



Université Abderrahmane Mira De Bejaia

Faculté Des Sciences Humaines Et Sociales

Département de Psychologie et d'orthophonie

Mémoire De Fin De Cycle

En Vue De L'obtention Du Diplôme De Master En Psychologie

Filière : Psychologie clinique

Thème :

**Traumatisme psychique chez les adolescents victimes
d'abus sexuel**

**Étude de 04 cas d'adolescents âgés entre 12-18 ans,
Réalisée au sein du service de la médecine légale de
l'hôpital Frantz fanon**

Réaliser par :

- **M elle ZADI Meriem**
- **M elle MENNAA Khokha**

Encadré par :

Mme. ABDI Samira

Année universitaire

2022-2023

Remerciement

Et voilà le moment de mettre le point final à ce manuscrit présenté en vue de l'obtention du diplôme de master en psychologie clinique. Il est agréablement d'exprimer nos gratitude envers tous ceux qui ont contribué à notre formation et qui nous ont aidés à réaliser ce travail.

Nous tenons, d'abord, à remercier Dieu, le tout puissant et miséricordieux, qui nous a donné de la force et de la patience d'accomplir ce modeste travail.

Nous voudrions, exprimé notre sincère et profonde gratitude à notre promotrice Professeur ABDI Samira pour avoir acceptée de nous encadrer, pour ses judicieux conseils, sa patience, sa disponibilité, ses remarques et ses critiques qui nous ont éclairé et nous ont permis de surmonter bien des difficultés.

Aussi, nous exprimons notre gratitude aux membres du Jury qui nous ont consacré leur temps et ont accepté d'évaluer d'examiner notre modeste recherche.

Nous tenons également à témoigner notre profonde gratitude de remerciement à l'ensemble du personnel du CHU FRANTZ FANON de Bejaia, où s'est déroulée notre recherche. Un grand merci au professeur BENKHELLAT chef de service du médecine légale qui nous a permis d'effectuer notre recherche, ainsi qu'à la psychologue du service Mme BOUZERARI Fazia pour sa bienveillance et ses conseils et son aide durant notre courte période de recherche.

Enfin nous remercions notre collègue de promotion avec qui nous somme partagé des moments inoubliables durant ces cinq ans.

Dédicace

Je dédie cet humble modeste travail avec grand amour et sincérité et fierté

A ma très chère maman

Quoi que je fasse ou je dise, je ne saurai point te remercier comme il se doit, ton amour et affection me couvre, ton soutien et t'as présence à mes coté a toujours été ma source de force pour affronter les différents obstacles

A mon très cher papa

Tu as toujours été à mes côtés pour me soutenir et m'encourager que ce travail traduit ma gratitude et mon affection

A mon très chère frère Sofiane, à mes grand parents que dieu vous bénisse, à tous mes copines particulièrement wissam, dounia, néna qui m'ont encouragé et à qui je souhaite plus de bonheur.

A tous ceux qui aiment le bon travail et ne reculent pas devant les obstacles de la vie

Meriem

Dédicace

Je dédie ce modeste travail à ceux qui rien n'aurait été possible sans eux,
Ma chère maman, ma confidente qui est la lumière qui m'a guidé tout le long de
ma vie, ses sacrifices et son amour inconditionnels ont fait de moi celle que je
suis et je lui en serais éternellement reconnaissante que dieu te garde pour moi.

Mon très chère père, le brave homme dans je suis fière d'être sa fille.

Mes très chères sœurs « Lina et yarra », mes grand parents, et Ceux qui ont
partagé avec moi tous les moments d'émotion lors de la réalisation de ce travail,
ils m'ont chaleureusement supporté et encouragé tout ou long de mon parcours.

A ma famille, mes proches et a ceux qui me donnent de l'amour et de la
vivacité.

A tous mes amis qui m'ont toujours encouragé, et à qui je souhaite plus de
succès.

A tous ceux que j'aime.

KHOKHA

Sommaire

Remerciement

Dédicace

Listes des annexes

Liste d'abréviation :

Liste des Tableaux

Introduction 3

Chapitre 01 : cadre général de la problématique

1- problématique 5

2- Les hypothèses 10

3- Opérationnalisation des concepts..... 10

4- Objectif de la recherche 11

Chapitre 02: L'abus sexuel

Préambule.

1- Définition des concepts 10

2- L'histoire de l'abus sexuel 12

3- Facteurs de risque d'abus sexuel..... 16

4- Les types d'abus sexuel 18

5- les caractéristiques de l'abus sexuel sur l'adolescent 22

6- Les circonstances de la découverte 23

7- conséquence d'abus sexuel 23

8- Prise en charge de la victime d'un abus sexuel..... 26

Conclusion.

Chapitre 03 : Le traumatisme psychique

Préambule..... 30

1- Définition du trauma : 30

2- Histoire du traumatisme psychique : 35

3- Les symptômes du trouble stress –post –traumatique : 38

4- Types du traumatisme psychique : 41

5- Clinique du trauma chez l'adolescent 44

Conclusion.

Chapitre 04 : Adolescence

Préambule..... 63

1- Définition des concepts 63

2- Les conséquences des traumatismes sexuels sur la sexualité des victimes :	53
3- Conduite à tenir et prise en charge du traumatisme	55
4- Les différents développements de l'adolescent	65
5- Profil psychologique de l'adolescent abusé sexuellement.....	73
6- L'image du corps de l'adolescent abusé sexuellement	73
7-Le rôle du système nerveux central et de l'environnement :	74
8- Les déterminants du comportement sexuel a risque chez les adolescents	75
Conclusion.	

Chapitre 05 : **Méthodologie**

Préambule.....	79
1- La démarