thème fournisseurs de soin	Besoins physiologique	5, 7	8	16
	Besoin psychologique	6, 12, 17, 24, 26	8	
Thème contexte	Spirituel	9, 22, 23	6	21
	Education	3, 16	4	
	Culturel	1, 10, 27, 28, 19	11	

Concernant la sous-échelle qui correspond au thème individuel on a obtenu un score de 22 pour une moyenne de 35, un score qui est en dessus de la moyenne, ce qui signifie que notre sujet un peu résilient dans ce domaine. Ainsi on a obtenu un score de 9 pour les aptitudes personnelles, pour une moyenne de 25, ensuite on a obtenu un score de 6 pour le soutien des pairs, pour une moyenne de 10, et un score de 7 pour les aptitudes sociales, pour une moyenne de 20. Alors notre sujet de recherche a obtenu un score plus élevé en ce qui concerne le soutien des pairs, puis un score moins élevé en ce qui concerne les aptitudes personnelles, et le dernier score pour les aptitudes sociales.

Pour la sous-échelle qui correspond au thème fournisseur de soins on a obtenu un score de 16 pour une moyenne de 24,01, un score qui est en dessous de la moyenne, ce qui

signifie que Walid exprime une faible résilience, de ce fait pour les besoins physiologiques on a obtenu un score de 8 pour une moyenne de 10, et pour les besoins psychologiques on a obtenu un score de 8 pour une moyenne de 25. On constate que notre sujet obtient un score plus élevé dans les besoins physiologiques puis un score moins élevé dans les besoins psychologiques.

Dans la sous-échelle qui correspond au thème contextuel on a obtenu un score de 21 pour une moyenne de 30.36, un score qui est en dessous de la moyenne. Ainsi pour le spirituel on a obtenu un score de 6, pour une moyenne de 15, pour l'éducation on a obtenu un score de 4 pour une moyenne de 10, pour le culturel on a obtenu un score de 11 pour une moyenne de 25. Donc on voit que notre sujet de recherche obtient un score plus élevé dans le culturel, puis un score moins fort dans le spirituel et le l'éducation.

Dans la sous-échelle qui correspond au thème individuel, dans les aptitudes personnelles on voit que notre sujet de recherche collabore un peu avec les autres, il essaye un peu de terminer ce qu'il a commencé, les gens aime moyennement être à sa compagnie, il ne peut pas régler ces problèmes sans se faire du mal, il n'est pas conscient de ses forces. Concernant le soutien des pairs, notre sujet de recherche se sent moyennement soutenu par ses amis, ses amis sont moyennement à ses côtés. Dans les aptitudes sociales, il sait un peu se comporter dans différentes situations sociales, il a moyennement la chance de montrer aux autres qu'il est maintenant adulte et qu'il peut agir d'une manière responsable il ne sait pas vers qui s'adresser dans sa communauté pour obtenir de l'aide, il n'a pas de chance de développer des compétences qui lui seront utiles plus tard.

Concernant la sous-échelle qui correspond au thème fournisseurs soins, dans les besoins physiologiques, ses parents le surveillent beaucoup de près, s'il a faim il mangera beaucoup, dans les besoins psychologiques, Walid dit que ses parents le connaissent un peu, il ne parle pas du tout à sa famille de ce qu'il ressent, sa famille est un peu à ses côtés lorsqu'il a des difficultés, il ne se sent pas en sécurité lorsqu'il est en compagnie de sa famille, il apprécie un peu les traditions et la culture de sa famille.

A propos de la sous-échelle correspondant au thème contexte, dans le spirituel, les croyances sont un peu une force pour lui, il participe un peu à des activités à caractère religieux, il croit qu'il est un peu important d'être au service de sa communauté, dans l'éducation, il croit que l'éducation est un peu une chose importante pour lui, il se sent un peu à sa place à l'école, dans le culturel, il ya dit qu'il ya des personnes qu'il admire un

peu, il est beaucoup fier de son origine, il n'apprécie un peu les traditions de sa communauté, il n'est pas fier d'être un Algérien, il est traité un peu bien dans sa communauté.

### **Synthèse de l'échelle de CYRM-28**

En ce cinquième cas, notre sujet de recherche a eu un score de 45, un score qui est loin de la moyenne qui est qualifiée selon le manuel de 140.

On remarque que notre sujet est faiblement résilient, cette dernière est possible grâce à l'ensemble de soutien donné. D'abord on a pu noter une plus grande résilience dans le thème personnel par un score de 22 pour une moyenne de 24.01, et le thème contextuel par un même score de 21 pour une moyenne de 30.36, puis le thème fournisseur de soins par un score de 16 pour une moyenne de 24.01.

### **Synthèse du cinquième cas**

En prenant en considération notre entretien de recherche semi-directif ainsi que nos deux échelles destinés à mesurer le degré du traumatisme le niveau de la résilience, nous avons pu comprendre en quelque sorte le vécu de notre sujet de recherche est mauvais puisqu'il exprime encore des symptômes traumatiques.

En effet grâce à notre entretien semi-directif nous avons pu détecter quelques signes traumatiques chez notre sujet de recherche, cela était bien démontré par notre échelle, qui indique que Salim éprouve un traumatisme au niveau sévère, mais cela n'a pas empêché Salim de se montrer un peu résilient, et cela grâce au soutien reçu par ces fournisseurs de soins

Les données recueillies dans l'entretien sont concordance avec les informations récoltées dans les deux échelles, de traumatisme et de la résilience.

### **Présentation et analyse de l'entretien**

#### **Cas N° 06 : Massi**

Massi est un enfant âgé de 10 ans, c'est un élève en cinquième année (05) primaire, il est le troisième d'une fratrie de trois enfants, deux filles et un garçon, son père est un

infirmier sa mère était une femme au foyer, il est orphelin depuis presque 5 ans. Massi est d'une situation socio-économique moyenne.

Massi portait une tenue sportive bien propre, avec du gèle sur ces cheveux, il était très motivé d'aller faire du sport avec ses amis. Il exprimait une certaine énergie positive et des yeux lumineux.

En faisant l'entretien avec Massi, il était très calme ne sourit même pas, son visage était crispé, ces mains tendus sur ses deux jambes, il était en effet très timide les premiers jours tellement il nous a jamais parlé, en essayant de lui poser les questions en revanche il répondait bien, il était coopératif.

## I) Entretien avec l'enfant

### Axe 01 : information sur le décès de la mère

Quand on a commencé notre entretien avec Massi il était très timide, mais au fil des jours on a bien réussi à communiquer avec lui, puisque c'était un enfant qui s'exprime bien et donne son avis sur tous. Alors quand on lui pose la question sur la personne qu'il estime le plus, il nous répondait : « *thibbiy papa lwaḥi d suyetma, mais dayi ituḡ thibbiy mama rebbi attiḥem...ieni thibbiyat al tura bessah ṭha teteic didi temmut...xaqey fella-s* ». (J'aime mon père et mes sœurs, mais aussi j'aimais ma mère ; que la paix soit sur elle...mais même maintenant je l'aime encor mais elle ne vit pas avec moi...elle me manque). Massi avait 4 ans quand sa mère est décédée, par un accident vasculaire cérébral ou ce qui est encor appelé attaque cérébrale, ce qui est défini par l'installation soudaine de troubles neurologiques focaux, éventuellement associés à des troubles de la vigilance, sans autre cause apparente qu'une origine vasculaire. (Mathieu-Blondet, Malet, Devy, Causeret, Rouquette, Fanello, 2008). Un AVC survient lorsque le flux sanguin vers une partie ou une autre du cerveau rencontre un obstacle. Les séquelles de l'AVC dépendent de la partie du cerveau qui a subi des dommages et de l'étendue de ceux-ci. (<https://www.coeuretavc.ca/avc/questce-quun-avc>).

La mère de Massi souffrait d'hypertension artérielle (HTA), il est détecté par une tension artérielle élevée, c'est une maladie dans laquelle les vaisseaux sanguins subissent en permanence une pression élevée, ce qui peut les endommager. Chaque fois que le cœur bat, il envoie du sang dans les vaisseaux qui est transporté vers toutes les parties du corps. La tension artérielle est créée par la pression du sang contre les parois des vaisseaux

sanguins (artères) tandis qu'il est expulsé par le cœur. Plus la pression est élevée, plus le cœur doit pomper. (OMS, 2015).

Alors, d'abord notre sujet de recherche était dans un âge qui ne lui permet pas de comprendre la notion de la mort, plus la survenu de l'événement qui était inattendu c'était une mort subite ou soudaine, c'était flou pour lui, il disait : « *ituyaney g xxam, mama tberrez, teeya mlih...dqiqa teyli tdux, iyayat uqroy-is, tesyama isnuffes, lxen yryhed i papa, tha eelmey acu dixemey itouyiyi damezyane, anikka attawine i sbitar temmut, zriyat ittuyiyi did-es g l'ambulance* ». (Nous étions à la maison, ma mère faisait le minage, elle était fatiguée beaucoup...soudainement elle est tombée sur terre elle s'est évanouit, elle avait mal à la tête, elle n'arrivait pas à respirer, puis j'ai appelé mon père, je ne savais pas quoi faire j'étais petit, le temps de la ramener à l'hôpital elle était morte, je l'ai vu j'étais avec elle dans l'ambulance). Le fait qu'il a vu, lui a laissé comme une espèce de parasite dans sa tête, à chaque fois que qu'il pense qu'à elle, il vient lui rappelle la façon dont elle est morte. Il nous disait : « *ayweq byiy imezyey f mama tmektiwyed assene asmi temmut, tmektiwyed miteyli...lxen welley* ». (A chaque fois je veux penser sur ma mère je me rappelle le jour qu'elle était morte, je me souviens quand elle est tombée...puis je suis apeuré). Actuellement Massi vit avec son père ces deux sœurs et sa belle-mère, qui s'occupe bien d'eux selon ses dires : « *tleythayaney mlih, tehıbbiyat mēme nettat, teteawwaniyi, tethıbbiyi mlih, niy tqadaryat* ». (Elle prend bien soins de nous, je l'aime elle aussi, elle m'aide, elle aussi m'aime, parce que je la respecte,). Quand il parlait de cette femme il avait tout un visage qui s'élimine, avec des yeux bruyants, il la considère comme une maman de cœur. Effectivement, l'enfant construit sa sécurité intérieure sur le modèle de celle qu'il trouve dans son environnement. (Marty, 2009)

### **Axe 02) Information sur le vécu psychologique de l'enfant**

Massi ne se souvient pas exactement de ce qui l'a ressenti au moment du décès de sa mère, il dit seulement qu'il était choqué et ne comprenait pas la situation dont il se trouvait, il disait : « *tha cfıy mlih fayen şhussey Ittuyiyi damezyane, bessah xelley mlih, hesbey mazal dizragy mama* ». (Je me souviens pas bien de ce que j'ai ressenti j'étais petit, mais j'ai pensé que j'aller revoir ma mère). Massi ne ressent pas de douleurs au niveau de son corps il est plutôt à l'aise et bien entouré par sa famille et sa nouvelle mère qu'il estime bien. Massi n'est pas un enfant nerveux il est plutôt patient et très calme, il nous disait : « *Tha feqeey dqıqa, nekk sebrey, yas g xxam gaman iddawiniyid kra, niy iyyesfeqeen tha*

*feqqeey* ». (Je m'énerve pas facilement, au contraire je suis patient, même si à la maison ils n'acceptent pas d'acheter quelque chose, ou bien ils m'énervent je m'énerve pas facilement).

Notre sujet de recherche n'a pas peur de perdre son père, il le considère plutôt comme un bon exemple pour lui, il nous révèle : « *twaliy papa delæebd leali, ixeddem ayen izemmer bac iyyisefrah, yas temmut mama ilethayaney mlih, iqqaras i mama nitane lethayin* ». (Je vois que mon père est un bon type, il fait de son mieux pour me rendre heureux, même si ma mère est morte il prend soin de nous, il demande à ma belle mère de prendre soin de nous). On voit bien que Massi appelle sa nouvelle mère « *maman* », ce qui est un bon signe de construction d'une bonne relation entre les membres de la famille.

Concernant ces études il est plutôt optimiste il aime beaucoup être à l'école à la compagnie de ses amis qu'il aime beaucoup, il nous disait : « *teprisiwey irohey ileqra, sbaḥ tekkaryed bekri, dissawejdey iman-iw, dassayrey iwemdakl-iw didnas lwaḥi, qeriy mlih, bessah ṭha tconsentriwey mlih itroḥ l3eql-iw cuyya, sehhouy ayen nqerra, macha tmeyyizey bezzaf...bessah papa iteawwaniyi g xxam waḥi d mama, ṭhibbiy mlih leqra* ». (Je me sens pressé d'aller en école, je me réveille tôt le matin, je me prépare, j'appelle mon ami pour aller ensemble, j'étudie bien, mais ça m'arrive de déconcentrer quand je pense trop...mais mon père m'aide à la maison même ma mère, j'aime beaucoup mes études). Par rapport à son sommeil c'est un enfant plutôt stable, au début du décès de sa mère il rêvait d'elle mais au fil de temps il s'est stabilisé voir le soutien reçu par l'ensemble de sa famille. En lui posant la question sur son ressenti en nous parlant il nous répondait : « *iæejbiyi lḥal mihedrey didkumt, ṣhoussey ferḥey* ». (C'était bien de m'exprimer, je suis heureux). Et il est bien optimiste envers l'avenir, il nous révèle que : « *brix iddeqler am kunemti* ». (Je souhaite devenir comme vous).

## II) Entretien avec le parent de l'enfant

### Axe 03) Information sur le parent de l'enfant

Le parent de Massi s'est montré très aimant avec son fils, il était très accueillant à nos questions, il nous disait : « *ayene ienan Massi seqsimt ayen tebyamt, ikum-teæawney ayen zemrey* ». (En ce qui concerne Massi vous pouvez m'interroger sur ce que vous voulez, je vais vous aider de mon mieux). En lui posant la question sur le décès de sa femme ; il nous répondait : « *ituy tesæa le problème n la tension, ituy nes3a les lmacakil g*

*xxam nnay, lxen yiwen ubrid teyli t-dux, yesbitar nnanak txem un AVC*). (Elle avait un problème de la tension, on avait des problèmes de famille, puis une fois elle s'est évanoui, à l'hôpital ils m'ont dit qu'elle est morte par un AVC). Le père de Massi à l'air de bien accepter la mort de sa femme, il était patient et il pense que ses enfants ont besoin de lui plus que tous, il n'a pas le droit de les abandonner et de penser au passé, il nous disait : « *tha tmeyyizey mați ffayen ieeddan, lethiy dedriyaw dayen, hwajniyi* ». (Je ne pense pas dû tout au passé, je m'occupe de mes enfants c'est tout, ils ont besoin de moi). C'est un père protecteur qui cherche le bien de ses enfants et qui essaye de donner de son mieux pour s'occuper d'eux pour lui c'est un devoir. Le père de Massi est évidemment remarié comme on l'a mentionné précédemment. Par rapport à sa manière d'expliquer le décès de sa femme à ses enfants, il nous disait : « *tha ufiy lehđor swacu adins-fehmeý, déjà Massi izrayat, tha ifhem mlih acu iterrun mi nniyas mama-k troh tha diteqqel, bessah thibbiyik mlih* ». (Je n'ai pas trouvé les mots pour leur expliquer, déjà Massi l'a vue, il n'a pas bien compris ce qui se passait mais je lui ai dit ta mère est partie elle ne va plus revenir, mais elle t'aime beaucoup). « *Tura amek nella hederyassen ssah, qaryassen tha dineawed atnazer, qaryassen sebrem, qeblem ayen gacu nella* ». (Même actuellement je suis sincère avec eux, je leur dis on va plus la revoir, et puis il faut être patient, et accepter la réalité).

#### **Axe 04) Informations sur l'état de santé de l'enfant**

Par rapport au parcours de grossesse de la mère de Massi était un peu compliqué voir sa maladie, il était vécu entre les aller et venir entre la maison et le médecin, elle était même obligé de prendre un traitement pour stabiliser sa tension, le médecin lui a interdit de s'énerver et de trop se fatiguer. Mais en revanche Massi était en bonne santé selon le médecin traitant, il s'est développé normalement, il n'a eu aucune maladie et il ne prend aucun traitement.

#### **Axe 05) Information sur le comportement et relation de l'enfant avec autrui**

Le père de Massi n'a remarqué aucun changement dans le développement son fils, il le voit plutôt stable et développe plus normalement du monde, il nous disait : « *twaliyat amek ityaemir iteeqqil ifhem lehwayej, ithessis mlih i lehduřiw, ithibbi iqra* ». (Je vois que plus il grandit plus il comprend des choses, il écoute bien à mes conseils, il aime étudier). Quand il rencontre des problèmes, c'est un enfant qui ne s'exprime pas mais il cherche de son mieux à les résoudre sans se faire du mal, ni nuire à autrui. Le père de Massi le trouve un superbe enfant qui cherche à les faire rire à les encourager avec son bonne énergie qui

se lit sur ces yeux, d'ailleurs il nous informait : « *Massi, netta idissekcamen lferh iwexxam, même macqa idwelliy seg lxedma istatsayi ; ihekkuyid ayen ixeeddem genharis...ollah d netta iyisefrahen* ». (Massi, c'est lui qui fait rentrer la joie à la maison, même quand je rentre du travail il me fait rire ; il me raconte ce qu'il a fait pendant sa journée...je vous assure c'est lui qui me rend heureux). Il nous rajoute que : « *Massi ithebbi ixem le sport, itettas bien, ithibbi ittas wahi leeyal-iw, ithibbiyat mlih* ». (Massi aime faire du sport, il dore bien, et il aime dormir avec ma femme, il l'aime beaucoup). Il nous rajoute qu'il est optimiste envers son fils et il pense qu'il va bien réussir.

### III) Entretien avec l'instituteur

#### Axe 06) Information sur les attitudes de l'enfant en classe

En s'adressant à l'institutrice de notre sujet de recherche, on a directement compris qu'il estimait beaucoup son élève d'ailleurs même en classe c'est un excellent élève aimant et très travailleur. Elle nous a informés: « *le comportement de Massi est un exemple à suivre, il est calme il participe en classe, il respecte mes consignes, il aime bien aider ses amis qu'il estime beaucoup dans leurs exercices, il est très patient et aimable. Par rapport aux activités scolaires il est plutôt un enfant qui aime travailler, créer, ça lui arrive de se déconcentrer en classe mais je pense c'est plus fort que lui et juste je lui fais une remarque il s'excuse, et demande de lui réexpliquer ce qu'il a raté. Elle nous rajoute qu'elle n'a remarqué aucun trouble qui montre la présence d'un trouble particulier chez son élève, au contraire il est excellent* »

#### Axe 07) Informations sur les intégrations de l'enfant avec ces pairs

L'institutrice de Massi nous révèle : « *mon élève est un bon élève, il a une bonne conduite avec tous le monde, même ses camarades l'aime beaucoup il le soutient et aime être avec lui, il ne se bagarre pas avec eux au contraire il est très gentil avec eux, ils sont en harmonie, aucune différence entre eux* ».

### Synthèse sur l'entretien

Grâce à notre entretien de recherche ainsi que notre remarque en restant près de notre sujet de recherche on a pu détecter un ensemble d'éléments sur le vécu de notre sujet de recherche qui montre bien la qualité de son vécu. On voit bien que c'est un enfant qui a perdu sa mère dans un petit âge, cela ne lui a pas donné l'opportunité de comprendre la



situation dont il se trouvait. Actuellement on voit bien que c'est un enfant qui arrive à réussir sa vie et de se forger comme une bonne personne résiliente, et qui souhaite réussir dans sa vie, cela est bien renforcé par la qualité de relation nouée avec ses parents même avec sa nouvelle mère et ses amis.

## 2) Présentation et analyse des résultats de l'échelle de CPTS-RI

### Cas N° 06: Massi

Les résultats obtenus par notre sixième cas dans l'échelle de CPTS-RI seront présentés dans le tableau suivant :

**Tableau N° 23 : Les résultats de l'échelle de CPTS-RI de cas de Massi**

Jamais	Presque jamais	Parfois	Souvent	Presque tous les jours	Le degré
0	1	14	9	20	Modéré

D'après les résultats obtenus, on constate que notre sujet a obtenu un score qui se situe entre 40 et 59, plus précisément de 44, ce qui est qualifié selon le manuel de CPTS-RI de PTSD au niveau sévère.

On a obtenu des résultats qui varient entre « *jamais* », et « *presque jamais* », on a obtenu un pour « *jamais* » 0, pour « *presque jamais* » on a obtenu 1 pour « *parfois* » on a obtenu un score de 14, pour « *souvent* » on a obtenu le score de 9, pour « *presque tous les jours* » on a obtenu le score de 20.

**Tableau N° 24 : Les résultats de sous-échelle de CPTS-RI de cas de Massi**

Les sous-échelles	La reviviscence de l'évènement, l'émoussement de capacités de réaction, le désintérêt pour le monde extérieur ainsi que l'évitement	Les symptômes de peurs et d'anxiété secondaire à l'évènement.	Relatifs aux difficultés de concentrations, à l'école et du sommeil.
Items	1, 2, 3, 4, 8, 9, 16, 17	6, 11, 13, 14, 19, 20	5, 7, 10, 12, 15, 18
Résultats	10.64%	6.16%	7.84 %

Les résultats obtenus dans cette sous-échelle sont entre 10.64% et 6.16%. D'abord on a obtenu un score de 10.64% dans les facteurs correspondant aux items explorant la reviviscence de l'évènement, l'émoussement de capacités de réaction, le désintérêt pour le monde extérieur ainsi que l'évitement, pour une moyenne de 31.6%. Ensuite on a eu un score de 6.16% pour les items explorant les symptômes de peur d'anxiété secondaire à l'évènement, pour une moyenne de 6.72% pour une moyenne de 7.3%. Puis on a obtenu un score de 7.84% pour les items Relatifs aux difficultés de concentration, à l'école et du sommeil, pour une moyenne de 5.92%.

Dans la sous-échelle qui correspond aux facteurs de reviviscence de l'évènement, l'émoussement des capacités de réaction, le désintérêt pour le monde extérieur ainsi que l'évitement, notre sujet obtient le score de 10.46% sur la moyenne de 31.6% un score qui est en dessus de la moyenne, ce qui signifie que notre sujet exprime encor quelque symptômes traumatiques. D'abord, Massi dit que presque tous les jours ce qui lui est arrivé aurait beaucoup inquiété la plupart des enfants de son âge, habituellement c'est un enfant qui a parfois peur, qui est en mauvaise humeur, qui revoit presque tous les jours d'images traumatiques dans sa tête, il y pense presque tout les jours même s'il ne veut pas y penser, il ne se sent pas seul au contraire il est bien entouré, il a parfois peur de parler de ses sentiments, il a souvent envie de s'éloigner des choses qui lui rappellent ce qui lui est arrivé, il ne devient jamais nerveux et inquiet quand elle pense à l'évènement vécu.

Dans la sous-échelle qui correspond aux symptômes de peur et d'anxiété secondaire à l'évènement notre sujet a obtenu un score de 6.16% pour la moyenne de 6.72%, un résultat qui est légèrement en dessous de la moyenne, ce qui signifie que Massi exprime encore des signes traumatiques en ce qui concerne l'anxiété secondaire à l'évènement traumatique. Effectivement, notre sujet de recherche ne pense jamais que ce qui lui est arrivé peut se reproduire, parfois il se sent agité, plus nerveux qu'avant l'évènement, il ne se culpabilise jamais de faire ou de ne pas faire certaines choses, il a souvent des difficultés à se rappeler des choses qu'il a apprises à l'école, il a parfois mal au ventre, elle trouve presque tous les jours des difficultés se retenir des choses qu'elle n'a pas faite avant l'évènement.

Dans la sous-échelle relative aux difficultés de concentration, à l'école et au sommeil, notre sujet de recherche a obtenu un score de 7.84% pour une moyenne de 5.92%, un score qui est en dessus de la moyenne, donc Massi exprime des difficultés de

sommeil en effet il fait souvent des cauchemars, parfois il a autant de plaisir à faire les choses qu'il aimait faire avant l'événement, il a presque chaque jour si peur, inquiet et triste qu'il ne peut même pas parler ni pleurer, il dore bien que parfois, il n'est presque jamais aussi attentif qu'avant l'événement, il presque tous les jours de s'éloigner des choses qu'il lui rappelle ce qui lui arrivé.

### Synthèse de l'échelle de CPTS-RI du cas de Massi

Massi a obtenu un score de 44 ce qui le qualifie d'un traumatisme sévère, ce qui signifie que notre sujet de recherche est complètement traumatisé cela est exprimé dans divers domaines. D'abord on voit que notre sujet de recherche a obtenu un score plus élevé en ce qui concerne les items explorant les symptômes de peur et d'anxiété secondaire à l'événement par un score de 6.16% pour une moyenne de 7.3%, puis il a obtenu un score moins fort dans les items qui explorent la reviviscence de l'évènement, l'émoussement de capacités de réaction, le désintérêt pour le monde extérieur ainsi que l'évitement, par un score de 10.64%, pour une moyenne de 31.6%, et les items qui explorent les difficultés de concentration, à l'école et au sommeil par un score de 7.84% pour une moyenne de 5.92%.

### 3) Présentation et analyse des résultats de l'échelle de CYRM-28

#### Cas N° 06 : Massi

#### Tableau N°25 : Résultats de Massi obtenus dans l'échelle de CYRM-28

Les résultats obtenus par notre sixième cas dans l'échelle de CYRM-28, seront présentés dans le tableau suivant :

Pas du tout	Un peu	Moyennement	Beaucoup	Enormément
0	10	12	52	30

Selon les réponses données on a obtenu un score de 104 pour une norme entre 28 et 140, un résultat qui indique que Massi est un enfant résilient c'est-à-dire un enfant qui essaye de se reconstruire malgré son choc.

On a obtenu des réponses qui varient entre pas du tout et énormément. Pour « *pas du tout* » on a obtenu un score de 0, pour « *un peu* » on a un score de 10, pour

« moyennement » on a un score de 12, pour « beaucoup » on a obtenu un score de 52, pour « énormément » on a un score de 30.

Les résultats obtenus dans la sous-échelle sont de 41 dans les items explorant le thème individuel. Pour les items explorant les fournisseurs de soins, on a obtenu un score de 22, pour les items explorant le thème contextuel on a obtenu un score de 40.

**Tableau N° 26 : Les résultats de la sous échelle de CYRM-28 de cas de Massi**

	Sous échelle	Items	Score	Score général
Thème individuel	Aptitudes personnelles	2, 8, 11, 13, 21	19	41
	Soutiens des pairs	14, 18	8	
	Aptitudes sociales	4, 20, 15, 25	14	
Thème fournisseurs de soin	Besoins physiologique	5, 7	8	22
	Besoin psychologique	6, 12, 17, 24, 26	14	
Thème contexte	Spirituel	9, 22, 23	11	41
	Education	3, 16	10	
	Culturel	1, 10, 27, 28, 19	20	

Dans la sous-échelle qui correspond au thème individuel on a obtenu un score de 41 pour une moyenne de 35, un score qui est en dessus de la moyenne. Par conséquent on a obtenu un score de 19 pour les aptitudes personnelles, pour une moyenne de 25, ensuite on a obtenu un score de 8 pour le soutien des pairs, pour une moyenne de 10, et un score de 14 pour les aptitudes sociales, pour une moyenne de 20. On remarque que cet enfant obtient un score plus élevé en ce qui concerne le soutien des pairs par un score de 8 pour une moyenne de 10, puis un score moins élevé en ce qui concerne les aptitudes personnelles par un score de 19 pour une moyenne de 25, puis les aptitudes sociales par un score de 14 pour une moyenne de 20.

Pour la sous-échelle qui correspond au thème fournisseur de soins on a obtenu un score de 22 pour une moyenne de 24, 01, ce qui signifie que le résultat est légèrement en

dessous de la moyenne. Ainsi pour les besoins physiologiques on a obtenu un score de 8 pour une moyenne de 10, et pour les besoins psychologiques on a obtenu un score de 14 pour une moyenne de 25. On constate que notre sujet obtient un score plus élevé dans les besoins physiologiques, puis un score moins élevé dans les besoins psychologiques.

Dans la sous-échelle qui correspond au thème contextuel on a obtenu un score de 41 pour une moyenne de 30.36 se qui signifie que le score est en dessus de la moyenne Ainsi pour le spirituel on a obtenu un score de 11, pour une moyenne de 15, pour l'éducation on a obtenu un score de 10 pour une moyenne de 10, pour le culturel on a obtenu un score de 20, pour une moyenne de 25. Donc on voit que notre sujet de recherche obtient un score plus élevé à propos de l'éducation, puis un score moins fort à propos du culturel puis de le spirituel.

Dans la sous-échelle qui correspond au thème individuel, dans les aptitudes personnelles on constate que notre sujet de recherche aime énormément collaborer avec les autres, il essaye beaucoup de terminer se qui la commencer, il dit que les gens aime moyennement être à sa compagnie, elle arrive moyennement à régler ses problèmes seul, il est moyennement consciente des ses forces. Pour le soutien des pairs ; elle se sent beaucoup soutenu par ses amis, et qu'ils sont beaucoup à ses cotés. Pour les aptitudes sociales, Salim sait beaucoup comment se comporter dans de différentes situations sociales, il voit qu'elle a beaucoup de chance pour prouver aux autres qu'elle est maintenant adulte et qu'elle peut agir d'une manière responsable, il sait beaucoup vers qui se diriger en cas il a besoin d'aide, elle trouve qu'elle a beaucoup de chance de développer des compétences qui lui seront utiles plus tard.

Par rapport à la sous-échelle qui correspond au thème fournisseurs de soins, à propos des besoins physiologiques notre sujet dit que ses parents le surveillent énormément de près, s'il a faim il mange énormément. Pour les besoins psychologiques, notre sujet de recherche dit que ses parents le connaissent un peu, il leurs parle un peu sur son ressenti, sa famille est un peu à ses côtés lorsqu'il a des difficultés, il se sent beaucoup en sécurité quand il est avec sa famille, et il apprécie beaucoup les traditions et la culture de sa famille.

A propos de la sous-échelle correspondant au thème contexte, concernant le spirituel, les croyances sont beaucoup une force pour lui, il participe beaucoup à des activités à caractère religieux, il est un peu important d'être au service de sa communauté, pour l'éducation, elle voit que l'éducation est énormément une chose importante pour lui, il se

sent énormément à sa place à l'école, concernant le culturel, Salim admire une personne beaucoup, il est énormément fier de son origine, il apprécie moyennement les traditions de sa communauté, il est moyennement fier d'être un Algérien, il est traité bien dans sa communauté.

### **Synthèse de l'échelle de CYRM-28**

Concernant notre sixième sujet de recherche, elle a obtenu un score de 104, un score qui est très proche de la moyenne qui est qualifiée selon le manuel du test de Cyrm-28 par 140. Cette résilience est manifestée dans tous les domaines. On a noté que Massi présente une plus grande résilience en ce qui concerne le thème de fournisseur de soins par un score de 22 pour une moyenne de 24.01, puis les items explorant le thème contextuel par un score de 41 pour une moyenne 30.36, et enfin un score de 41 pour une moyenne de 35 pour les items explorant le thème individuel.

### **Synthèse du sixième cas**

Grâce à notre entretien de recherche semi-directif ainsi que les deux échelles une destiné pour mesurer le degré de traumatisme chez l'enfant, un autre pour mesurer le niveau de la résilience chez l'enfant, on a pu comprendre d'une manière générale la qualité du vécu de Massi.

On constate que notre sujet de recherche a exprimé un traumatisme à un niveau sévère, qui veut dire que Massi est toujours en reviviscence de ce qu'il a enduré face au décès de sa mère, mais on voit bien selon notre échelle de Cyrm-28 que Massi arrive à se défendre et se reconstruire malgré son traumatisme.

Cependant on constate que les données recueillies dans l'entretien sont en discordance avec les informations récoltées dans les deux échelles. En effet selon notre entretien on voit bien que notre sujet de recherche est parfaitement résilient, il exprime des réponses positives par rapport à son vécu, mais si on se refait à notre échelle de CPTS-RI, on voit bien que notre sujet de recherche a eu un score qui est qualifié d'un traumatisme au niveau sévère. Ainsi ce désaccord entre les résultats peut être dû à notre avis à une résistance ou une défense, là où le sujet essaye de nous donner dans l'entretien une image positive de lui, c'est-à-dire qu'il ne veut pas manifester sa fragilité sur l'évènement vécu, c'est pour cela qu'il évite de rapporter des éléments qui peuvent signer une souffrance

psychologique portant attente à son image de soi ou à son narcissisme, donc il ne se donne pas le droit de montrer sa fragilité devant qui que ce soit.

## **Discussion des hypothèses**

### **Préambule**

Dans cette partie, nous allons discuter nos hypothèses pour pouvoir répondre aux questions de notre problématique, et ce dans le but d'affirmer ou d'infirmer nos deux hypothèses partielles.

Pour la réalisation de notre recherche, on s'est entretenu avec nos six cas de recherche, leurs pères, ainsi que leurs instituteurs, pour pouvoir rassembler d'abord des informations sur le ressenti de l'enfant, son attitude et son comportement avec la famille ainsi que tout son entourage, dans l'objectif de décrire le vécu psychologique des orphelins de mère dans la période de latence, en décrivant ou en évaluant leur degré de traumatisme psychique, leur niveau de résilience probable. Pour pouvoir accéder à cela nous avons utilisé un entretien de recherche semi-directif, ce dernier était divisé en trois parties : d'abord on a effectué un entretien avec l'enfant, puis avec son parent plus exactement son père, enfin on c'est entretenu avec son instituteur, par la suite on a accédé à l'échelle de CPTS-RI pour mesurer le degré du traumatisme psychique et le CYRM-28 pour mesurer le niveau de la résilience chez l'enfant.

Nous exposons l'approche à théorique du DSM car elle fournit une description claire du trouble en question, et ce, grâce à ses critères diagnostiques, rajouter à cela cette classifications a eu un retentissement mondial considérable, il n'est donc pas possible de la contourner ici dans notre travail. Ajoutant à cela on va utiliser des explications issues de l'approche psychodynamique qui soutient qu'il existe différents éléments qui expliquent nos comportements et processus mentaux qui déterminent notre façon d'interagir avec notre environnement, cette approche défend que la personne est régie par un principe inconscient, et tous événements qui se produit dans l'enfance auront des répercussions sur la vie psychique de l'être humain.

Nous présentent ici la discussion de tous les résultats obtenus à partir des cas cliniques que nous avons étudiés.

### **Hypothèse N° 01 : les enfants orphelins de mère développent un traumatisme psychique sévère.**

Pour pouvoir vérifier la viabilité de cette première hypothèse, nous nous sommes appuyées sur les résultats de l'entretien semi-directif de recherche et de l'échelle de CPTS-RI, pour pouvoir évaluer le degré du traumatisme psychique chez l'enfant, pour but d'affirmer ou d'infirmer notre présente hypothèse.

#### **Cas N° 01 : Amine**

Selon les informations que nous avons regroupées dans l'entretien semi-directif de recherche qui est présenté dans l'annexe N° 01, Amine présente des signes d'un traumatisme psychique, d'abord cela est exprimé par une reviviscence qui est détectée par les dires d'Amine : « *Macqa roḥey ḡor eemti itoley, selley mama teqqarak : ayya Amin tolet, wellid, assaniy aqlin, lxen didemmektiy belli temmut, diḥezney* ». (Quand je vais chez ma cousine et je tarde j'entends ma mère m'appelle et me demande de rentrer, je lui réponses d'accord j'arrive, puis je souviens qu'elle est morte, cela me rend triste deviens triste), il fait recours à l'évitement, et il souffre aussi des altérations du sommeil et de l'humeur.

Cela est considéré comme des signes d'un traumatisme psychique, ce qui est effectivement énoncé dans le DSM5, exactement dans le critère B1. Des souvenirs répétitifs, involontaires et envahissants du ou des événements traumatiques provoquant un sentiment de détresse.

De sa part, Freud parle de la conception de psychotraumatique comme ouvrant une brèche dans le bouclier de protection contre les stimuli. Cette effraction du par-excitation est rendue possible par l'intensité extrême de ces stimuli. Cette effraction du par excitation est rendue possible par l'intensité extrême de ces stimuli qui déborde les mécanismes de défense du moi. Le syndrome de répétition et, en particulier, les rêves répétitifs sont les illustrations cliniques de la compulsion de répétition et de la fixation au traumatisme, mises en œuvre à la suite de la sidération et du débordement traumatique des défenses. (Khadija, Benmahammed, 2011).

Dans l'échelle de CPTS-RI qui est cité dans l'annexe 03, Amine a obtenu un score de 46, un score qui indique que notre sujet de recherche présente un traumatisme psychique



sévère selon le manuel de CPTS-RI. En répondant notamment par presque tous les jours à l'item 5 « *faits tuent des bons ou des mauvais rêves (cauchemars) à propos de ce qui t'est arrivé où fait tu d'autres sortes de cauchemars* ».

Selon les analyses des données qu'on a pu obtenir dans l'entretien de recherche semi-directif et dans l'échelle de CPRS-RI, on affirme notre première hypothèse pour ce premier cas, sachant qu'Amine présente un niveau du traumatisme psychique sévère.

### **Cas N° 02 : Farah**

À la suite des éléments accrocher par l'entretien de recherche semi-directif montré dans l'annexe N° 01, Farah présente certains signes qui indiquent la présence d'un traumatisme psychique, ce qui est exprimé par une tristesse, et une peur de perdre son père, elle disait: «*Taggadey papa iyiğ dayi*». (J'ai peur que mon père me laisse aussi). On voit que notre sujet de recherche généralise l'événement vécu sur d'autres événements qui sont vécu dans sa vie, ce qui est considéré comme une angoisse de séparation.

Ce concept théorique de l'angoisse de séparation a été ainsi, introduit dans les années cinquante (1956) par les Américains pour décrire l'état émotionnel qui résulte d'une relation pathologique entre l'enfant et sa mère. Estes et coll. la définissent comme : «*un état émotionnelle pathologique dans lequel enfant et parents, habituellement la mère, sont impliqués au travers d'une relation de dépendance hostile caractérisée primitivement par un intense besoin de la part à la fois de l'enfant et de la mère de se maintenir ensemble dans une étroite proximité physique* ». (Bailly, 2004, p. 12)

Dans l'échelle de CPTS-RI montré dans l'annexe N° 03, Farah a obtenu un score de 28, ce qui est qualifié d'un traumatisme psychique de niveau modéré. Se qui se laisse voir dans le fait qu'elle pense que cet événement pourrait encore se reproduire, dans l'item 6 : «*parfois il y a des choses qui me font penser que cela pourrait se reproduire?*». Mais sa lui a pas empêché de se reconstruire et de voir la vie positivement.

Selon les analyses des données qu'on a pu obtenir dans l'entretien de recherche semi-directif et dans l'échelle de CPRS-RI, on infirme notre première hypothèse pour ce deuxième cas, sachant que Farah présente un niveau du traumatisme psychique modéré.

**Cas N° 03 : Ramy**

En suivant les informations récoltées à partir de notre entretien de recherche semi-directif présenté dans l'annexe N° 01, Ramy présente des signes minimes d'un traumatisme psychique, ainsi il a oublié presque tous l'évènement vécu, ce qui est considéré comme un mauvais signe, c'est une forme d'une dissociation mnésique.

De ce fait, le traumatisme psychique provoque des troubles mnésiques de divers ordres : perturbation de l'encodage, amnésie partielle voire totale, souvenirs décontextualisés de l'évènement, remémoration impersonnelle de l'évènement, ou même confusion. Les souvenirs traumatiques sont souvent oubliés ou non directement accessibles. (Fareng, Plagnol, 2014).

Dans l'échelle de CPTS-RI exposé dans l'annexe N° 03, Ramy a obtenu un score de 23, un score qui indique que notre sujet de recherche présente un traumatisme psychique faible, selon le manuel de CPTS-RI. Se qui est constaté d'après sa réponse par souvent à l'item 3 : « *revois-tu des images dans ta tête de ce qui t'es arrivé, ou entends-tu des bruits qui te rappellent ce qui t'est arrivé ?* ».

Selon les analyses des données qu'on a pu obtenir dans l'entretien de recherche semi-directif et dans l'échelle de CPRS-RI, on infirme notre première hypothèse pour troisième cas, sachant que Ramy présente un niveau du traumatisme psychique faible.

**Cas N° 04 : Salim**

En fonction de notre entretien de recherche semi-directif énoncé dans l'annexe N° 01, Salim exprime une symptomatologie relative à un traumatisme psychique, en se focalisant sur les souvenirs répétitifs et la tristesse qu'engendre sur la psyché de notre sujet de recherche, il pense souvent à ce qu'il a enduré ce qui le rend triste et le pousse à se sentir seul et de mauvaise humeur. Cela se laisse à voir dans sa réponse qui est considéré comme une hypermnésie: « *cfiy mlih fayen neac lwaħi d mama...* ». (Je me souviens bien ce que j'ai vécu avec ma mère...), cela est considérée comme une hypermnésie, cette dernière est vue comme un trouble de la mémoire.

Lorsqu'un enfant est précocement privé de soins maternels et qu'il ne peut pas établir une relation affective stable avec un adulte qui répond à ses besoins de façon régulière et constante, l'enfant éprouve des difficultés à utiliser son potentiel et ses ressources internes.

Par conséquent, celui-ci présente de graves troubles psychologiques et comportementaux dont le pronostic peut être négatif à long terme. (Boukerrou, 2010)

Dans l'échelle de CPTS-RI présenté dans l'annexe N° 03, Salim a obtenu un score de 41, un score qui indique que notre sujet de recherche présente un traumatisme psychique sévère selon le manuel de CPTS-RI. Par exemple dans sa réponse par presque tous les jours à l'item 5 : «*fais-tu des bons ou des mauvais rêves (cauchemars) à propos de ce qui t'est arrivé ou fait d'autres sortes de cauchemars ?*». Cela est un signe pathognomonique du trauma. Dès lors, la répétition traumatique est à la fois signe de traumatisme, preuve d'une inadaptation des défenses révélatrices d'une impossibilité d'élaboration du traumatisme.

Selon Lebigot, l'intérêt du terme de névrose est d'indiquer l'architecture du soubassement signifiant qui va être impactée par l'effraction traumatique, ainsi la névrose traumatique résulte de ce que le sujet fait du trauma, ce réel qu'est le trauma est alors ce qui ne peut être réduit par le symbolique et qui reste comme tel, marque du traumatisme psychique originaire enserré au cœur de l'inconscient par le fantasme. (Lebigot, 2016)

Selon les analyses des données qu'on a pu obtenir dans l'entretien de recherche semi-directif et dans l'échelle de CPRS-RI, on affirme notre première hypothèse pour le quatrième cas, sachant que Ramy présente un niveau du traumatisme psychique sévère.

### **Cas N° 05 : Walid**

D'après les informations recueillies de l'entretien de recherche semi-directif exposé dans l'annexe N° 01, Walid présente un traumatisme psychique bien exprimé dans ces réponses, on le voit dans son discours, son évitement aux questions concernant directement le décès de sa mère, ces pleurs, et les différents cauchemars à répétaient. On l'a remarqué dans son discours : «*Tburuyey mama kul nhar* ». (Je rêve chaque jour de ma mère), et dans sa réponse «*byhiy irewley gayen iddismektayniyid merra mama* ». (Je veux m'enfuir de tous se qui me fait penser à ma mère). Donc notre sujet de recherche répond bien au critère du DSM-5, qui indique : 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, et aussi il utilise le processus d'évitement qui est indiqué dans le critère C.2 :2 évitement ou efforts pour éviter les rappels externes (personnes, endroits, conversations, activités, objets,

situations) qui réveillent des souvenirs des pensées ou des sentiments associés à un ou plusieurs événements traumatiques et provoquant un sentiment de détresse.

De plus de sa réponse : « *g la classe sgamiy iconsentriy, acehal dabrid tha teqqaley, syamiy ihefdey, elaal teqqalentiyyid teswirat n mama, itreyyieiyit wannima ileqra...lxen byiy ishuy, irewley merra fayen iddismektiwniyid dyes* ». (En classe je n'arrive à me concentrer, plusieurs fois je n'assiste pas, je n'arrive pas à apprendre, parce que des images me revienne en tête, cela me perturbe dans mes études...puis je n'arrive pas à oublier, m'enfuir de tous ce qui me fait penser à elle).

En effet, Vilamot indique que les répercussions du traumatisme sur la scolarité occupent souvent le devant de la scène clinique, avec baisse brutale des performances ou difficultés scolaires insidieuses. L'enfant est alors décrit comme distrait, rêveur, incapable de se concentrer sur ses devoirs, ayant souvent des difficultés à la rétention mnésique. Les troubles mnésiques peuvent avoir une fonction d'évitement de la confrontation cognitive que lui impose la remémoration de l'événement. Dans certains cas, les difficultés scolaires s'expriment sous forme de troubles de l'adaptation scolaire. (Chelala, 2012)

Dans le CPTS-RI abordé dans l'annexe N° 03, Walid a obtenu un niveau de traumatisme psychique sévère cela est bien apparus dans sa réponse par presque tous les jours à l'item 4 : « *pense-tu à ce qui t'est arrivé même si tu ne veux pas y penser* ».

Selon l'analyse des données obtenues dans l'entretien de recherche semi-directif et dans l'échelle de CPTS-RI, on affirme notre première hypothèse pour le cinquième cas, sachant que Walid présente un traumatisme psychique, qui est de type traumatisme psychique sévère.

### **Cas N° 06 : Massi**

En se conformant à notre entretien de recherche semi-directif cité dans l'annexe N° 01, notre sujet de recherche éprouve une souffrance traumatisme, ce dernier est manifesté dans les différentes réponses de notre sujet, et en se basant sur le fait que Massi revit la scène traumatique. Cela est bien déterminé par ses dires : « *tmeyyizey bezzaf f mama tbureyat...lxen shusseyy didiqqel wayen eacey, lxen ietbiyi uqroy-iw, tmenniyy lukan didi itella dilaq thibbiyi* ». (Je pense trop à ma mère, je rêve d'elle...après je sens que cet

événement va se reproduire, puis des fois ça m'arrive d'avoir mal à la tête, j'ai aimé s'elle était à mes cotés, il m'aurait donné beaucoup d'affection).

Ce qui est bien considéré selon le DSM-5 comme un signe d'un traumatisme psychique, et il est mentionné dans le critère B.5 : 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.

Le manque de satisfaction du besoin de l'amour chez l'enfant orphelin, conduit au sentiment de rejeté et de réticence des autres en leur présence, ce qui favorise en lui le désir de d'introversion et de complaisance, et la réticence à s'intégrer dans la communauté, et souffrirait de carence affective, il se sent indésirable et devient gravement incompatible et perturbé psychologiquement. Ainsi, le manque de satisfaction des besoins entraîne un sentiment de malaise et de tension, cherchant un état qui lui ramène un équilibre psychologique perdu, à cause du besoin non satisfait, quand celui-ci l'état des conditions physiques ou psychologiques se produit et se fait sentir. (Houyaq, 2017)

Dans l'échelle de CPTS-RI exposé dans l'annexe N° 03, Massi a obtenu un score de 44, un score qui indique que notre sujet de recherche présente un traumatisme psychique sévère selon le manuel de CPTS-RI. Cela se laisse voir comme dans sa réponse presque tous les jours à l'item 3 : « *revois-tu des images dans ta tête de ce qui t'es arrivé, ou entends-tu des bruits qui te rappellent ce qui t'est arrivé* ».

D'après l'analyse des données obtenues dans l'entretien de recherche semi-directif et dans l'échelle de CPTS-RI, on affirme notre première hypothèse pour ce deuxième cas, sachant que Walid présente un traumatisme psychique, de type traumatisme sévère.

**Hypothèse N° 02 : les enfants orphelins de mère développent une résilience élevée.**

Afin de vérifier notre deuxième hypothèse, nous nous sommes étayées sur l'entretien de recherche semi-directif, ainsi que le test de CYRM-28, pour pouvoir évaluer le niveau de la résilience chez les enfants orphelins de mère.

Pour pouvoir discuter notre deuxième hypothèse on va présenter l'ensemble des résultats obtenus par nos outils de recherche.

### **Cas N° 01 : Amine**

D'après notre entretien de recherche semi-directif présenté dans l'annexe N° 01, on constate qu'Amine malgré le degré sévère du traumatisme vécu il semble essayer de faire face à sa souffrance, en effet notre sujet de recherche se trouve traumatisé mais sa relation avec ses amis est positive. Cela se laisse voir dans sa réponse : « *segmi temmut mama tased iyori tsebbiriyi, muhal iyyeḡen uḡdi, teawwanniyi statsayniyi mahqa ḡezney* ». (Depuis que ma mère est morte, ils ne me laissent jamais seul, ils viennent me voir, ils me font du courage, ils me laissent jamais seul, ils m'aident quand je suis triste)

En effet, l'entourage des victimes et joue un rôle très important comme tuteur de résilience pour venir en aide et remplacer l'appareil psychique défaillant ou affaibli par le traumatisme, effectivement, les victimes qui ont eu un environnement favorable sont arrivées dépasser leurs traumatismes. (Benhamouche, Oulebsir, 2015)

D'après l'analyse des données obtenues dans l'entretien de recherche semi-directif et dans l'échelle de CYRM-28, on infirme notre deuxième hypothèse pour ce premier cas, sachant qu'Amine présente une résilience faible.

### **Cas N° 02 : Farah**

À la suite des éléments accrocher par l'entretien de recherche semi-directif montré dans l'annexe N° 01, Farah présente certains signes qui indiquent la présence d'un traumatisme psychique, ce qui est exprimé par une tristesse, et une peur de perdre son père, elle disait: « *Taggadey papa iyiḡ dayi* ». (J'ai peur que mon père me laisse aussi). On voit que notre sujet de recherche généralise l'événement vécu sur d'autres événements qui sont vécu dans sa vie, ce qui est considéré comme une angoisse de séparation.

D'après l'échelle CYRM-28 présenté dans l'annexe N° 11, Farah a obtenu un score de 115, pour une moyenne entre 28 et 140 selon le manuel de Cyrm-28, un résultat indiquant que notre sujet de recherche c'est bien évoluer malgré les obstacles vécus. On l'a constaté par exemple à travers sa réponse énormément à l'item 2 : « *je collabore avec les autres autour de moi* ». Grâce à la relation avec les et les aptitudes sociales ainsi qu'intellectuel, et la présence d'un tuteur de la résilience, Farah arrive à oublier le vide que

sa mère a laissé, et pouvoir accepter son malheur. Cela est bien constaté par sa réponse énormément à l'item : « *Mes parents me surveillent de près* ».

Effectivement, d'après une étude réalisée par Zettota, Kouadria (2013), démontre clairement qu'un enfant orphelin de mère, ayant perdu celle-ci dans la petite enfance (moins de cinq ans), ne développe pas forcément un type d'attachement insécure (quatre enfants sur sept sont sécurisés). Il leur est donc possible de renouer avec d'autres figures d'attachement présents dans leur entourage proche et jouant le rôle du substitut maternel. Cette figure pouvant être le père, la tante maternelle ou même la belle-mère (comme nous l'avons pu observer chez les cas étudiés), elle représenterait une source affective sécurisante permettant à l'enfant de surpasser la perte de sa mère à un âge si jeune représentant un trauma psychique du fait de la séparation précoce de l'enfant de son premier donneur de soin, avant de pouvoir acquérir une maturité lui procurant une certaine indépendance. (Bouzeriba-Zettota, Kouadria, 2013)

D'après l'analyse des données obtenues dans l'entretien de recherche semi-directif et dans l'échelle de CYRM-28, on affirme notre deuxième hypothèse pour ce deuxième cas, sachant que Farah présente une résilience assez élevée, qui se trouve bien raffermie par le soutien de ses amis ainsi que les conditions favorables vécues

### **Cas N° 03 : Ramy**

Selon les informations recueillies avec notre entretien de recherche semi-directif montré dans l'annexe N° 01, notre sujet de recherche exprime une résilience qui peut être bien observé dans son attitude sa motivation ainsi que ces attentes de l'avenir. On l'a constaté à travers son discours : « *thibbiy leejeb irohey iqriy* ». (J'aime beaucoup aller étudier). Par le fait on voit aussi que la qualité de la relation menée avec sa famille et plus précisément de son père après la mort de sa mère, le pousse à avoir une volonté de réussir et de se développer en dépit des difficultés.

En réalité, la mort de son père ou de sa mère va engendrer des modifications sur l'attachement que vivra avec le parent vivant, c'est une réaction issue de la douleur et la souffrance d'une perte parce que l'absence d'une figure d'attachement représente un danger extérieur, car avec la mort de la mère les besoins intérieurs importants de l'orphelin demeurent non comblés et avec la mort de père vont perdre le soutien et sécurité extérieur que lui donne. (Djahnine, 2013)

D'après l'échelle de CYRM-28 montré dans n° annexe N° 11, Ramy a eu un score de 105 pour une moyenne entre 28 et 140, un score qui est bien proche de 140, ce qui signifie que notre sujet de recherche a une capacité d'être solide, ce dernier est possible d'abord grâce au thème contexte c'est-à-dire le culturel comme premier point puis le spirituel et l'éducation. Qui se voit par exemple sa réponse énormément à l'item 8 : « *j'essaie de terminer ce que j'ai commencé* ».

D'après les analyses des données de l'entretien de recherche semi-directif et dans l'échelle de CYRM-28, on affirme notre deuxième hypothèse pour ce troisième cas, sachant que Ramy présente une résilience élevée, cela est bien renforcé comme on a pu noter par le thème contextuel et personnel.

#### **Cas N° 04 : Salim**

Suivant les informations recueillies par notre entretien de recherche semi-directif exposé dans l'annexe N° 01, Salim exprime une certaine résilience, dans des domaines précis. Cela est bien exprimé dans son discours : « *tmenniy iddeqley d bib bac izerey i33awny lyqci nihelkene* ». (Mon rêve est de devenir un médecin pour aider les gens qui sont malades).

D'après l'échelle de CYRM-28 exposé dans l'annexe N° 11, Salim a eu un score de 67 pour une moyenne entre 28 et 140, un score qui indique que notre sujet de recherche a une capacité faible de résister aux chocs, cela est renforcé d'abord par les aptitudes personnelles puis du thème contexte et thème fournisseur de soin. On peut voir cela, comme par sa réponse par beaucoup à l'item 20 : « *j'ai la chance de prouver aux autres que je suis maintenant adulte et que je peux agir d'une manière responsable* »

D'après les analyses des données de l'entretien de recherche semi-directif et dans l'échelle de CYRM-28, on infirme notre deuxième hypothèse pour ce quatrième cas, sachant que Salim présente une résilience moyenne.

Selon les résultats obtenus dans l'entretien de recherche semi-directif qu'on a abordé dans l'annexe N° 01, notre cinquième sujet exprime une résilience minimale, exprimés dans des domaines variés.

D'après l'échelle de CYRM-28 abordé dans l'annexe N° 11, Walid a eu un score de 59 pour une moyenne entre 28 et 140, un score qui signifie qu'il est faiblement résilient.



Qui est constaté par sa réponse par exemple par beaucoup à l’item 5 : « *mes parents me surveillent de près* ». Effectivement, selon une étude réalisé par Ben Salem, la catégorie des enfants orphelins, est considéré comme une catégorie qui a besoin de beaucoup d’attentions, et atteindre le plus haut degré de compatibilité, grâce à notre contact avec l’échantillon de recherche, nous avons constaté que ces enfants doivent être écoutés et intéressés. (Ben Salem, 2017)

D’après les analyses des données de l’entretien de recherche semi-directif et dans l’échelle de CYRM-28, on infirme notre deuxième hypothèse pour ce cinquième cas.

### **Cas N° 06 : Massi**

D’après les résultats obtenus par l’entretien de recherche semi-directif présenté dans l’annexe N° 01, Massi est un enfant qui a toutes les caractéristiques de résilience, sachant qu’il est un enfant stable et bien suivi à la maison ce qui lui permet de dépasser son traumatisme. Cela se laisse à voir par la confirmation de son père : « *isea bezzaf nimdukkal, iseeddiw lweqt did-sen* ». (Il a beaucoup d’amis, il passe de bons moments avec eux)

Cela était bien infirmé par l’échelle de CYRM-28 présenté dans l’annexe N° 11, en effet son score est de 104, pour une moyenne entre 28 et 140, donc c’est sujet qui arrive à se reconstruire, malgré son traumatisme qui est encor présent. En répondant par énormément à l’item 2 : « *je collabore avec les autres autour de moi* ».

D’après les analyses des données de l’entretien de recherche semi-directif et de l’échelle de CYRM-28, on affirme notre deuxième hypothèse pour notre sixième cas.

**Hypothèse générale : la nature du vécu psychologique d’un enfant orphelin de mère dans la période de latence (6 à 12 ans), diffère d’un sujet à un autre, pour certains on retrouve un mauvais vécu psychologique exprimé par le traumatisme psychique sévère, pour d’autres on retrouve un bon vécu psychologique exprimé par une résilience élevé.**

Dans ce qui suit nous allons présenter les tableaux des résultats de nos outils psychométriques utilisés, pour pouvoir discuter notre hypothèse générale grâce aux données et informations obtenues dans notre entretien de recherche semi-directif et les résultats de CPTS-RI qui mesure le degré du traumatisme psychique chez l'enfant, et CYRM-28 qui est indiqué pour mesurer le niveau de la résilience chez l'enfant.

**Tableau N° 27: Tableau réduplicatif des résultats des sujets dans l'échelle de CPTS-RI**

Prénom	Amine	Farah	Ramy	Salim	Walid	Massi
Jamais	0	0	0	0	0	0
Presque jamais	3	4	4	4	4	1
Parfois	14	8	6	12	12	14
Souvent	21	12	9	9	21	9
Presque tous les jours	8	4	4	16	8	20
Score générale	46	28	23	41	45	44
Le niveau du traumatisme	Sévère	modéré	faible	Sévère	sévère	sévère

**Tableau N° 28: Tableau récapitulatif des résultats des sujets dans les sous-échelles de CPTS-RI :**

Prénom / sous-échelles	Amine	Farah	Ramy	Salim	Walid	Massi
La reviviscence de l'évènement, l'émoussement de capacités de réaction, le désintérêt pour le monde extérieur ainsi que l'évitement	11,7%	5,04%	7,8%	9,52%	11,7%	11,2%
Les symptômes de peurs et d'anxiété secondaire à l'évènement.	6,16%	3,92%	1,68%	5,04%	6,16%	6,72%
Relatifs aux difficultés de concentrations, à l'école et du sommeil.	7,84%	6,72%	3,63%	7,84%	7,84%	7,84%

Le tableau ci-dessus représente le tableau récapitulatif de l'ensemble de nos cas de recherche, on remarque que quatre (04) de nos cas ont un niveau sévère de traumatisme

psychique, sauf Farah qui un niveau modéré de traumatisme psychique et Ramy avec un niveau faible de traumatisme psychique.

**Tableau N° 29: Tableau récapitulatif des résultats des sujets au CYRM-28**

Prénom	Amine	Farah	Ramy	Salim	Walid	Massi
Pas du tout	8	0	1	4	7	0
Un peu	12	0	4	28	28	10
Moyennement	15	21	21	15	12	12
Beaucoup	32	44	44	20	12	52
Enormément	5	50	35	0	0	30
Score général	72	115	105	67	59	104
La signification	Faible	Elevée	Elevée	Faible	Faible	Elevée

**Tableau N° 30 : Tableau récapitulatif des résultats des sujets aux sous-échelles de CYRM-28**

		Amine	Farah	Ramy	Salim	Walid	Massi
Thème : individuel	Aptitude personnelle	21	43	39	33	22	41
	Soutien par les pairs						
	Aptitude sociale						
Thème: fournisseur de soin	Besoin psychologique	18	30	25	13	16	22
	Besoin physiologique						
Thème : contexte	Spirituel	33	42	41	21	21	41
	Education						
	Culturel						
Score générale		63	115	105	67	59	104

Le tableau ci-dessus, représente le tableau récapitulatif de l'ensemble de nos sujets, on déduit que Farah, Ramy, Massi obtiennent un niveau de résilience élevé, pour Amine, Salim et Walid obtiennent un score faible par rapport à la moyenne, ce qui est renforcé par des thèmes différents.

### **Cas N° 01 : Amine**

D'après les résultats de notre entretien de recherche semi-directif, on remarque qu'Amine présente un vécu psychologique qui semble être mauvais, ces résultats ont été démontré par l'échelle de CPTS-RI qui indique que notre sujet de recherche présente un traumatisme à un niveau sévère, ce qui signifie qu'il endure une grande souffrance psychologique due à la perte de sa mère, en se référant à la reviviscence de l'évènement, l'anxiété ainsi que les difficultés de concentrations à l'école et au sommeil. Cela n'empêche pas l'émergence d'un processus résilient mais qui est faible, ce qui est soutenu par la présence de l'aide de ces pairs, les aptitudes sociale et individuel par des scores minimales. Donc la nature du vécu psychologique est mauvaise.

### **Cas N° 02 : Farah**

Selon les résultats rassemblés à partir de notre entretien de recherche semi-directif, Farah exprime un vécu psychologique plutôt bon, cela se laisse à voir, d'abord son regard optimiste envers sa famille, voir qu'elle est bien soutenue à la maison, ce qui a pour conséquent un effet sur la résistance et l'épanouissement chez notre sujet de recherche. Ainsi elle a tendance à utiliser un mécanisme de défense qui est l'humour qui permet de dépasser un conflit émotionnel en les rendant amusant. En effet cela est bien exprimé dans l'ensemble de réponses données au moment de la passation de notre échelle de CYRM-28, ce qui indique que Farah arrive à s'épanouir et à dépasser son traumatisme. En conséquence la nature du vécu psychologique est bonne.

### **Cas N° 03 : Ramy**

En se référant aux informations recueillies dans l'entretien de recherche semi-directif, on voit bien que notre sujet de recherche semble présenter un bon vécu psychologique. D'abord cela se laisse à voir par son tempérament calme, la maîtrise de sa tristesse et de sa nervosité, ce qui est lié en effet à sa personnalité, on l'a constaté aussi au niveau des réponses données dans l'échelle de CYRM-28 qui vient nous confirmer les

données constatées par notre entretien de recherche semi-directif, par une résilience élevée, et un traumatisme faible qui est déduit par notre échelle de CPTS-RI. Alors la nature du vécu psychologique est bonne.

#### **Cas N° 04 : Salim**

D'après les résultats retenus de l'entretien de recherche semi-directif, Salim présente un éventuel mauvais vécu psychologique. D'abord cela est déduit dans l'ensemble de ces réponses données au moment de l'entretien, ce qui est vu dans son inhibition surtout en ce qui concerne l'événement de la mort de sa mère, c'est une forme d'un évitement de ce qui lui rappelle sa tristesse, on l'a constaté aussi par l'ensemble des informations recueillies, par l'échelle de CPTS-RI qui montre un degré de traumatisme sévère. Pourtant on remarque quelques signes de résilience qui sont minimes, exprimé dans l'entretien comme son optimisme envers l'avenir, et dans l'échelle de CYRM-28, ce qui est renforcé par les items explorant les besoins psychologiques. D'où la nature du vécu psychologique est mauvaise.

#### **Cas N° 05 : Walid**

En se focalisant sur les résultats retenus de notre entretien de recherche semi-directif, on déduit que Walid présente bien des signes d'un traumatisme psychique, voir la reviviscence de l'événement, ce qui est manifesté par les troubles de sommeil et des rêves à répétitions de sa mère, en effet les résultats de l'échelle de CPTR-RI indiquent que Walid exprime un traumatisme sévère, cependant il exprime une certaine résilience qui est renforcée par le soutien des pairs. Ainsi en se référant aux résultats de notre entretien de recherche ainsi qu'aux résultats de notre échelle de CPTS-RI nous laisse croire qu'il y a un vécu psychologique plus au moins mauvais. Dès lors la nature du vécu psychologique est mauvaise.

#### **Cas N° 06 : Massi**

En se focalisant sur les données récoltées de notre entretien de recherche semi-directif on voit bien que notre sujet de recherche présente un éventuel bon vécu, en se référant au fait que malgré la perte de sa mère il arrive à se reconstruire de réussir dans ces études et de nouer de bonnes relations sociales. En effet, on a obtenu un score élevé de la résilience dans notre échelle de CYRM-28, cependant on a obtenu un score de traumatisme

psychique qui le qualifie selon le manuel de notre échelle de CPTS-RI de traumatisme au niveau sévère. Cela rend ce cas un peu complexe, cette complexité peut être due à la résistance de notre sujet de recherche, le recours à d'autres outils de recherche auraient pu être mieux prononcé sur ce cas. Ainsi, la nature du vécu psychologique est bonne mais la symptomatologie traumatique reste importante chez lui.

### **Synthèse des cas**

Concernant notre étude on parle plutôt d'un traumatisme psychique secondaire qui s'inscrit dans l'après coup, il englobe les personnes qui ont été indirectement touché par un événement traumatique, ce sont des victimes secondaires, en effet ce type de traumatisme n'est pas réservé à la condition de victime, il peut être aussi le fait des témoins et des acteurs. (Chelala, 2012).

Concernant la résilience comme on l'a déjà cité dans la partie théorique, c'est la capacité à réussir, à vivre et à se développer positivement, de manière socialement acceptable, en dépit du stress ou d'une adversité qui comportent normalement le risque grave d'une issue négative. (Theis, 2006). Comme on a pu détecter cela est bien renforcé par des thèmes divers, commençant des capacités individuelles, interactions sociales, et aussi ce qui concerne le contextuel.

Ainsi, face au choc chacun réagit selon ses caractéristiques personnelles et aussi des stimulations reçues de l'environnement, ce qui fait que nos cas chacun vit son deuil selon les interactions entre des facteurs de protections ou de risques internes et externes.

En effet, on doit préciser que d'après notre étude Amine, Salim, Walid selon notre entretien de recherche et notre échelle de CPTS-RI, semblent présenter un vécu psychologique de nature mauvaise, ils présentent en effet des caractéristiques peu résilient, par contre Farah, Ramy et Massi ont l'air d'avoir un vécu psychologique de nature bonne, quoique Farah exprime un niveau de traumatisme du type modéré, et Ramy un niveau de traumatisme psychique du type faible, et Massi avec un niveau de traumatisme sévère, cela est illustré par notre entretien de recherche semi-directif et notre échelle de CYRM-28.

Effectivement, les enfants orphelins de mère présenteraient un traumatisme psychologique, et la qualité de leurs résiliences dépendrait de l'impact de ce traumatisme sur le vécu psychologique. Par le fait, l'impact de traumatisme psychique serait sévère chez les sujets ayant des capacités de résilience faible. Par contre on voit que l'impact de

traumatisme psychique serait faible chez les sujets présentant des capacités de résilience élevée.

D'abord on voit bien que nos cas, notamment Amine, Salim et Walid présentent des signes d'un traumatisme et ils ont une faible capacité de résilience, cela est exprimé par la reviviscence, la réminiscence, des troubles de sommeil, altération du rendement scolaire, ainsi que l'évitement de la situation lui rappellent le décès de la mère, en effet l'histoire de vie de ces enfants explique leurs souffrances actuelles.

Se qui est considéré comme une forme de souffrance psychique exprimée devant un choc ressenti, face à la perte d'une figure d'attachement de base qui est censée protéger l'enfant des excitations extérieures, comme on l'a déjà vu dans la partie théorique la figure d'attachement fonctionne, en principe, comme un havre de sécurité, une source de réconfort et de protection dans un contexte d'activation physiologique ou de menace environnementale, et comme base de sécurité pour l'exploration. La disponibilité de la figure d'attachement s'accompagne du développement d'une expérience par l'enfant d'une sécurité de l'attachement : l'expérience de la sécurité est associée à une perception de la figure d'attachement comme disponible, et l'anxiété ou l'insécurité est associée à la perception d'une menace face à cette disponibilité. (Tereno, Soares, Martins, Sampaio, Carlson, 2007)

La prise en charge du traumatisme psychique exige deux (02) étapes, d'abord on doit procéder à une intervention immédiate qui consiste à la verbalisation de l'expérience traumatique permet au sujet de se dégager du trauma en gestation. C'est la parole qui peut introduire encore à temps le fantasme protecteur et assimilateur. Au-delà de l'intervention immédiate, il sera parfois nécessaire de poursuivre la prise en charge, L'accompagnement psychologique est un second niveau d'intervention. C'est un temps d'écoute, d'évaluation et d'orientation qui doit permettre au sujet de bénéficier s'il le souhaite, d'une prise en charge psychothérapeutique. (Lemitre, 2001)

Ensuite, par rapport à nos cas qui sont Farah, Ramy, et Masi, on n'a pas constaté vraiment des signes d'un traumatisme psychique important et intense, c'est plutôt quelques signes de tristesse, une peur, quelques difficultés de concentration, à part ça c'est des cas pleins d'espoir qui arrive à se reconstruire et à se projeter dans l'avenir, et de se développer normalement malgré les conditions difficiles. Cela est renforcé par qualités internes, mais aussi grâce au soutien reçu de l'entourage.

On peut dire que le processus de résilience est en construction permanente. Il résulte d'un échange interactif et multifactoriel, situé au croisement entre l'individu, la famille et l'environnement social. La résilience suppose de s'adapter aux situations fortement délétères, en mettant à contribution des modalités de protection relevant des ressources internes et externes au sujet (l'environnement affectif et social), ce qui permettra de réunir les conditions de la (re)construction psychique et de la reprise d'un développement malgré l'adversité. (Anaut, 2009)

Comme ont a mentionné précédemment, trois (03) de nos cas de recherche qui sont (Amine ; Salim ; Walid) vivent dans une souffrance psychologique profonde exprimée par un traumatisme sévère, se qui les inscrit dans une nature de vécu mauvaise, par contre nos trois autres sujets de recherche qui sont (Farah ; Ramy ; Massi) arrivent à se reconstruire grâce au soutien reçu, ce processus passe par différentes phases tout au fils du parcours de vie, se qui les inscrit dans une nature de vécu psychologique bonne.

Effectivement, la nature du vécu psychologique chez les enfants orphelins de mère âgés de 6 à 12 ans diffère d'un sujet à un autre, ce qui confirme en effet notre hypothèse générale.



La perte de la figure maternelle, est une situation contraignante, constituerait une véritable source de défaillance affective chez l'enfant orphelin, et serait capable d'engendrer de graves perturbations qui entraverait son développement harmonieux ultérieur.

En effet, cette perte est traumatique chez l'enfant qui a subi les conséquences parce qu'elle survient au moment où il est profondément vulnérable, étant donné l'immaturation physique et psychologique dans laquelle il se trouve et face à laquelle il est démuné, étant dépourvu de capacités de satisfaire ses différents besoins par ses propres moyens. Viendrait s'ajouter aux effets du chagrin et de la tristesse liés à la séparation et à la perte, la complexité du travail de deuil chez l'enfant et sa difficulté à intégrer la notion de mort dont le caractère définitif de la séparation. Cependant, il existe une certaine catégorie d'enfants qui amorcent une trajectoire de développement psychosocial positive, malgré la perte de leur figure maternelle d'attachement et malgré un milieu de vie défavorable. Cette capacité à vivre et à se développer malgré l'adversité s'appelle la résilience. Ce mécanisme de remaniement psychologique se manifeste par une aptitude à rebondir face à un événement de vie qui aurait pu être fatal. Ce processus de résilience permet aux enfants blessés d'évoluer et de donner un sens à leur existence par une mise en mots sur leurs maux les plus profonds.

Dans notre travail de recherche intitulé « *le vécu psychologique des enfants orphelins de mère* », que nous avons réalisé au niveau de deux écoles primaires (l'école primaire de Melbou et l'école primaire de Tala Khaled dans la wilaya de Bejaia), auprès de six cas âgés entre 8 ans et 12 ans. On a tenté de déterminer la nature du vécu psychologique des enfants orphelins de mère, en retenant deux indicateurs cliniques qui sont le traumatisme psychique et la résilience.

Afin d'arriver aux objectifs retracés dans notre recherche et de vérifier nos hypothèses portant sur les deux indicateurs du vécu psychologique cités ci-dessus, nous avons opté à la méthode clinique, qui nous a permis la compréhension approfondie des sujets ; elle se caractérise également par la mise en œuvre de techniques spécifiques pour développer une étude de cas. En l'occurrence, dans notre recherche, on a utilisé l'entretien clinique de recherche semi-directif, l'échelle du traumatisme psychique (CPTS-RI), et

l'échelle de la résilience (CYRM-28). Ces outils d'investigation, nous ont servi pour confirmer ou d'infirmier nos hypothèses.

A partir de tout ce qui a été détecté, combiné et recueillis durant notre recherche, on n'a constaté que notre première hypothèse partielle intitulée « *les enfants orphelins de mère développe un traumatisme psychique sévère* » est affirmée pour Amine, Salim, Walid, Massi qui ont obtenu un niveau sévère. En revanche, Nous l'avons infirmé pour Farah qui à obtenu un niveau modéré, et Ramy qui a obtenu un niveau faible.

Notre deuxième hypothèse partielle intitulée « *Les enfants orphelins de mère développe un processus de résilience élevé* » est affirmée pour Farah, Ramy, Massi qui ont eu un score élevé par rapport à la norme qui est indiqué selon le manuel de CYRM-28 de 140 et nous l'avons infirmée pour Amine, Salim, Walid qui ont eu un score faible par rapport à la norme qui indique selon le manuel de CYRM-28 de 140.

Ainsi, notre hypothèse générale intitulée « *Le vécu psychologique d'un enfant orphelin de mère diffère d'un sujet à un autres ; pour certains on retrouve un mauvais vécu psychologique exprimé par le traumatisme psychique sévère et pour d'autre, on retrouve un bon vécu psychologique exprimé par la résilience* » est affirmée pour Amine, Salim, Walid, Massi qui ont un mauvais vécu psychologique exprimé par une symptomatologie traumatique explicite. Elle est aussi affirmée pour Farah, Ramy, Massi qui ont un bon vécu psychologique exprimé par l'émergence manifeste d'une résilience.

Dès lors, nous avons constaté que le décès de la mère peut vraiment produire chez certains enfants une souffrance et un vécu psychologique mauvais exprimé par le traumatisme, et certains d'autre parviennent à surmonter cet événement en montrant des capacités de résilience étonnantes et cela grâce à leurs aptitudes personnelles ainsi qu'étayage au sein de leurs familles, et également dans leur environnement.

Cependant, il faut souligner que l'ensemble des résultats montre la nécessité d'un accompagnement de ce type population étudiée. De ce fait, l'enfant qui a vécu la mort de sa mère surtout après avoir établis un attachement et une affectivité aussi intense envers cette dernière, ne devient pas résilient seul. Il a besoin du réconfort et d'un environnement plus sécurisant et plus protecteur de sa famille, surtout de la part d'une personne qui va essayer de lui procurer tout ça. A ce propos notre société algérienne se tourne vers le

substitut maternel qu'on appelle « *Alhadhana* » qui peut être la tante, la grand-mère, la belle-mère, la grande sœur...et qui a un rôle très important pour l'enfant car il induit la bonne poursuite de son développement après d'être fragilisé par le décès de sa mère. Ainsi au niveau extrafamilial l'enfant orphelin a besoin de retrouver du soutien social dans son entourage et de pouvoir évoluer au sein d'un groupe social qui a des représentations sociales à contenu favorisant le processus de résilience chez lui. Également il est très nécessaire de fournir des psychologues dans des écoles primaires dans le but de comprendre leur vécu et les aider à développer des attitudes et des comportements qui favorisent l'épanouissement de leur personnalité, leur réussite scolaire et les aidé à résoudre les problèmes d'ordre socio-affectif et intellectuel que l'enfant orphelin peut rencontrer, ainsi il est très souhaitable de sensibiliser les enfants et leurs parents sur les effets du traumatisme, et créer des cellules d'urgence pour une prise en charge immédiate et une contribution d'ordre financière économique psychologique par l'Etat .

Nous nous sommes également heurtées à un certain nombre d'obstacles, qui nous ont, à un moment ou à un autre, freinée, les plus importantes difficultés à laquelle nous nous sommes confrontés est la difficulté de faire un entretien avec certains enfants, surtout en abordant l'évènement traumatogène et carence d'études antérieures. Malgré les difficultés rencontrées, nous souhaitons que nous ayons pu mettre en lumière le vécu et la souffrance des enfants orphelins de mère.

Pour finir, on pourra dire que ce travail reste un premier pas pour un long chemin, les recherches futures pourront tester les résultats de cette étude dans d'autres contextes car la méthodologie que nous avons mise en place, a permis l'exploration des variables que nous souhaitions investiguer, tout en permettant aux participants de s'exprimer librement sur des éléments dont nous n'aurions pas nécessairement envisagé la pertinence.

Pour la poursuite des recherches dans ce champ, nous soulignons cependant l'importance de recueillir également des données objectivables et quantifiables (via des questionnaires ou échelles d'évaluation psychologique) de façon à pouvoir disposer d'un plus grand nombre de données et de résultats plus aisément reproductibles. Ainsi il paraît nécessaire pour nous de nous exempter de toute généralisation hâtive dans la mesure notre recherche ne s'est portée que sur l'étude de quelques cas cliniques. Des recherches ultérieures, mieux contrôlées, pourront alors être menées avec un grand échantillon.

Il importe toutefois d'être prudent dans l'interprétation des résultats, car chiffrer la résilience, c'est le danger d'interpréter hâtivement les résultats, de stigmatiser plutôt que d'aider à renforcer la résilience.

C'est pour cela que nous allons présenter quelques thématiques que nous estimons nécessaires à étudier ultérieurement : la différence du vécu psychologique d'un enfant orphelin de mère et un enfant orphelin de père, le devenir psychologique des enfants orphelins de mère, La qualité de l'attachement chez un enfant orphelin de mère.

# *Liste des références*

**Références en langue française**

1. Abdelhak, A. (2015). *Les interactions Père-Enfant dans la société algérienne* (thèse psychologie et science de l'éducation). Université de Mascara. Algérie.
2. Ait-Zai, N. (2005). Les droits de l'enfant en Algérie. *Rapport alternatif 40eme pré-session du comité des droits de l'enfant, 8 juin*. Genève : nation-unies.
3. Ait-zai, N. (2008). *la filiation dans le mariage et hors mariage*, Dossier La Kafala, Revu de CIDDEF, n°17 Juin. Alger.
4. Ajuriaguerra, J-D. (1980). *Manuel de psychiatrie de l'enfant* (2eme édition). Paris : Masson.
5. Alaphilippe, D, Baill, N. (2013). *Psychologie de l'adulte âgé*. Bruxelles : De Boeck.
6. Albarello, L. (2011). *Choisir l'étude de cas comme méthode de recherche*. Bruxelles : université de Boeck.
7. Alexandre, B. (2005). *Psychologie clinique et psychopathologie* (2eme édition). Bruxelles : Bréal.
8. Allard-Dansereau, C ,Cyr, M, Hébert ,M ,Tourigny., & al.(2012). *l'agression sexuelle en vers les enfants Tom 2* .Québec :presse de l'université de Québec.
9. Amandine. T. (2006). *Approche psychodynamique de la résilience* (Thèse de Doctorat en Psychologie nouveau régime Spécialité : Psychologie Clinique) Université de Nancy 2. France.
10. Anaut, M. (2003). *La résilience, surmonter le traumatisme*. Paris : Armand colins.
11. Anaut, M. (2005). Le concept de résilience et ses applications cliniques. *Recherche en soins infirmiers*, 82(3), 4-11. doi: 10.3917/rsi.082.0004.
12. Anaut, M. (2006). L'école peut-elle être facteur de résilience ? *Empan*, 63(3), pp.30-39. doi:10.3917/empa.063.0030.
13. Amy, M. (2008). *Construire et soigner la relation mère enfant*. Paris : Dunod.
14. Anaut, M. (2009). La relation de soin dans le cadre de la résilience. *Informations sociales*, 156(6), pp.70-78. <https://www.cairn.info/revue-informations-sociales-2006-page-70.htm>.
15. Anaut, M. (2015). La résilience : évolution des conceptions théoriques et des applications cliniques. *Recherche en soins infirmiers*, 121(2), pp.28-39. Doi:10.3917/rsi.121.0028
16. André, P. (2006). *Formation médicales et paramédicales*. Paris : Heures de France.

17. Angel. (2013). *Le petit Larousse de la psychologie*, Paris :Larousse.
18. Ansen-Zeder, E. (2010). *Altérité traumatique, adaptation, résilience, frère ou sœur d'une personne en situation d'handicap mentale* (Thèse en vue de l'obtention du titre de docteur psychologie).France.
19. Assan, J-M. (2013). Angoisse de séparation et phobie. *Le Coq-héron*, 212(1), pp.96-108. doi:10.3917/cohe.212.0096.
20. Bachmann, J. (2004). Éthique et psychiatrie de l'enfant. Dans Serge Lebovici, *Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, 4 volumes*, pp. 3071-3082. Paris : Presses Universitaires de France. doi:10.3917/puf.diatk.2004.01.3071.
21. Bacqué, M-F.(2007). *Les Deuils dans la vie :Deuil et séparation chez l'adulte et chez l'enfant*(3eme éd), Pari: Maloine.
22. Bailly, D. (2004). *L'angoisse de séparation chez l'enfant et l'adolescent*. Paris : Masson.
23. Bailly, .( 2005). *La peur de la séparation de l'enfance à l'âge adulte*. Paris : Odile Jacob. Barrois, C. (1998). *Les névroses traumatiques*. Paris : Dunod.
24. Baudier, A, Céleste, B. (2004). *Le développement affectif et social du jeune enfant*. Paris : Nathan.
25. Benhamouche, B.(2015). *Le traumatisme psychique chez les victimes des événements de 2001 en kabyle*. Université de Bejaia. .
26. Benmahammed, Kh, Bakti, A. (2011). *Prise en charge des enfants victime de maltraitance sexuelle, Application d'une thérapie cognitivo—comportemental* (Mémoire de magister en sciences sociales).Algérie.
27. Beaufort, M. (2003).*L'enfant souffrant de trouble de l'attachement*. Belgique : RESP.
28. Bigwood. S .(2017).*Etre parent d'un enfant à3 ans*. lovin-la neuve, Belgique: de Boeck supérieur.
29. Bioy, A, Fouques, D. (2002).*Manuel de psychologie du soin*. Rosny : Bréal.
30. Blanchet, A. Gotman, A. (2014). *L'enquête et ses méthodes : l'entretien (2)*. Paris : Armand Colin.
31. Bloch, H., & al. (2000). *Dictionnaire de la psychologie*. Paris : Larousse.
32. Bonnet, M. (2011). *Anthropologie d'un service de cancérologie pédiatrique ; de la parole au choix*, paris : Harmattan.

33. Bonnot, O, Ferrari, P. (2013). *traité européen de la psychiatrie et de la psychopathologie de l'adolescent*. Paris : Lavoisier.
34. Born, M. Glowacz, F. (2014). *psychologie de la délinquance*. Louvain-la-Neuve : De Boeck.
35. Bouchard, C, Fréchette, N. (2000). *Le développement global de l'enfant de 6 à 12ans en Contextes Éducatifs*. Canada : presse de l'université de Québec.
36. Boudoukha, A-H. (2009). *Burn-out et traumatismes psychologiques*. Paris : Dunod.
37. Boukerrou, A. (2010). *Emergence du fonctionnement de résilience chez les enfants Abandonnés* .université de Constantine. Algérie.
38. Boulenger, J-F ., & Lépine, J-P. (2014). *Les troubles anxieux*. Paris. Lavoisier msp
39. Bourcet, S. (2003). *psychopathologie clinique*. Paris : Ellipses.
40. Bourrat, M-M., Olliac. (2014). *Enfance et traumatisme psychique*. Dans l'information psychiatrique, 90, pp.447-456.
41. Boutaleb, D. (2008). *L'enfant sourd et sa famille*. Insaniyat.
42. Bouteyre, E. (2004). *Réussite et résilience scolaires chez les enfants de migrants*. Paris : Dunod.
43. Bouzeriba, R. (2014). *La Résilience de l'enfant Face au décès maternel* (Thèse en vue de l'obtention du diplôme de Doctorat En Sciences en Psychologie). Université de Skikda. Algérie.
44. Braconnier. (2006). *Introduction à la psychopathologie*. Paris : Masson.
45. Braquin, N, Baudart, A, Dugué, J, Laffitte, J, Ribes, F, Wilfert, J.(2011). *Dictionnaire de philosophie*. Paris : Armand Colin.
46. Brière, M. (2011). *Mise en place d'un protocole de prise en charge du sujet psychotraumatisme au sien du service d'accueil des urgences du service du centre hospitalier et universitaire d'angers : peut-traumatique ?* (Diplôme D'Etat de Docteur en médecine docteur en médecine). Université D'Angers. France.
47. Brun, D. (2007). *Le rapport de l'enfant à la mort : paradoxes d'une souffrance*. *Reliance*, 26(4), pp.34-42. Doi:10.3917/reli.026.0034.
48. Bulletin du Centre Islamique. (2014). *Trois numéros par an Adresse 104*. Rue des Eaux-Vives de Genève. <http://www.cige.org>.
49. Burckel, J, Kreppold, G. (2001). *Les crises dans l'existence*. Paris : Médiaspaul.
50. Canard, C.(2017). *Le développement de l'adolescence : l'adolescence a la recherche*



- de son identité*. La neuve : de Boeck.
51. Caputo, C. (2017). *La mort à l'école : Annoncer, accompagner*. Louvain-la-Neuve, Belgique : De Boeck supérieur.
  52. Cario, R. (2002). *Victime du traumatisme à la restauration : ouvre du justice et victimes*. Paris : le Harmattan.
  53. Catherine, N. (2012). *Psychopathologie de la scolarité*. Paris : Elsevier Masson.
  54. Catherine, N. (2014). *Trouble de la scolarité et l'échec scolaire a l'adolescence*. France : centre hospitalier Henri Labori.
  55. Chabrol, C, Radu-Lefebvre, M. (2017). *Psychologie de la communication et Persuasion : théories et applications*. Bruxelles : De Boeck Supérieur.
  56. Chabrol, H. (2005). Les mécanismes de défense. *Recherche en soins infirmiers*, 82(3),PP. 31-42. doi:10.3917/rsi.082.0031.
  57. Chahraoui, Kh, Bénony, H. (2003). *Méthodes, évaluation et recherches en psychologie clinique*. Paris : Dunod.
  58. Chahraoui, Kh, Bénony, H. (2013). *L'entretien clinique*. Paris : Dunod.
  59. Chahraoui, Kh. (2014). *15 cas clinique en psychopathologie du traumatisme*. Paris : Dunod.
  60. Charlotte, M., & Sahuc, C. (2006). *La sexualité chez l'enfant et l'adolescent*. France : Studyparents.
  61. Chazaud, J. (2005). *Précis de psychologie de l'enfant*. Paris : Dunod.
  62. Chelala, H. (2012). *Du traumatisme à la résilience chez les élèves dans les classes primaires dans le contexte de la guerre de juillet 2006 au Liban-sud. Histoire* (Thèse de doctorat en Cultures & Sociétés dans le monde arabe et musulman) Bordeaux III : Université Michel de Montaigne – Français. France.
  63. Chidiac, N, Crocq, L . (2010). *Le psycho trauma. Stress et trauma. Considérations historiques Stress and psycho trauma*. Paris : Elsevier Masson.
  64. Chilland, C. (1983). *L'entretien clinique*. Paris : Presse Université de France.
  65. Chilland, C. (2013). *L'entretien clinique*. Paris : Presse Université de France.
  66. Chantepine, A, Mourage, CH. Marchand, S, Ployet, G-L. (2003). *La pédiatrie en poche* (5 édition). France : Dunod
  67. Choussy-Desloges. (2016). *La psychosomatique pour les nuls*. Paris : First.
  68. Ciccone, A. (1998). *L'observation clinique*. Paris : Dunod.

69. Ciccone, A. (2014). L'observation clinique attentive, une méthode pour la pratique et la recherche cliniques. *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, 63(2), PP.65-78. Doi:10.3917/rppg.063.0065.
70. Code de la famille. (2007).*Secrétariat général du gouvernement*. République Algérienne démocratique et populaire.
71. Colin, A. (2015). *L'observation clinique et l'étude de cas*. Paris : Dunod.
72. Condamin, C. (2009). Trauma, résilience et mémoire du corps. À propos d'un cas d'enfant sexuellement maltraité, approche projective et théorico-clinique. *Bulletin de psychologie*, 503(5), pp. 457-466. Doi:10.3917/bupsy. 503.0457.
73. Couvert, M. (2011). *Les premiers liens*. Bruxelles : Fabert.
74. Cox, Hinz, M , Borgh, S , Uytbergen, M-J.(2004). *Application Clinique des diagnostics infirmiers : l'adulte, l'enfant, la femme en pérennité, la personne âgée, soin à domicile et en psychiatrie*. Bruxelles : de Boeck.
75. Cramer, B., Robert-Tissot, C., Rusconi, S. (2002). *Du bébé au préadolescent : une étude longitudinale*. Paris : Odile Jacob.
76. Crespin G.(2016). *La vitalité relationnelle du bébé*. Bruxelles : Fabert.
77. Crocq, L., & al. (2007). *Traumatisme psychique : prise en charge des victimes*. paris : Masson.
78. Crocq, L. (2012). *16 leçons sur le trauma*. Paris : Odile Jacob.
79. Cyrulnik, B. (2014).*Ecole et résilience*. Paris : Odile Jacob.
80. Cyrulnik, B, Pourtois, J-P.(2007).*Ecole et résilience*. Paris : Odile Jacob.
81. Daligand, L. (2009). Le psychotrauma de l'enfant. *Stress et Trauma*. 9(4) :000000.
82. Danhoundo. G. (2014).Les orphelins et leurs familles en Afrique une réflexion sur la logique d'acteur autours de soutien aux enfants orphelins chez les Mossi. Ouagadougou (Burkina Faso) (thèse en sociologie, université Laval). Québec.
83. Danion-Grilliat, A, Bursztejn, C. (2011). *La Psychiatrie de l'enfant*. Paris : Université de France.
84. Dasen, V. &Gaillard-Seux. (2017). Introduction – Accueil et soin de l'enfant (Antiquité, Moyen Âge). *Annales de Bretagne et des pays de l'Ouest*, 124-3(3),pp. 7-12.<https://www.cairn.info/revue-annales-de-bretagne-et-des-pays-de-l-ouest-2017-3-page-7.htm>.

85. De Boucaud, M.(1985). *Psychosomatique de l'enfant asthmatique*. Bruxello: Mardaga.
86. De Perrot, E ,Weyeneth, M. (2004). *Psychiatrie et psychothérapie : Une approche psychanalytique*. Bruxelles : De Boeck.
87. De Saint Paule, J. (2013). *Estime de soi, confiance en soi : s'aimer s'apprécier et croire en soi*. Paris : Inter.
88. De Tychy, C. (2010).*La santé psychologique de l'enfance, fragilité et prévention (2eme édition*. Paris : Dunod.
89. Decam, L. (2012). *De la névrose traumatique a l'état de stress post-traumatique : étude d'une population de consultants aux urgences psychiatriques*(Thèse pour l'obtention du Doctorat en médecine ).Université Joseph Fourier. France.
90. Delage, M.(2008). *la résilience familiale*. Paris : Odile Jacob.
91. Deldim, R. Vermeulen, S. (2004).*Le développement psychologique de l'enfant*. Bruxelles : de Boeck.
92. Deleau, M, et al. (.2006).psychologie de développement : *premier et seconde cycles universitaire*. Rosny Seine-Saint-Denis : Bréal.
93. Denéchère, Y, Niget, D. (2015). *Droits des enfants au XXe siècle, Pour une histoire transnationale*. Rennes : Presse universitaire de Rennes.
94. Denis, P. (2001).*L'excitation à la période de latence, Entre refoulement et répression*. Quadrige : Presses Universitaires de France.
95. Denis, P. (2004).*La Pathologie à la période de latence, dans le nouveau traité de psychiatrie l'enfant et de l'adolescent*. Quadrige : Presses Universitaires de France.
96. Denis, H. (2017). *Traité les troubles anxieux chez l'enfant et l'adolescent. Du diagnostic à la prise en charge*. Paris : Dunod.
97. Devain, A-L. (2014).*syndrome de stresse poste traumatique et trouble cognitifs associer*. Paris : Dunod
98. Djahnine, F. (2013). *La qualité d'attachement que vie le jeune adulte orphelin avec le parent vivant (mémoire en psychologie clinique)*. Bejaia. Algérie.
99. Djanad, M. (2006).*Le droit de l'enfant en Algérie* (Thèse en droit et science politique).Université de perpignan. Algérie.
100. Djo, L. (2013). *Fratrie germaine et appropriation de la famille recomposée*,

- Par l'enfant de 6-13 ans, Une approche bioécologique.* Toulouse : Le Mirail.
101. Dollander, M, De Tychev, C. (2010). La santé psychologique de l'enfant (2eme éd), *fragilité et prévention* .Paris : Masson.
  102. Doron, R, Parot, F. (2013).*Dictionnaire de psychologie.* Paris : puf.
  103. Dumont, M, Plancherel, B. (2001).*Stress et adaptation chez l'enfant.* Sainte-Foy [Que.] : Presses de L'université du Québec.
  104. Durandea, T, Tardy-Ganry, M-N. (2006). Les troubles des personnalités chez l'adolescent : *Comment réagit en tant que parent.* France : Study parent.
  105. Durieux, M-P. (2006). *Développement et troubles de l'enfant.* Québec. |
  106. Ezembe, F. (2013). *Les adolescents noirs en France: Des jeunes en quête d'identité.* Paris : Karthala.
  107. Fareng, M, Plagnol, A. (2014).Dissociation et syndrome traumatique .*Apport actuel de l'hypnose*, 4(12), pp29-46.paris. Mariologiques.
  108. Fawer Caputo, C. (2017). La mort à l'école : *Annoncer, accueillir, accompagner.* Louvain-la-Neuve, Belgique : De Boeck.
  109. Fenichel, O. (1979).*La théorie psychanalytique des névrose.* Paris : PUF.
  110. Fevez, N. (2012).*L'évaluations du contexte familiale dans l'examen psychologique de l'enfant.* France : Masson.
  111. Fiertay, O, Taylor, S, Tareen, A, Garralda, E.(2012). Troubles somatoformes traduction : *Virginstalino. Sous la direction de : prixite Gérardin, avec soutien de la SFPEADA.* Français : Cohen.
  112. Figueroa A, Soutullo C, Ono Y, Saito K. Separation anxiety. In Rey JM (ed), *IACAPAP e-textbook of Child and Adolescent Mental Health.* Geneva: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions.
  113. Fischer, S.2005. *Touts e joue tant qu'on est vivant.* Paris : le manuscrit.
  114. Freud, S. (1920). *Au-delà du principe de plaisir.* In *Essais de psychanalyse.* Paris : Payot.
  115. Freud, A. (1964). *Le traumatisme psychique,* in *L'enfant dans la psychanalyse.* Collection connaissance de l'inconscient.
  116. Gannagé, M.(1999). L'enfant, les parents et la guerre : *Une étude clinique au Liban .Paris : ESF. .*

117. Genoude, M-D. (2017). Deuil, maladie, séparation : *Pratiques d'accompagnement des familles*. Louvain-la-Neuve, Belgique : De Boeck Supérieur.
118. Geuedni, N, Geuedni, A. (2010). *L'attachement : Approche clinique : du bébé à la personne âgé*. Paris : Elsevier Masson.
119. Ghiglone, R., Richard, J-F.(1999). *Cours de psychologie (3ème édition) : Champ et théories*. Paris : Dunod.
120. Giami, A. (2009). La posture clinique dans la recherche en psychologie et en science humaine, in Ionesco, S & Blanchet, A, *Méthodologie de la recherche en psychologie clinique*. Paris : Puf.
121. Gindt, M. (2014). *Perspectives développementales des marqueurs cognitifs du cours temporel des symptômes* (Thèse de doctorat pour obtenir le grade de Docteur en psychologie. L'université nice Sophia Antipolis. France.
122. Gold Blond, M-H, Lionnet, C, De Montgolfier. (2009). *pédiatrie en maternité*. Paris : Elsevier Masson.
123. Goldbeter-Merinfeld, E. (2005). *Théorie de l'attachement et approche systémique*. Dans *cahier critique de thérapie familiale*, 2(35).pp.13-28.
124. Goldbeter-Merinfeld, E. (2009). *Le deuil impossible : famille et tiers parent*. Bruxelles : de Boeck.
125. Golse, B. (2007). *L'attachement entre théorie des pulsions et théorie de la relation d'objet*. Dans *l'attachement de la théorie clinique*. Toulouse : France.
126. Gonzales-Puell. (2017). *Les trouble mentaux dans la déficience intellectuel*. Paris : Harmattans.
127. Grawitz, M. (2001). *Méthodes des sciences sociales (11)*. Paris : Dalloz.
128. Guedeney. (2007). *L'attachement, un lien vitale*. Bruxelles : Fabert.
129. Guerra, N- , Williamson, A., Lucass-Marina, B. (2017). *Normal développement: infancy, childhood and adolescence*. In Rey JM Ed, IACAPAP e-Text bookof Child and Adolescent Mental Health. Geneva: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions.
130. Guidetti, M, Lallemand, Morel, M-F. (2000). *Enfance d'ailleurs, d'hier et d'aujourd'hui*. Paris : Armand Colin.
131. Guidetti. M, Tourette. C. (2008). *Introduction à la psychologie du développement*. Paris : Armand Colin.

132. Guillard, S. (2007). *Adaptation scolaire*. Paris : Elsevier Masson.
133. Hallet, B, Beauforf, M. (2003). *L'enfant souffrant de trouble de l'attachement*. Belgique: Petaleasbl.
134. Hamrouni. S. (2015). *La psychologie de l'enfant*. Repéré à [http://www.issep-ks.rnu.tn/fileadmin/user1/cour/psycho\\_de\\_l\\_enfant\\_PDF\\_lfep.pdf](http://www.issep-ks.rnu.tn/fileadmin/user1/cour/psycho_de_l_enfant_PDF_lfep.pdf).
135. Hanus, A. (2004). *Le deuil chez l'enfant, dans le nouveau traité de la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*. Presse universitaire de France : Quadrage.
136. Harel-Béroud, H. (2010). *Manuelle de psychologie a l'usage des soignants*. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson.
137. Heuzy, F-M. (2001). *Suicide de l'adolescence*. Paris : Masson.
138. Hjemdal, O, Friborg, O, Stiles, T. (2010). Résilience et personnalité. *Bulletin de psychologie*, 510(6), pp.457-461. doi:10.3917/bupsy.510.0457.
139. Houhou, Y.( 2011). *La kafala en droit algérien et ses effets en droit français* (Thèse de Doctorat en science juridique). Université de Pau et des pays de l'Adour écoles doctorale science sociales et humanités. France.
140. Houhou, Y. (2014). *La kafala en droit algérien et ses effets en droit français* (Thèse de doctorat en science juridique) Université de PAU. France.
141. [http://documents.irevues.inist.fr/bitstream/handle/2042/45938/ANM\\_2009\\_12.pdf?sequence=1](http://documents.irevues.inist.fr/bitstream/handle/2042/45938/ANM_2009_12.pdf?sequence=1).
142. <https://journals.openedition.org/efg/1244>.
143. [https://psyaanalyse.com/pdf/Psychologie\\_du\\_d%C3%A9veloppement\\_de\\_la\\_naissance\\_a\\_l%27adolescence.Pdf](https://psyaanalyse.com/pdf/Psychologie_du_d%C3%A9veloppement_de_la_naissance_a_l%27adolescence.Pdf)
144. <https://salafislam.fr/lorphelin-sheikh-ibn-utheymin/>.
145. Ionesco, S, Schauder, S. (2012). *L'étude de cas en psychologie clinique :4 approches théoriques*. Paris : Dunod.
146. Jacquet-Smailovic, M. (2011). Les conséquences d'un deuil dans l'enfance à moyen et à long terme. *Revue internationale de soins palliatifs*, 26(1), pp. 16-21. doi:10.3917/inka.111.0016.
147. Jacquet-Smailovic, M. (2007). *L'enfant, la maladie et la mort d'un proche expliquée à l'enfant*. Bruxelles : de Boeck.
148. Jolibert, B. (1981). *L'enfant XVII siècle*. Librairie philosophique J : Vrain.

149. Josse, E, Crocq, De soir, E.(2019).*Le traumatisme psychique chez l'adulte*. Louvain-la-Neuve : De Boeck supérieur.
150. Josse, E, Crocq, L, De soir, E. (2019). Le traumatisme psychique chez l'adulte. Louvaine-la –Neuve : De Boeck supérieur.
151. Jouhet, P. (1993). Le syndrome amnésique. Dans : *Mémoire et conscience*, pp. 51-66. Paris : Presses Universitaires de France.
152. Jungers, P, Joly, D, Man N-K., &Legendre, C. (2011).L'insuffisance rénale chronique: *prévention et traitement*. Paris : Médecine sciences publications-Lavoisier.
153. Koninckx, G. &Teneau, G. (2010). Chapitre 1. La résilience : un nouveau concept. : *Dans Résilience organisationnelle: Rebondir face aux turbulences*, pp. 20-59. Louvain-la-Neuve, Belgique: De Boeck Supérieur.
154. Kreinsler, L, Guedeney, A. (2009).Dans *devenir*. 1(21), pp.5-6.Savignat, 2008, le trauma psychique .Paris :l'harmattan.
155. Kreppold, G, Burckel, J. (2001).les crises dans l'existence. Paris : Médiaspaul.
156. Lachal, C. (2010). Le traumatisme et ses représentations. *Journal français de psychiatrie*, 36(1), PP. 9-12. doi:10.3917/jfp.036.0009.
157. Langenfeld, S, Merckling, J. (2011). *Le processus psychopathologique*. Paris : Elsevier Masson.
158. Laplanche, J, Pontalis, J. B. (1968). *Vocabulaire de la psychanalyse*. Paris : Presses Universitaire de France.
159. Lavard, A-M. (2008). *Guide méthodologique de la recherche en psychologie*. Bruxelles : de Boeck.
160. Le Guen, C. (2008).*Dictionnaire Freudien*. France : puf
161. Le petit Larousse Illustré. (2008). Paris : Larousse
162. Lebigot, F. (2005).*Traiter les traumatismes psychique*. Paris : Dunod.
163. Lebigot, F. (2009). Le traumatisme psychique, *Stress et trauma*. 9 (4) : pp.201 -20.
164. Lebigot, F. (2016).traiter les traumatismes psychiques. Paris : Dunod.
165. Lecourt, E. (2015). La psychanalyse : *Une synthèse d'introduction et de référence pour découvrir l'histoire, les concepts, les figures et les pratiques*. French :

- Eyrolles.
166. Lemay, M. (1999).réflexions sur la résilience .Ramon ville Saint-Angne : ERES.
  167. Lemelim,P ,prorrt,M ,Torabulsy,G ,Torabulsy,Pamondon,A ,Dufresne,C.(2012). Le développement social et émotionnel chez l'enfant et l'adolescent : les bases de développement .Canada : presse université de Québec.
  168. Lemitre, S. (2001). L'accompagnement des victimes. *VST - Vie sociale et traitements*, n° 70(2), 36-39. doi:10.3917/vst.070.0036.
  169. Levillain-Danjou, A. (2015).Deuil et parole. Bayeux. Centre Hospitalier.
  170. Liebenberg, Everfair, Joubert, Foucault. (2017).Comprendre les éléments et les indicateurs fondamentaux de la résilience. *revu Exhaustive de la littérature*. Canada : Centre pour la promotion Agence de la santé publique.
  171. Liébert, Ph. (2015). Chapitre 5, les principaux traumatismes chez l'enfant confiés à l'ASE. *Dans quand la relation parentale est rompue* (Page 35/60) .paris : Dunod.
  172. Ionesco, S, Jourdan-Ionescu, C. (2011). Évaluation de la résilience. Dans S. Ionesco (Éd.), *Traité de résilience assistée*, (pp. 61-135). Paris : Presses universitaires de France.
  173. Lousif, L. (2009).*La résilience chez les traumatisés suite à l'accident de la route* (Mémoire de magister en psychologie clinique). Constantine ; Université Mentouri. Algérie.
  174. Luc, R. (1982). *Enfance et société*. Montréal: Hubutisehnh.
  175. Maldi, H. (2008). *Les souffrances de l'adolescence: Trauma et figurations du traumatique*. Besançon : Presses universitaires de Franche-Comté.
  176. Mallet .P et al, (2003), *Psychologie du développement, enfance et adolescence*, Paris : Belin.
  177. Marcelli, D, Cohen, D. (2012). *Enfance et psychopathologie*. Issy-les-Moulineaux France: Elsevier Masson.
  178. Mareau, C, Dreyfus, A-V. (2004). *L'indispensable de la psychologie*. Levallois-Perret : Studyrama.
  179. Mareau, C. (2005).*Les troubles du sommeil et les colères chez l'enfant* .Levallois-Perret (Hauts-de-Seine) : Studyparents.



180. Mariage, A. (2001). Stratégies de coping et dimensions de la personnalité : étude dans un atelier de couture. *Le travail humain*, vol. 64(1), 45-59. doi:10.3917/th.641.0045.
181. Marty, F. (2009). Les grandes problématiques de la psy clinique. *Les grandes problématiques de la psychologie clinique*. paris : Dunod.
182. Mathieu-Blondet, A., Malet, A., Devy, R., Causeret, M., Rouquette, A. & Fanello, S. (2008). Évaluation de la prise en charge des patients atteints d'accident vasculaire cérébral (AVC) dans un centre hospitalier. *Santé Publique*, vol, 20(6), 561-574. doi:10.3917/ spub.086.0561.
183. Mayet, L. (1912). Le développement physique de l'enfant. *Dans Bulletin de la Société d'anthropologie de Lyon*, pp.98-112. doi : 10.3406/linly.1912.12664.
184. Mazoyer, A., Auriol-Verge, S., Roques, M. & De Berail, B. (2016). Vécu psychique du trauma de la maltraitance infantile et résilience sororale : Lecture clinique et projective. *Revue québécoise de psychologie*, 37 (1).pp. 225–250. <https://doi.org/10.7202/1040111a>.
185. Mésés, R. (2012). Classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent(CFTMEA).Renne : Presses de l'école des hautes études en santé publique.
186. Michael, B. (2016). *Diagnostics différentiels DSM-5*. paris : Elsevier Masson.
187. Michel, G, Suzanne, Z, Marie-France. (2000). *Enfance d'ailleurs, d'hier et d'aujourd'hui*. Paris : Armand colin.
188. Miljkovitch, R, Morange-Majoux, F, Sander, E. (2017). *La théorie de l'attachement*. Paris : Elsevier Masson.
189. Mirza, H. (1994). *Pédagogie différenciée et croissance spirituelle des écoliers*. Montréal : Médiaspaul.
190. Missonnier, S. (2007). « je t'aime, moi non plus » : Théorie de l'attachement et psychanalyse. Dans l'attachement de l'art de la théorie à la clinique, pp. 7-15. Toulouse : France ERES.
191. Molinie, M. (2015). La solitude des orphelins : Dans l'école des parent, 5(616), 28-29.
192. Montandon, C, Osiek.1997 l'éducation de point de vue de l'enfant :un peut blesser au fond du cœur .paris :Harmattan.

193. Morgan, S. (2012). *L'état de stress poste traumatique ; diagnostic, prise en charge et réflexion sur les facteurs*. Paris: publiBook.
194. Moutassem-Mimouni, B. (2005). La résilience des enfants abandonnés en Algérie. Dans : Fondation pour l'enfance, *La résilience : le réalisme de l'espérance* (pp. 117-126). Toulouse, France: ERES. Doi:10.3917/eres. fonda.2005.01.0117.
195. Moutassem-Mimouni, B. (2012). Les enfants nés hors mariage en Algérie .InD. Bonnet et al, *Modèles d'enfance* (PP. 207-223) archives contemporains.
196. Navrid, J, Rathus, S, Green, B.(2009). Psychopathologie. France : De Boeck.
197. Negro-Morel, A. (2012).*La période de Latence et l'Adolescence Cours de psychologie I.F.S.I.* Lyon (France) : École Rockefeller.
198. Neyrand, G. (2014). *L'évolution des savoirs sur La parentalité*. Bruxelles : Yapaca.be
199. Nicole, G-N. (2008). L'indispensable en culture générale : classe préopérateur, IEP, Concours administratif. Rosny-sous Bois : Bréal.
200. Olliac, B. (2013). *Evénements de vie, traumatismes psychiques et tentatives de suicide chez l'enfant et l'adolescent* (Doctoral dissertation, Université de Toulouse, Université Toulouse III-Paul Sabatier).France.
201. Olliac, B. (2012).*Spécificité du traumatisme chez l'enfant et l'adolescent. paris* : Elsevier Masson.
202. Organisation mondiale de la santé. (1994).Classification internationale des troubles Mentaux et des troubles du comportement CIM-10.Paris: Masson.
203. Organisation mondiale de la santé. (2018). Classification international des maladies (CIM-11).Paris: Masson.
204. Osseiran-Houballah, A.(2003). *L'enfant-soldat. victime transformée en bourreau*. Paris : Odile Jacob.
205. Ousterrieth, A. (2004). Introduction à la psychologie de l'enfant. Paris :De Boeck.
206. Papalia, D-E, Olds. W ,Feldman, R-D, Béve.(2010). Psychologie du développement humain. Bruxelles: De Boeck.
207. Papalia, D-E, et al. (2012). *Psychologie de développement de l'enfant*. Québec : Chènevière.
208. Parent, S, Turgeon, L. (2012). Intervention cognitivo-comportementale

- auprès des enfants et des adolescents. Tome 1, *Troubles intériorisés*. Québec : Presses de l'Université du Québec.
209. Pascal, V. Gloser, D.(2010).Comprendre l'attachement et les trouble de l'attachement. Paris : De Boeck.
210. Pidinielli, J-L & Fernandez. (2015). *L'observation clinique et l'étude de cas (3)*. Paris : Armand colin.
211. Pidinielli, J-L. (2006). *Introduction à la psychologie clinique*. Paris : Armand Colin.
212. Pelleri, A. (2015).*le stade de développent de l'enfant, et les troubles de personnalité* (Thèse en psychologie) université de Québec .France.
213. Pellerin, A. (2015).Les stade de développement de l'enfant et les troubles de personnalité. Thèse en psychologie. Université de Québec. France.
214. Perron, R. (2000). *Une psychanalyse pourquoi*. Paris : Dunod.
215. Perucchi, L. (2008). *Le traumatisme*. France : Tisseron.
216. Pillet, V. (2007).La théorie de l'attachement : pour le meilleur et pour le pire. 1(175),pp7-14.
217. Poirier-Coutansais, G. (2012). Éthique, éthique des soins. Dans : Monique Formarier éd., *Les concepts en sciences infirmières : 2ème édition* (pp. 187-189). Toulouse. France : Association de recherche en soins infirmiers.
218. Prior, V, Glaser, D, Hallet, F, Guedeney, F. (2010).*Comprendre l'attachement et les troubles de l'attachement : théorie, preuve et pratique*. Bruxelles : De Boeck.
219. Pronost, A. (2012). Coping. Dans Monique Formarier éd, *Les concepts en sciences infirmières* (2ème édition), pp. 127-129. Toulouse: Association de recherche en soins infirmiers. doi:10.3917/arsi. forma.2012.01.0127.
220. Pronovost, G. (2006). *Des valeurs l'univers du temps libre et de valeur chez les jeunes*. Saint-Nicolas: presse de l'université de Québec.
221. Psiuk, T. (2005).la résilience, un atout pour la qualité des soins. *Dans recherche en soins infirmiers* ,82,pp.12-21.
222. Racamine, P-C. (2004).*Vivre le deuil au jour le jour*. Paris : Maloine.
223. Robin- Romero, I. (1998).Les établissements pour orphelins a paris XVII-XVIII Siècle.3(17), pp, 441-453.

224. Roche, L, Grange, T. (1999) .Innovation et technologie créativité, imagination. et culture technique. Paris :Maxima.
225. Rofidal, T, Pagano, C. (2018). *Développement de l'enfant, du point de vue des psychologues*. Dans projet individuel et Stimulation basale. Paris: ESER.
226. Romano, H. (2011). *La maladie et le handicap à hauteur d'enfant* .paris : Faubert.
227. Romano, H. (2013). *l'enfant face au traumatisme*. paris : Dunod.
228. Rousseau, J-J. (1969). *Émile ou de l'éducation, tome premier, in œuvre complètes, t. IV Emile Education-Morale-Botanique*.paris : Gallimard.
229. Roussillion, R. (2018). *Manuel de la psychiatrie et de la psychopathologie clinique générale*. Paris : Elsevier Masson.
230. Sadlier, K. (2001). *L'état de stress post-traumatiques*. Paris : puf.
231. Sahuc, C, Mareau, C. (2006).*La sexualité chez l'enfant et l'adolescent*. Levallois-Perret : Studyparents.
232. Saint- Exupéry, A., Lucas, B, Kaisser, L. (2014). *La mort et le deuil : repère éthique*.
233. Santiago-Delafosse, M, Rouan, G. (2016). *Méthodes Qualitatives en Psychologie*. Paris : Dunod.
234. Sauteraud, A. (2012). *vivre après ta mort* .paris : Odile Jacob, paris.
235. Schaller, C, Cosseron, C. (2010). *Le rire : une formidable thérapie*. Paris : Lenore.
236. Schofield, G, Beek, M. (2011).*Guide de l'attachement en familles d'accueil et adoptive*. Paris : Elsevier Masson.
237. Schulz, P, Sartorius. (2016). *Traitement des troubles psychiatriques selon le DSM-5 et la CIM-10*.Bruxelles : De bock supérieur.
238. Servan, D. (2007). *Gestion du stress et de l'anxiété*. Paris : Elsevier Masson.
239. Sillamy, N. (2003). *Dictionnaire de psychologie*. France : Larousse.
240. Smart, R. (2003). *Politiques pour les orphelins et enfants vulnérables. Un cadre pour progresser*.Washington : Policy.
241. Solca, B. (2010). 8. L'enfant et la mort : une classe enfantine en deuil. Dans Bertrand Cramer, *Des psychanalystes en pédopsychiatrie* (pp. 182-200). Paris : Presses Universitaires de France.

242. Sommelet, D. (2006). *Rapport de mission sur l'amélioration de la santé de l'enfant et de l'adolescent*. paris.
243. Stassart, M.. (1998).Université de liège. Faculté de psychologie et de la science de l'éducation en psychologie et de l'éducation.
244. Tereno, S., Soares, I., Martins, E., Sampaio, D. & Carlson, E. (2007). La théorie de l'attachement : *son importance dans un contexte pédiatrique*. *Devenir*, 19(2), 151-188. doi:10.3917/dev.072.0151.
245. Tisseron, S. (2014).Préface -Résiliances : *comment s'y retrouver*. paris :Presses Universitaires de France.
246. Toualbi, N.(1972). intoualbi, R. (1984). *les attitudes et les représentations du mariage chez la jeune fille Algérienne*. ENAL : Alger.
247. Vaiva, G. (2005). Réactions immédiates psychotraumatiques : angoisse ou effroi ?.*Savoirs et clinique*, 6(1), pp. 229-234. doi:10.3917/sc.006.0229.
248. Varescon, I. (2013). Différence entre éthique et déontologie. Le cas de la recherche. In O. Bourguignon (dir), *Ethique et pratique psychologique* (pp.63-76). Paris : Primento.
249. Wade, C, Tavis, C. (2000).*Introduction à la psychologie, les grande perspective*. Bruxelles : De Boeck.
250. Wallon, H.(2012).l'évolution psychologique de l'enfant. paris : Armon colin.
251. Weil-Bais, A, Cupa, D.(2008).premier et deuxième cycle universitaire, formations paramédical. Bréal : Rosny-Sous-Bois.
252. Weismann- Arcache, C. (2014). Rosine Debray *L'examen psychologique de l'enfant à la période de latence (6-12 ans)*, Dunod, 2000. Dans : Jean-Yves Chagnon éd., *40 commentaires de textes en psychologie clinique* (pp. 203-211). Paris: Dunod. doi:10.3917/ dunod. chagn. 2014.02.0203.
253. Wendland,J,Camon-Sénéchal,L,Khun-Frunck,L,Marronne,C,Rabain,D.,&Aidane ,(2011).Trouble de l'angoisse de séparation et de l'attachement :*Un groupe thérapeutique parents-jeunes enfants*. Dans *Devenir*, 1(23),7-32.
254. Yougbaré, S. *Attachement et délinquance des mineurs ; déterminants psychosociaux au Burkina-Faso* Paris : Le Harmattan.
255. Zaouche, G. C. (2002), *le développement social de l'enfant, du bébé à*

*l'enfant d'âge scolaire*. Paris : Dunod.

256. Rabau.(2005).[https://www.fabula.org/actualites/regards-sur-l-enfance-au-xviiesiecle\\_10118.php](https://www.fabula.org/actualites/regards-sur-l-enfance-au-xviiesiecle_10118.php).

### Référence en langue anglaise

257. Ungar, M., & Liebenberg, L. (2011). *The Child and Youth Resilience Measure-28: User Manual*. Halifax, NS: Resilience Research Centre, Dalhousie University.
258. Liebenberg, L, Unga ,M., & Leblanc.(2013). *Le Child and Youth Resilience Measure-28*. Halifax : résilience research centre.
259. Ungar, M.(2016). *The Child and Youth Resilience Measure (CYRM) Child Version Users's Manuel*. Halifax, NS: Resilience Research Centre, Dalhousie University.

### Référence en Langue arabe

260. Ben Salem, A. (2017). al-tawafouq al-nnafssi lada al-tifl al-yatim (Jami3at Ziyane Achor, makhbar istaratijiyat al-wiqaya wa moukafaht al-moukhddirat). Jami3at Al-jalfa. Al-Djazair
261. Djellab, M. (2019). Al-istajabat al-nnafsiyya lieamal al-hidad lada al-tilmid al-yatim mine wijhat nadar al-mouealimine dirassa maydaniya bimadariss wilayat Al-Mssila (Djami3at Mouhamed Bodiaf, majallat al-rissala al-dirassa wa al-bouhouth al-insaniyya). Djami3at Mouhemed Bodiaf. Al-Djazair.
262. Dawla, kh. (2017). Ihtiyajat al-Atfal al-yatama wa baed machakilihim al-nafssiyya (jami3at AL-blida, majallat tatwir al-εouloum al-ijtima3i). Jami3at Al-blida 2. Al-Djazair
263. Houyaq, I. (2017). Al-takaffoul al-nafssi litt3éfl al-yatim fy al-wassat al-madrassi fy Al-Djazair (Jami3at Mouhamed Khaydar, majallat tatwir al-εouloum al-ijtima3iyya). Jami3at Biskra. Al-Djazair.



# *Annexes*



## **Annexe N° 01 : Guide d'entretien clinique semi-directif :**

### **Informations générales sur le sujet**

1. Quel âge as-tu ?
2. Quel est votre emplacement dans la fratrie ?
3. Dans quelle classe es tu ?

### **I) Entretien avec l'enfant**

#### **Axe 01) : décès du parent**

4. Qui est la personne qui compte le plus pour toi ?
5. Tu avais quel âge quand ta mère est décédée ?
6. Peux-tu nous raconter comment ta mère est décédée ?
7. Est-ce que tu l'as vu quand elle est décédée ?
8. Est-ce que tu as compris ce qui s'est passé ?
9. Qui s'occupe de toi après la mort de ta mère ?

#### **Axe 02) : Le vécu psychologique**

10. Quesque que tu as ressentis ?
11. Est-ce que tu peux te souvenir de ce qui s'est passé exactement ?
12. Ressens-tu des douleurs au niveau de ton ventre ?
13. Est-ce que tu penses que tu t'énerves facilement ?
14. Est-ce que tu as peur de perdre ton père ?
15. As-tu des craintes d'aller à l'école ?
16. Epreuves tu des problèmes de concentration ?
17. Parles-nous de ton sommeil ? Il t'arrive de perdre ton sommeil ?
18. Est-ce que tu mange bien ?
19. Est-ce que tu rêve de ta mère ?
20. Est-ce que tu as des amis(es) ?

21. Joues-tu avec eux ?
22. Peux-tu nous décrire ton ressenti on nous parlons sur cet événement ?
23. Est-ce que tu as une idée de ce que tu veux devenir quand tu seras grand ?
24. Quelle est ta vision pour l'avenir ?
25. Souhaites-tu nous apporter d'autre chose que tu nous n'avons pas abordé ?

## **II) Entretien avec le parent de l'enfant**

### **Axe 03) Renseignement sur le parent**

26. Pouvez-vous nous dire la cause du décès de votre femme ?
27. Quelle était votre réaction et celle de votre famille suite à cet événement ?
28. Est-ce que vous avez accepté la mort de votre femme ?
29. Est-ce que vous vous êtes remarier ou pas ?
30. Comment avez-vous expliqué à l'enfant la mort de sa mère ?
31. Comment vous réagissez quand votre enfant se souvient de sa mère ?

### **Axe 04) Etat de santé de l'enfant**

32. Comment s'est déroulée la grossesse de votre femme ?
33. Pouvez-vous nous parler de l'état de santé de votre femme après l'accouchement ? Et celui de votre bébé ?
34. Comment vous voyez le développement de votre enfant ?
35. A-t-il souffert de maladies durant son développement ? Lesquelles ?
36. Est-ce que votre enfant a une maladie actuellement ?
37. Est-ce qu'il suit un traitement particulier ?

### **Axe 05) : Comportement et relation de l'enfant avec autrui**

38. Avez-vous remarqué des changements de ses relations avec vous, les membres de la famille ou ses pairs après cet événement ?
39. Quand il rencontre des problèmes comment réagit-il ?
40. Quelles sont ses qualités ? A-t-il un sens de l'humour ? Est-il autonome, Sociable ?

41. Que ce que votre enfant aime faire pendant son temps libre ?
42. Est-ce que votre enfant a des difficultés à s'endormir, est-il effrayé par des cauchemars ou des terreurs nocturnes ?
43. Quelles sont les personnes auxquelles l'enfant est très attaché et qui l'ont aidé à tenir le coup?
44. Avez-vous quelque chose d'autre à rajouter concernant cet enfant ?

### **III) Entretien avec l'instituteur**

#### **Axe 06) : Les attitudes de l'enfant en classe**

45. Pouvez-vous nous décrire le comportement de l'enfant en classe ?
46. Porte-t-il des intérêts aux activités scolaires ?
47. Est-ce que l'enfant se concentre en classe ?
48. A-t-il de bons résultats ?
49. Demande-t-il souvent votre aide ?
50. Avez-vous remarqué des changements dans ces compétences après la mort de sa mère ?
51. Remarquez-vous des comportements chez lui qui indiquent la présence de troubles particuliers ?

#### **Axe 07) : Les interactions de l'enfant avec ses pairs :**

52. Parlez-nous des conduites de l'enfant avec ses camarades ?
53. Se retrouve-t-il dans des situations conflictuelles avec eux ?
54. Avez-vous constaté certaines différences par rapport à ces pairs ?
55. Ya-t-il quelque chose que vous aimeriez nous rajouter ?

## **ANNEXE N° 02 : Guide d'entretien clinique semi-directif traduit en kabyle :**

### **Information général sur l'enfant**

1. Açal yelæmrik?
2. Açal teklašit yexxam?
3. Anwa aseggas tqerri?

### **I) Entretien avec l'enfant**

#### **Axe 01) : Décès du parent**

4. Menhu delæebd ntethibbit bezzaf ?
5. Açal ittuy teseit lesna mitemmut imma-k ?
6. Tzemret ayenttaħkut amek temmut imma-k ?
7. Ittuyat tehlek ?
8. Tezriṭaṭ asmi temmut?
9. Tfehmet acu iṭran luqten?
10. Menhu ikkilethan segmi temmut imma-k?

#### **Axe 02) : Le vécu psychologique**

11. Amek tæacet ayen akkiṭran?
12. Tmektayted merra ayen iṭran amek illa?
13. Teshssayet ilietan g æbbbutik?
14. Tetwalit belli tfeqeet dqiqqa?
15. Tettaḡadet ixesret baba-k?
16. Tetkukrit iṭruhet ilkulij?
17. Teseit lmacakil g kuṣentri?
18. Hedranyed f naddamik? iṭruħak naddam?
19. Tetburuget immak?
20. Tettet mliħ?
21. Teseit imdukkal?
22. Tetlaebet didsen?
23. Tzemret ayenthedret acu teshussayet asmi ayentħakutfayen, iṭran?
24. Acu tetxemmimet ittefyet asmi digemret?
25. Amek tetwalit lħala sya izzat?
26. Tetmennit ayentternut lħaja niṭen bexlaf ayen nehder?

### **II) Entretien avec le parent de l'enfant**

#### **Axe 03) : Renseignement sur le parent**

27. Tzemret ayenttaħkut facu nesebba temmut tmeṭṭutik?
28. Amek teshusset lwaħ daytuxxam asmi temmut?
29. Esk tqeblel lmutis?

30. Teeɛawdet zwaj?
31. Amuk tesfehmem iweqcic-nun lmut yemma-s?
32. Amek ittessefhamet aqcici-k asmi diddismekti imma-s?

#### **Axe 04) : Etat de santé de l'enfant**

33. Amek teedda la groŝiŝ n tmeŝŝutik?
34. Tzemret ayen thedret felhala netmeŝŝuti-k deffir tarwa, lwahi.delhala nouqcici-k?
35. Amek tetwalit tiggaemert nemmik?
36. Ihlek asmi itgaemir? Acu ihlek?
37. Iseɛ mmik lehlak tura?
38. Ittasu dwa?

#### **Axe 05) : Comportement et relation de l'enfant avec autrui**

39. Tetwalitat ibeddel didek, did aytuxxam niy lwahi tiziyyas segmi iŝra wannecta?
40. Amek ixeddem asmi disɛu lmacakil?
41. Acu isɛa delɛalit zyes? Iŝaŝɛay? Izemmer iymanis niy iŝxalaŝ lɣaci?
42. Acu ithibbi mmik ixdem g luqt nelfarey?
43. Ittawɛaras naddam? sexlaɛnat ikoucmaɛn? Niy sexlaɛentat lehwayej leɛca?
44. Iwanwi lɣɛaci iqreb mik mlih, widak atiteawwanene isɛeddi lmeħnaya?
45. Teseit lhaja ayen dditernut

## ANNEXE N° 03: Children Post Traumatic Stress Reaction (CPTS-RI):

NOM :.....PRENOM:.....

AGE :.....SEXE :.....CLASSE:.....

NOM ET ADRESSE DE L'ETABLISSEMENT SCOLAIRE.....

DATE DE L'EXAMEN :.....

### CONSIGNES

« Lis les propositions et réponds en cochant la réponse qui correspond le mieux à ton cas. »

	Fréquence :				
	Jamais	Presque jamais	Parfois	Souvent	Presque tous les jours
1. Ce qui t'est arrivé aurait il beaucoup inquiété la plupart des enfants de ton âge ?	0	1	2	3	4
2. As-tu peur, es tu de mauvaise humeur ou es tu inquiet(e) quand tu penses à ce qui est arrivé ?	0	1	2	3	4
3. Revois-tu des images dans ta tête de ce qui t'est arrivé, ou entends tu des bruits qui te rappellent ce qui t'est arrivé ?	0	1	2	3	4
4. Penses-tu à ce qui t'est arrivé même si tu ne veux pas y penser ?	0	1	2	3	4
5. Fais-tu des bons ou des mauvais rêves (cauchemars) à propos de ce qui t'est arrivé ou fais tu d'autres sortes de cauchemars ?	0	1	2	3	4
6. Est ce qu'il y a des choses qui te font penser que cela pourrait encore arriver ?	0	1	2	3	4
7. As-tu autant de plaisir à faire les choses que tu aimais faire avant cet événement, comme jouer avec tes amis, faire du sport ou aller à l'école ?	0	1	2	3	4
8. Te sens tu tout(e) seul(e) au fond de toi parce que tu as l'impression que personne ne comprend ce qui t'est arrivé ?	0	1	2	3	4
9. As-tu si peur, es tu si inquiet(e) ou triste que tu préfères ne pas savoir comment tu te sens ?	0	1	2	3	4
10. As-tu si peur, es tu si inquiet(e) ou si triste que tu ne peux même pas parler ou pleurer ?	0	1	2	3	4
11. Sursautes-tu plus facilement ou te sens tu plus agité(e) ou plus nerveux (se) qu'avant l'événement ?	0	1	2	3	4
12. Dors-tu bien ?	0	1	2	3	4

13. Te sens tu coupable parce que tu n'as pas fait quelque chose que tu aurais voulu faire ? (Par exemple ; aider quelqu'un, etc.). Ou te sens-tu coupable parce que tu as fait quelque chose que tu penses à l'événement ?	0	1	2	3	4
14. As-tu des difficultés à te rappeler des choses que tu as apprises à l'école ou à la maison parce que tu penses à l'événement ?	0	1	2	3	4
15. Es tu aussi attentif (ve), te concentres tu aussi facilement qu'avant l'événement ?	0	1	2	3	4
16. Veux-tu t'éloigner des choses qui te rappellent ce qui t'est arrivé ?	0	1	2	3	4
17. Deviens-tu nerveux (se) ou inquiet(e) lorsque des choses te rappellent ou te font penser à l'événement ?	0	1	2	3	4
18. Refais-tu des choses que tu avais arrêtées de faire avant l'événement ? Par exemple : vouloir avoir quelqu'un toujours près de toi, ne pas vouloir dormir seul(e), sucer ton pouce ou tes doigts, ronger tes ongles ou mouiller ton lit ?	0	1	2	3	4
19. As-tu plus mal au ventre, à la tête ou ailleurs qu'avant l'événement ?	0	1	2	3	4
20. As-tu des difficultés à te retenir de faire des choses que tu n'aurais pas faites avant ? Par exemple te battre, désobéir, faire des choses dangereuses ou imprudentes, dire des gros mots...	0	1	2	3	4

(Benmahammed,Bakti, 2011, pp. 131,-132)

**ANNEXE N° 04 : Echelle de CPTS-RI traduit en kabyle :**

**Consigne traduit en kabyle**

« *Qram textarem ayen awniwalmen gayen awendeffayin daha.* »

	leɛmert	Mehsub leɛmert	tiswiɛin	Qrib kull-as	Mehsub kull-as
1. Ayen akkitran ahak disqelleq azyen ameqrane getziyy-ak ?					
2. Txellɛet, tfeqqɛet niy tettenɛyyaret asmi ditxemmimet ffayen akkitran ?					
3. Teqqalentaked tteswiɛat g qerruy-ik asmi dittemmektit ayen itran, niy tsellet tiswiɛin ilɛess ikeddismektayen fannecten ?					
4. Tetxemmimet fayen itran igrebbi ɛa tebyit ?					
5. Tettburuget niy txeddmert ikoucwaren fannecten niy ikoucwaren iten?					
6. Llant leɛwayej ikkittaɛan tetmeyyizat belli tzemer itru lhaja-y-en abrid-iten ?					
7. Txeddmert leɛwayej n tethibbit ixemmet qbel itru wannima ; ilaɛbet lwaɛi dimdoukkal-ik, ixemmet l sport niy iruɛet i lkulij ?					
8. Teshussayet z dixel-ik uɛdek parce que tettwalit ɛed ulishussay iwayen akkitran ?					
9. Txellɛet, tettenɛyyaret, niy tɛzznet almi ɛa tuqɛɛak acu teshussayet ?					
10. Txellɛet, tettenɛyyaret, niy tɛzznet almi ɛa tzemret ula ihɛdret niy itrut ?					
11. Tetherriket bezzaf niy tfeqqɛet kteɛ, qbel itru wannima ?					
12. Ttettset mlih ?					
13. Teshussayet d cekk ay d sebba parce que tɛa txemmet lhaja iwwid adili txemmt-at, (am ; iɛɛawnet ɛed). Nigh Teshussayet d cekk ay d sebba parce que txemmet lhaja tha iwwid at-xemmet ?					



14. IwĒer-ak lħal ittemmektit ayen tħeffdet y kulij niy yexxam parce que txemmimet ffayen iħran ?					
15. Tkunsonħriwet seshala am qbel immet imm-ak?					
16. Tetmennit ibaĒdet ffayen ikeddismektayen ffayen iħran?					
17. Tfeqqet niy txellĒet asmi dikttesmekti lħaja ffayen iħran?					
18. Teqqlet ilaĒway-dik nittouy tħebset qbel iħru wannima am; tebyit koull-as ili hedd zzatek, ha tethibbit iħset uħdek, tessoumumet debbou-ik niy iħdan-ik, tyezzazet iccarn-ik niy tetserrihet iwaman n tasa ggousi?					
19. TetwaĒtabet mlih g Ēebboħ-ik, g qerħoy-ik niy g mkan iħen am qbel iħru wannima?					
20. IwĒer-ak lħal ittemmektit lehwayej nuddiwwi ixemmet qbel iħru wannima? Am; tanayit; ha tettawyet ħray niy asexser?					

**Annexe N° 05 : Résultat de l'échelle de CPTS-RI d'Amine :**

	Fréquence :				
	Jamais	Presque jamais	Parfois	Souvent	Presque tous les jours
1. Ce qui t'est arrivé aurait il beaucoup inquiété la plupart des enfants de ton âge ?					x
2. As-tu peur, es tu de mauvaise humeur ou es tu inquiet(e) quand tu penses à ce qui est arrivé ?				x	
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 ?				x	
4. Penses-tu à ce qui t'est arrivé même si tu ne veux pas y penser ?			x		
5. Fais-tu des bons ou des mauvais rêves (cauchemars) à propos de ce qui t'est arrivé ou fais tu d'autres sortes de cauchemars ?					x
6. Est ce qu'il y a des choses qui te font penser que cela pourrait encore arriver ?			x		
7. As-tu autant de plaisir à faire les choses que tu aimais faire avant cet événement, comme jouer avec tes amis, faire du sport ou aller à l'école ?		x			
8. Te sens tu tout(e) seul(e) au fond de toi parce que tu as l'impression que personne ne comprend ce qui t'est arrivé ?			x		
9. As-tu si peur, es tu si inquiet(e) ou triste que tu préfères ne pas savoir comment tu te sens ?			x		
10. As-tu si peur, es tu si inquiet(e) ou si triste que tu ne peux même pas parler ou pleurer ?				x	
11. Sursautes-tu plus facilement ou te sens tu plus agité(e) ou plus nerveux (se) qu'avant l'événement ?		x			
12. Dors-tu bien ?			x		
13. Te sens tu coupable parce que tu n'as pas fait quelque chose que tu aurais voulu faire ? (Par exemple ; aider quelqu'un, etc.). Où te sens-tu coupable parce que tu as fait quelque chose que tu penses à l'événement ?				x	
14. As-tu des difficultés à te rappeler des choses que tu as apprises à l'école ou à la maison parce que tu penses à l'événement ?				x	
15. Es-tu aussi attentif (ve), te concentres tu aussi facilement qu'avant l'événement ?		x			

16. Veux-tu t'éloigner des choses qui te rappellent ce qui t'est arrivé ?			x		
17. Deviens-tu nerveux (se) ou inquiet(e) lorsque des choses te rappellent ou te font penser à l'événement ?				x	
18. Refais-tu des choses que tu avais arrêtées de faire avant l'événement ? Par exemple : vouloir avoir quelqu'un toujours près de toi, ne pas vouloir dormir seul(e), sucer ton pouce ou tes doigts, ronger tes ongles ou mouiller ton lit ?				X	
19. As-tu plus mal au ventre, à la tête ou ailleurs qu'avant l'événement ?			x		
20. As-tu des difficultés à te retenir de faire des choses que tu n'aurais pas faites avant ? Par exemple te battre, désobéir, faire des choses dangereuses ou imprudentes, dire des gros mots...	x				

**Annexe N° 06 : Résultat de l'échelle de CPTS-RI de Farah :**

	Fréquence :				
	Jamais	Presque jamais	Parfois	Souvent	Presque tous les jours
1. Ce qui t'est arrivé aurait il beaucoup inquiété la plupart des enfants de ton âge ?				X	
2. As-tu peur, es tu de mauvaise humeur ou es tu inquiet(e) quand tu penses à ce qui est arrivé ?			x		
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 ?	X				
4. Penses-tu à ce qui t'est arrivé même si tu ne veux pas y penser ?		x			
5. Fais-tu des bons ou des mauvais rêves (cauchemars) à propos de ce qui t'est arrivé ou fais tu d'autres sortes de cauchemars ?		x			
6. Est ce qu'il y a des choses qui te font penser que cela pourrait encore arriver ?			x		
7. As-tu autant de plaisir à faire les choses que tu aimais faire avant cet événement, comme jouer avec tes amis, faire du sport ou aller à l'école ?				x	
8. Te sens tu tout(e) seul(e) au fond de toi parce que tu as l'impression que personne ne comprend ce qui t'est arrivé ?	X				
9. As-tu si peur, es tu si inquiet(e) ou triste que tu préfères ne pas savoir comment tu te sens ?		x			
10. As-tu si peur, es tu si inquiet(e) ou si triste que tu ne peux même pas parler ou pleurer ?	X				
11. Sursautes-tu plus facilement ou te sens tu plus agité(e) ou plus nerveux (se) qu'avant l'événement ?				x	
12. Dors-tu bien ?					n
13. Te sens tu coupable parce que tu n'as pas fait quelque chose que tu aurais voulu faire ? (Par exemple ; aider quelqu'un, etc.). Où te sens-tu coupable parce que tu as fait quelque chose que tu penses à l'événement ?	X				
14. As-tu des difficultés à te rappeler des choses que tu as apprises à l'école ou à la maison parce que tu penses à l'événement ?	x				
15. Es-tu aussi attentif (ve), te concentres tu aussi facilement qu'avant l'événement ?				x	
16. Veux-tu t'éloigner des choses qui te rappellent ce qui t'est arrivé ?	x				
17. Deviens-tu nerveux (se) ou inquiet(e) lorsque des choses te rappellent ou te			x		

font penser à l'événement ?					
18. Refais-tu des choses que tu avais arrêtées de faire avant l'événement ? Par exemple : vouloir avoir quelqu'un toujours près de toi, ne pas vouloir dormir seul(e), sucer ton pouce ou tes doigts, ronger tes ongles ou mouiller ton lit ?		x			
19. As-tu plus mal au ventre, à la tête ou ailleurs qu'avant l'événement ?			x		
20. As-tu des difficultés à te retenir de faire des choses que tu n'aurais pas faites avant ? Par exemple te battre, désobéir, faire des choses dangereuses ou imprudentes, dire des gros mots...	x				

**Annexe N° 07 : Résultat de l'échelle de CPTS-RI de Ramy :**

	Fréquence :				
	Jamais	Presque jamais	Parfois	Souvent	Presque tous les jours
1. Ce qui t'est arrivé aurait il beaucoup inquiété la plupart des enfants de ton âge ?				X	
2. As-tu peur, es tu de mauvaise humeur ou es tu inquiet(e) quand tu penses à ce qui est arrivé ?			x		
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 ?				X	
4. Penses-tu à ce qui t'est arrivé même si tu ne veux pas y penser ?				X	
5. Fais-tu des bons ou des mauvais rêves (cauchemars) à propos de ce qui t'est arrivé ou fais tu d'autres sortes de cauchemars ?	X				
6. Est ce qu'il y a des choses qui te font penser que cela pourrait encore arriver ?			x		
7. As-tu autant de plaisir à faire les choses que tu aimais faire avant cet événement, comme jouer avec tes amis, faire du sport ou aller à l'école ?		x			
8. Te sens tu tout(e) seul(e) au fond de toi parce que tu as l'impression que personne ne comprend ce qui t'est arrivé ?	X				
9. As-tu si peur, es tu si inquiet(e) ou triste que tu préfères ne pas savoir comment tu te sens ?	X				
10. As-tu si peur, es tu si inquiet(e) ou si triste que tu ne peux même pas parler ou pleurer ?	X				
11. Sursautes-tu plus facilement ou te sens tu plus agité(e) ou plus nerveux (se) qu'avant l'événement ?	X				
12. Dors-tu bien ?					x
13. Te sens tu coupable parce que tu n'as pas fait quelque chose que tu aurais voulu faire ? (Par exemple ; aider quelqu'un, etc.). Où te sens-tu coupable parce que tu as fait quelque chose que tu penses à l'événement ?	X				
14. As-tu des difficultés à te rappeler des choses que tu as apprises à l'école ou à la maison parce que tu penses à l'événement ?		X			
15. Es-tu aussi attentif (ve), te concentres tu aussi facilement qu'avant l'événement ?		X			
16. Veux-tu t'éloigner des choses qui te rappellent ce qui t'est arrivé ?			x		
17. Deviens-tu nerveux (se) ou inquiet(e) lorsque des choses te rappellent ou te		X			

font penser à l'événement ?					
18. Refais-tu des choses que tu avais arrêtées de faire avant l'événement ? Par exemple : vouloir avoir quelqu'un toujours près de toi, ne pas vouloir dormir seul(e), sucer ton pouce ou tes doigts, ronger tes ongles ou mouiller ton lit ?	x				
19. As-tu plus mal au ventre, à la tête ou ailleurs qu'avant l'événement ?	x				
20. As-tu des difficultés à te retenir de faire des choses que tu n'aurais pas faites avant ? Par exemple te battre, désobéir, faire des choses dangereuses ou imprudentes, dire des gros mots...	x				

**Annexe N° 08 : Résultat de l'échelle de CPTS-RI de Salim :**

	Fréquence :				
	Jamais	Presque jamais	Parfois	Souvent	Presque tous les jours
1. Ce qui t'est arrivé aurait il beaucoup inquiété la plupart des enfants de ton âge ?	X				
2. As tu peur, es tu de mauvaise humeur ou es tu inquiet(e) quand tu penses à ce qui est arrivé ?			x		
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 ?			x		
4. Penses-tu à ce qui t'est arrivé même si tu ne veux pas y penser ?					x
5. Fais tu des bons ou des mauvais rêves (cauchemars) à propos de ce qui t'est arrivé ou fais tu d'autres sortes de cauchemars ?					x
6. Est ce qu'il y a des choses qui te font penser que cela pourrait encore arriver ?			x		
7. As tu autant de plaisir à faire les choses que tu aimais faire avant cet événement, comme jouer avec tes amis, faire du sport ou aller à l'école ?		X			
8. Te sens tu tout(e) seul(e) au fond de toi parce que tu as l'impression que personne ne comprend ce qui t'est arrivé ?					x
9. As tu si peur, es tu si inquiet(e) ou triste que tu préfères ne pas savoir comment tu te sens ?			x		
10. As tu si peur, es tu si inquiet(e) ou si triste que tu ne peux même pas parler ou pleurer ?		X			
11. Sursoutes tu plus facilement ou te sens tu plus agité(e) ou plus nerveux (se) qu'avant l'événement ?				x	
12. Dors tu bien ?					x
13. Te sens tu coupable parce que tu n'as pas fait quelque chose que tu aurais voulu faire ? (Par exemple ; aider quelqu'un, etc.). Où te sens-tu coupable parce que tu as fait quelque chose que tu penses à l'événement ?	X				
14. As-tu des difficultés à te rappeler des choses que tu as apprises à l'école ou à la maison parce que tu penses à l'événement ?			x		
15. Es tu aussi attentif (ve), te concentres tu aussi facilement qu'avant l'événement ?				x	
16. Veux-tu t'éloigner des choses qui te rappellent ce qui t'est arrivé ?				x	
17. Deviens tu nerveux (se) ou inquiet(e) lorsque des choses te rappellent ou te font			x		



penser à l'événement ?					
18. Refais-tu des choses que tu avais arrêtées de faire avant l'événement ? Par exemple : vouloir avoir quelqu'un toujours près de toi, ne pas vouloir dormir seul(e), sucer ton pouce ou tes doigts, ronger tes ongles ou mouiller ton lit ?		x			
19. As-tu plus mal au ventre, à la tête ou ailleurs qu'avant l'événement ?	x				
20. As-tu des difficultés à te retenir de faire des choses que tu n'aurais pas faites avant ? Par exemple te battre, désobéir, faire des choses dangereuses ou imprudentes, dire des gros mots...			x		

**Annexe N° 09 : Résultat de l'échelle de CPTS-RI de Walid :**

	Fréquence :				
	Jamais	Presque jamais	Parfois	Souvent	Presque tous les jours
1. Ce qui t'est arrivé aurait il beaucoup inquiété la plupart des enfants de ton âge ?					X
2. As-tu peur, es tu de mauvaise humeur ou es tu inquiet(e) quand tu penses à ce qui est arrivé ?				x	
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 ?				x	
4. Penses-tu à ce qui t'est arrivé même si tu ne veux pas y penser ?			x		
5. Fais-tu des bons ou des mauvais rêves (cauchemars) à propos de ce qui t'est arrivé ou fais tu d'autres sortes de cauchemars ?					X
6. Est ce qu'il y a des choses qui te font penser que cela pourrait encore arriver ?			x		
7. As-tu autant de plaisir à faire les choses que tu aimais faire avant cet événement, comme jouer avec tes amis, faire du sport ou aller à l'école ?		X			
8. Te sens tu tout(e) seul(e) au fond de toi parce que tu as l'impression que personne ne comprend ce qui t'est arrivé ?			x		
9. As-tu si peur, es tu si inquiet(e) ou triste que tu préfères ne pas savoir comment tu te sens ?				x	
10. As-tu si peur, es tu si inquiet(e) ou si triste que tu ne peux même pas parler ou pleurer ?				x	
11. Sursautes-tu plus facilement ou te sens tu plus agité(e) ou plus nerveux (se) qu'avant l'événement ?		X			
12. Dors-tu bien ?			x		
13. Te sens tu coupable parce que tu n'as pas fait quelque chose que tu aurais voulu faire ? (Par exemple ; aider quelqu'un, etc.). Où te sens-tu coupable parce que tu as fait quelque chose que tu penses à l'événement ?		X			
14. As-tu des difficultés à te rappeler des choses que tu as apprises à l'école ou à la maison parce que tu penses à l'événement ?				x	
15. Es-tu aussi attentif (ve), te concentres tu aussi facilement qu'avant l'événement ?		X			
16. Veux-tu t'éloigner des choses qui te rappellent ce qui t'est arrivé ?			x		
17. Deviens-tu nerveux (se) ou inquiet(e) lorsque des choses te rappellent ou te				x	

font penser à l'événement ?					
18. Refais-tu des choses que tu avais arrêtées de faire avant l'événement ? Par exemple : vouloir avoir quelqu'un toujours près de toi, ne pas vouloir dormir seul(e), sucer ton pouce ou tes doigts, ronger tes ongles ou mouiller ton lit ?				x	
19. As-tu plus mal au ventre, à la tête ou ailleurs qu'avant l'événement ?			x		
20. As-tu des difficultés à te retenir de faire des choses que tu n'aurais pas faites avant ? Par exemple te battre, désobéir, faire des choses dangereuses ou imprudentes, dire des gros mots...	x				

## Annexe N° 10 : Résultat de l'échelle de CPTS-RI de Massi :

	Fréquence :				
	Jamais	Presque jamais	Parfois	Souvent	Presque tous les jours
1. Ce qui t'est arrivé aurait il beaucoup inquiété la plupart des enfants de ton âge ?					X
2. As-tu peur, es tu de mauvaise humeur ou es tu inquiet(e) quand tu penses à ce qui est arrivé ?			x		
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 ?					X
4. Penses-tu à ce qui t'est arrivé même si tu ne veux pas y penser ?					X
5. Fais-tu des bons ou des mauvais rêves (cauchemars) à propos de ce qui t'est arrivé ou fais tu d'autres sortes de cauchemars ?				x	
6. Est ce qu'il y a des choses qui te font penser que cela pourrait encore arriver ?	X				
7. As-tu autant de plaisir à faire les choses que tu aimais faire avant cet événement, comme jouer avec tes amis, faire du sport ou aller à l'école ?			x		
8. Te sens tu tout(e) seul(e) au fond de toi parce que tu as l'impression que personne ne comprend ce qui t'est arrivé ?	X				
9. As-tu si peur, es tu si inquiet(e) ou triste que tu préfères ne pas savoir comment tu te sens ?			x		
10. As-tu si peur, es tu si inquiet(e) ou si triste que tu ne peux même pas parler ou pleurer ?					X
11. Sursautes-tu plus facilement ou te sens tu plus agité(e) ou plus nerveux (se) qu'avant l'événement ?			x		
12. Dors-tu bien ?			x		
13. Te sens tu coupable parce que tu n'as pas fait quelque chose que tu aurais voulu faire ? (Par exemple ; aider quelqu'un, etc.). Où te sens-tu coupable parce que tu as fait quelque chose que tu penses à l'événement ?	X				
14. As-tu des difficultés à te rappeler des choses que tu as apprises à l'école ou à la maison parce que tu penses à l'événement ?				x	
15. Es-tu aussi attentif (ve), te concentres tu aussi facilement qu'avant l'événement ?		x			
16. Veux-tu t'éloigner des choses qui te rappellent ce qui t'est arrivé ?				x	
17. Deviens-tu nerveux (se) ou inquiet(e) lorsque des choses te rappellent ou te font penser à l'événement ?	x				

18. Refais-tu des choses que tu avais arrêtées de faire avant l'événement ? Par exemple : vouloir avoir quelqu'un toujours près de toi, ne pas vouloir dormir seul(e), sucer ton pouce ou tes doigts, ronger tes ongles ou mouiller ton lit ?			x		
19. As-tu plus mal au ventre, à la tête ou ailleurs qu'avant l'événement ?			x		
20. As-tu des difficultés à te retenir de faire des choses que tu n'aurais pas faites avant ? Par exemple te battre, désobéir, faire des choses dangereuses ou imprudentes, dire des gros mots...					x

**Annexe N° 11: Echelle de CYRM-28 :**

**NOM :** ..... **PRENOM :** .....

**AGE :**..... **SEXE :** ..... **CLASSE :** .....

**NOM ET ADRESSE DE L'ETABLISSEMENT SCOLAIRE**.....

**DATE DE L'EXAMEN**.....

**Consigne**

*« Vous trouvez un certains nombres de questions sur vous, votre famille votre communauté et vos relations avec les gents. Ces questions sont conçus pour mieux comprendre comment vous faite face à la vie quotidienne et quel rôle les gents qui vous entourent jouent dans la gestion des défit quotidiens. »*

	Pas du tout	Un peu	Moyennement	Beaucoup	Enormément
1. Il y a des personnes que j'admire.	1	2	3	4	5
2. Je collabore avec les autres autour de moi.	1	2	3	4	5
3. L'éducation est une chose importante pour moi.	1	2	3	4	5
4. Je sais me comporter dans différentes situations sociales.	1	2	3	4	5
5. Mes parents/fournisseurs de soins me surveillent de près.	1	2	3	4	5
6. Mes parents/fournisseurs de soins me connaissent bien.	1	2	3	4	5
7. Si j'ai faim, j'ai assez à manger.	1	2	3	4	5
8. J'essaie de terminer ce que j'ai commencé.	1	2	3	4	5
9. Les croyances spirituelles sont une force pour moi.	1	2	3	4	5
10. Je suis fier de mon origine ethnique.	1	2	3	4	5
11. Les gens aiment être en ma compagnie.	1	2	3	4	5
12. Je parle à ma famille/mes fournisseurs de soins de ce que je ressens.	1	2	3	4	5
13. Je peux régler mes problèmes sans me faire de mal ou blesser les autres (ex. par la drogue ou la violence).	1	2	3	4	5
14. Je me sens soutenu par mes amis.	1	2	3	4	5
15. Je sais à qui m'adresser dans ma communauté pour obtenir de l'aide.	1	2	3	4	5
16. Je me sens à ma place à mon école.	1	2	3	4	5
17. Ma famille est à mes côtés lorsque j'ai des difficultés.	1	2	3	4	5

18. Mes amis sont à mes côtés lorsque j'ai des difficultés.	1	2	3	4	5
19. Je suis bien traité dans ma communauté.	1	2	3	4	5
20. J'ai la chance de prouver aux autres que je suis maintenant un adulte et que je peux agir de manière responsable.	1	2	3	4	5
21. Je suis conscient de mes forces.	1	2	3	4	5
22. Je participe à des activités à caractère religieux.	1	2	3	4	5
23. Je crois qu'il est important d'être au service de ma communauté.	1	2	3	4	5
24. Je me sens en sécurité lorsque je suis en compagnie de ma famille ou mes fournisseurs de soins.	1	2	3	4	5
25. J'ai la chance de développer des compétences qui me seront utiles plus tard (pour un emploi ou pour aider les autres).	1	2	3	4	5
26. J'apprécie les traditions et la culture de ma famille/mes fournisseurs de soins.	1	2	3	4	5
27. J'apprécie les traditions de ma communauté.	1	2	3	4	5
28. Je suis fier d'être citoyen d'Algérie.	1	2	3	4	5

## ANNEXE N° 12 : Echelle de CYRM-28 traduit en kabyle :

### La consigne traduite en kabyle

«Diwfem kra nisteqsiyen niwnienan kunwi, d imawlan nwen, lyaci did menhu tzediyem lwaḥi amek teicem didsen. Isteqsiyini 3nan amek t3icem dunit nwen lwaḥi acu itrennu tem3iwna nelyaci geddunit nwen n kull-as. »

	Xaṭi	cwiyya	Kra cettulḥ	Mliḥ	bezzaf
1. Llan lyaci byiy iddeqley am-nuhni.					
2. Temɛawan-ey lwaḥi delyaci illan itamaw.					
3. Ttwaliy belli leqra delḥaja tesɛa lqima-s.					
4. Ssney amek dikumportiy g xirella n-temsals ytejmaɛt.					
5. Imawlan-iw lwaḥi widak iyyitlethan ṭadarniyi.					
6. Imawlan-iw lwaḥi widak iyyitlethan ssenniyl mliḥ.					
7. Ma lloz-ey ditc-ey xirella.					
8. Ttsayy-iy ifakk-ey ayen bdiy.					
9. Tazalit tesɛa lqima-as yori.					
10. Ferḥ-ey slaṣl-iw.					
11. Ṭhibbin lyaci iqqimene didi.					
12. Ḥekkuy iymawlan-iw lwaḥi d-widak iyyitlethan, ffayen ṣhussay-ey.					
13. Zemmr-ey ifruy lmachakil-iw uḥdi bla ma jerḥey iman-iw nigh sayey ḥedd nitane (am la drogue, takridt).					
14. Ṣhussey t3awwaniyl imdukkal-iw.					
15. Ssney imenhu ditelbey timɛiwna.					



16. Sshussayey iman-iw yemkan-iw g lkulij.					
17. Imawlan-iw tilin zati luqt n-cedda.					
18. Imdukkal-iw ttilin didi g luqt necedda.					
19. Lyaci ani t3icey lane didi stan lEali.					
20. SEiy zher, tura zemrey idbeyney i-lyasi belli dayen gEmrey zemrey iyman-iw.					
21. Eelmey sehhiy.					
22. Tcarakey g-temsai i3nan ddiin.					
23. Ttwaliy belli iwwid i-Eawney lyaci n taddart-iw.					
24. Shussayey iman-iw g laman asmi diliy lwaḥi dimawlan-iw niy lwaḥi d-widak iyyitlethan.					
25. SEiy zher zemrey iddivloppiḡ gayen sney tidak id-diyiEawan sya izzat (il-xedma, iEawney wiyet)					
26. Eejbentiḡi taqalid lwaḥi d leEwayed imawlan-iw/ widak iyyitlethan.					
27. 3ejbentiḡi taqalid nel-yaci did menhu tEicey.					
28. Ferḡey mliḡ asmi lliy dalzayri.					

(Unger, 2013, pp.5-6)

### Annexe N° 13 : Résultat de l'échelle de CYRM-28 d'Amine :

	Pas du tout	Un peu	Moyennement	Beaucoup	Enormément
1-Il y a des personnes que j'admire.	x				
2-Je collabore avec les autres autour de moi.				X	
3-L'éducation est une chose importante pour moi.			x		
4-Je sais me comporter dans différentes situations sociales.	x				
5-Mes parents/fournisseurs de soins me surveillent de près.			x		
6-Mes parents/fournisseurs de soins me connaissent bien.		x			
7-Si j'ai faim, j'ai assez à manger.			x		
8-J'essaie de terminer ce que j'ai commencé.	x				
9-Les croyances spirituelles sont une force pour moi.		x			
10-Je suis fier de mon origine ethnique.				X	
11-Les gens aiment être en ma compagnie.	x				
12-Je parle à ma famille/mes fournisseurs de soins de ce que je ressens.		x			
13-Je peux régler mes problèmes sans me faire de mal ou blesser les autres (ex. par la drogue ou la violence).	x				
14-Je me sens soutenu par mes amis.				X	
15-Je sais à qui m'adresser dans ma communauté pour obtenir de l'aide.		x			
16-Je me sens à ma place à mon école.			x		
17-Ma famille est à mes côtés lorsque j'ai des difficultés.		x			
18-Mes amis sont à mes côtés lorsque j'ai des difficultés.				X	
19-Je suis bien traité dans ma communauté.			x		
20-J'ai la chance de prouver aux autres que je suis maintenant un adulte et que je peux agir de manière responsable.	x				
21-Je suis conscient de mes forces.	x				
22-Je participe à des activités à caractère religieux.				x	
23-Je crois qu'il est important d'être au service de ma communauté.					x
24-Je me sens en sécurité lorsque je suis en compagnie de ma famille ou mes fournisseurs de soins.		x			
25-J'ai la chance de développer des compétences qui me seront utiles plus tard (pour un emploi ou pour aider les autres).	x				
26-J'apprécie les traditions et la culture de ma famille/mes fournisseurs de soins.				x	
27-J'apprécie les traditions de ma communauté.				x	
28-Je suis fier d'être citoyen d'Algérie.				x	

**Annexe N° 14 : Résultat de l'échelle de CYRM-28 de Farah :**

	Pas du tout	Un peu	Moyennement	Beaucoup	Enormément
1-Il y a des personnes que j'admire.				x	
2-Je collabore avec les autres autour de moi.					x
3-L'éducation est une chose importante pour moi.					x
4-Je sais me comporter dans différentes situations sociales.			x		
5-Mes parents/fournisseurs de soins me surveillent de près.					x
6-Mes parents/fournisseurs de soins me connaissent bien.				x	
7-Si j'ai faim, j'ai assez à manger.					
8-J'essaie de terminer ce que j'ai commencé.					x
9-Les croyances spirituelles sont une force pour moi.			x		
10-Je suis fier de mon origine ethnique.				x	
11-Les gens aiment être en ma compagnie.				x	
12-Je parle à ma famille/mes fournisseurs de soins de ce que je ressens.				x	
13-Je peux régler mes problèmes sans me faire de mal ou blesser les autres (ex. par la drogue ou la violence).				x	
14-Je me sens soutenu par mes amis.			x		
15-Je sais à qui m'adresser dans ma communauté pour obtenir de l'aide.					x
16-Je me sens à ma place à mon école.					x
17-Ma famille est à mes côtés lorsque j'ai des difficultés.				x	
18-Mes amis sont à mes côtés lorsque j'ai des difficultés.			x		
19-Je suis bien traité dans ma communauté.				x	
20-J'ai la chance de prouver aux autres que je suis maintenant un adulte et que je peux agir de manière responsable.			x		
21-Je suis conscient de mes forces.			x		
22-Je participe à des activités à caractère religieux.					x
23-Je crois qu'il est important d'être au service de ma communauté.				x	
24-Je me sens en sécurité lorsque je suis en compagnie de ma famille ou mes fournisseurs de soins.					x
25-J'ai la chance de développer des compétences qui me seront utiles plus tard (pour un emploi ou pour aider les autres).					x
26-J'apprécie les traditions et la culture de ma famille/mes fournisseurs de soins.			x		
27-J'apprécie les traditions de ma communauté.				x	
28-Je suis fier d'être citoyen d'Algérie.				x	

## Annexe N° 15 : Résultat de l'échelle de CYRM-28 de Ramy :

	Pas du tout	Un peu	Moyennement	Beaucoup	Enormément
1-Il y a des personnes que j'admire.					x
2-Je collabore avec les autres autour de moi.					x
3-L'éducation est une chose importante pour moi.					x
4-Je sais me comporter dans différentes situations sociales.				x	
5-Mes parents/fournisseurs de soins me surveillent de près.					x
6-Mes parents/fournisseurs de soins me connaissent bien.			x		
7-Si j'ai faim, j'ai assez à manger.				x	
8-J'essaie de terminer ce que j'ai commencé.				x	
9-Les croyances spirituelles sont une force pour moi.			x		
10-Je suis fier de mon origine ethnique.				x	
11-Les gens aiment être en ma compagnie.				x	
12-Je parle à ma famille/mes fournisseurs de soins de ce que je ressens.	x				
13-Je peux régler mes problèmes sans me faire de mal ou blesser les autres (ex. par la drogue ou la violence).				x	
14-Je me sens soutenu par mes amis.			x		
15-Je sais à qui m'adresser dans ma communauté pour obtenir de l'aide.		x			
16-Je me sens à ma place à mon école.				x	
17-Ma famille est à mes côtés lorsque j'ai des difficultés.			x		
18-Mes amis sont à mes côtés lorsque j'ai des difficultés.			x		
19-Je suis bien traité dans ma communauté.		x			
20-J'ai la chance de prouver aux autres que je suis maintenant un adulte et que je peux agir de manière responsable.			x		
21-Je suis conscient de mes forces.			x		
22-Je participe à des activités à caractère religieux.					x
23-Je crois qu'il est important d'être au service de ma communauté.					x
24-Je me sens en sécurité lorsque je suis en compagnie de ma famille ou mes fournisseurs de soins.					x
25-J'ai la chance de développer des compétences qui me seront utiles plus tard (pour un emploi ou pour aider les autres).				x	
26-J'apprécie les traditions et la culture de ma famille/mes fournisseurs de soins.				x	
27-J'apprécie les traditions de ma communauté.				x	
28-Je suis fier d'être citoyen d'Algérie.				x	

**Annexe N° 15 : Résultat de l'échelle de CYRM-28 de Salim :**

	Pas du tout	Un peu	Moyennement	Beaucoup	Enormément
1-Il y a des personnes que j'admire.			x		
2-Je collabore avec les autres autour de moi.				x	
3-L'éducation est une chose importante pour moi.		x			
4-Je sais me comporter dans différentes situations sociales.		x			
5-Mes parents/fournisseurs de soins me surveillent de près.		x			
6-Mes parents/fournisseurs de soins me connaissent bien.		x			
7-Si j'ai faim, j'ai assez à manger.		x			
8-J'essaie de terminer ce que j'ai commencé.				x	
9-Les croyances spirituelles sont une force pour moi.		x			
10-Je suis fier de mon origine ethnique.		x			
11-Les gens aiment être en ma compagnie.			x		
12-Je parle à ma famille/mes fournisseurs de soins de ce que je ressens.	x				
13-Je peux régler mes problèmes sans me faire de mal ou blesser les autres (ex. par la drogue ou la violence).	x				
14-Je me sens soutenu par mes amis.			x		
15-Je sais à qui m'adresser dans ma communauté pour obtenir de l'aide.			x		
16-Je me sens à ma place à mon école.		x			
17-Ma famille est à mes côtés lorsque j'ai des difficultés.		x			
18-Mes amis sont à mes côtés lorsque j'ai des difficultés.				x	
19-Je suis bien traité dans ma communauté.			x		
20-J'ai la chance de prouver aux autres que je suis maintenant un adulte et que je peux agir de manière responsable.				x	
21-Je suis conscient de mes forces.	x				
22-Je participe à des activités à caractère religieux.		x			
23-Je crois qu'il est important d'être au service de ma communauté.		x			
24-Je me sens en sécurité lorsque je suis en compagnie de ma famille ou mes fournisseurs de soins.		x			
25-J'ai la chance de développer des compétences qui me seront utiles plus tard (pour un emploi ou pour aider les autres).				x	
26-J'apprécie les traditions et la culture de ma famille/mes fournisseurs de soins.		x			
27-J'apprécie les traditions de ma communauté.		x			
28-Je suis fier d'être citoyen d'Algérie.	x				

## Annexe N° 16 : Résultat de l'échelle de CYRM-28 de Walid :

	Pas du tout	Un peu	Moyennement	Beaucoup	Enormément
1-Il y a des personnes que j'admire.		x			
2-Je collabore avec les autres autour de moi.		x			
3-L'éducation est une chose importante pour moi.		x			
4-Je sais me comporter dans différentes situations sociales.		x			
5-Mes parents/fournisseurs de soins me surveillent de près.				x	
6-Mes parents/fournisseurs de soins me connaissent bien.		x			
7-Si j'ai faim, j'ai assez à manger.				x	
8-J'essaie de terminer ce que j'ai commencé.		x			
9-Les croyances spirituelles sont une force pour moi.		x			
10-Je suis fier de mon origine ethnique.				x	
11-Les gens aiment être en ma compagnie.			x		
12-Je parle à ma famille/mes fournisseurs de soins de ce que je ressens.	x				
13-Je peux régler mes problèmes sans me faire de mal ou blesser les autres (ex. par la drogue ou la violence).	x				
14-Je me sens soutenu par mes amis.			x		
15-Je sais à qui m'adresser dans ma communauté pour obtenir de l'aide.	x				
16-Je me sens à ma place à mon école.		x			
17-Ma famille est à mes côtés lorsque j'ai des difficultés.		x			
18-Mes amis sont à mes côtés lorsque j'ai des difficultés.			x		
19-Je suis bien traité dans ma communauté.		x			
20-J'ai la chance de prouver aux autres que je suis maintenant un adulte et que je peux agir de manière responsable.			x		
21-Je suis conscient de mes forces.	x				
22-Je participe à des activités à caractère religieux.		x			
23-Je crois qu'il est important d'être au service de ma communauté.		x			
24-Je me sens en sécurité lorsque je suis en compagnie de ma famille ou mes fournisseurs de soins.	x				
25-J'ai la chance de développer des compétences qui me seront utiles plus tard (pour un emploi ou pour aider les autres).	x				
26-J'apprécie les traditions et la culture de ma famille/mes fournisseurs de soins.		x			
27-J'apprécie les traditions de ma communauté.		x			
28-Je suis fier d'être citoyen d'Algérie.	x				

**Annexe N° 17 : Résultat de l'échelle de CYRM-28 de Massi :**

	Pas du tout	Un peu	Moyennement	Beaucoup	Enormément
1-Il y a des personnes que j'admire.				x	
2-Je collabore avec les autres autour de moi.					x
3-L'éducation est une chose importante pour moi.					x
4-Je sais me comporter dans différentes situations sociales.				x	
5-Mes parents/fournisseurs de soins me surveillent de près.					x
6-Mes parents/fournisseurs de soins me connaissent bien.		x			
7-Si j'ai faim, j'ai assez à manger.			x		
8-J'essaie de terminer ce que j'ai commencé.				x	
9-Les croyances spirituelles sont une force pour moi.					x
10-Je suis fier de mon origine ethnique.					x
11-Les gens aiment être en ma compagnie.				x	
12-Je parle à ma famille/mes fournisseurs de soins de ce que je ressens.		x			
13-Je peux régler mes problèmes sans me faire de mal ou blesser les autres (ex. par la drogue ou la violence).			x		
14-Je me sens soutenu par mes amis.				x	
15-Je sais à qui m'adresser dans ma communauté pour obtenir de l'aide.				x	
16-Je me sens à ma place à mon école.					x
17-Ma famille est à mes côtés lorsque j'ai des difficultés.		x			
18-Mes amis sont à mes côtés lorsque j'ai des difficultés.				x	
19-Je suis bien traité dans ma communauté.				x	
20-J'ai la chance de prouver aux autres que je suis maintenant un adulte et que je peux agir de manière responsable.		x			
21-Je suis conscient de mes forces.			x		
22-Je participe à des activités à caractère religieux.				x	
23-Je crois qu'il est important d'être au service de ma communauté.		x			
24-Je me sens en sécurité lorsque je suis en compagnie de ma famille ou mes fournisseurs de soins.				x	
25-J'ai la chance de développer des compétences qui me seront utiles plus tard (pour un emploi ou pour aider les autres).				x	
26-J'apprécie les traditions et la culture de ma famille/mes fournisseurs de soins.				x	
27-J'apprécie les traditions de ma communauté.				x	
28-Je suis fier d'être citoyen d'Algérie.			x		





## Résumé

Cette recherche a pour ambition de décrire et de comprendre le vécu psychologique des enfants orphelins de mère de 6 à 12 ans, en retenant deux indicateurs clinique qui sont : le traumatisme psychique et la résilience. Ce travail s'inscrit dans un référentiel psychodynamique. Nous avons choisis comme terrain d'étude deux écoles primaires dans la Wilaya de Bejaia, et notre groupe de recherche est composé de 6 cas. Nous avons adopté une démarche clinique, celle de l'étude de cas et nous nous sommes servis de l'entretien clinique semi-directif, l'échelle du traumatisme psychique CPTS-RI, et l'échelle de la résilience CYRM-28. Cette recherche a révélé des vécus psychologiques différents d'un enfant à un autre, certains semblent s'inscrire dans un bon vécu et d'autre dans un mauvais vécu. Le résultat de l'échelle du CPTS-RI a révélé un niveau sévère du traumatisme pour quatre de nos cas, un niveau modéré pour un cas et un niveau faible pour un autre. Concernant l'échelle du CYRM-28, elle à démontré la présence de la résilience chez trois cas avec un score élevé par rapport à la norme, et une certaine résilience avec un score faible par rapport à la norme pour le reste des sujets.

**Mots clés :** Vécu psychologique ; Enfants ; Orphelins ; Traumatisme Psychique ; Résilience.

## Abstract

This research aims at describing and understanding the psychological life of orphan children aged between 6 to 12. Two clinical indicators are considered: psychological trauma and resilience. This research falls within a psychodynamic framework. We have chosen two state primary schools located in the city of Bejaia to conduct our field research on a group of 6 cases. We have followed, to study these six cases, a clinical procedure, a semi-structured clinical interview, psychological trauma and resilience scales. We have found that children psychological life differs from one to another; some of the children seem to lead a good life some others don't. The CRTS-RI test has revealed that four cases suffer severe trauma, one case a moderate trauma and another case a mild trauma. Concerning CYRM-28 resilience scales, they revealed that 3 cases showed higher than normal level of resilience and the remaining cases showed lower than normal level of resilience.

**Key word:** Psychological experience; Child, Orphan; Psychic Trauma; Resilience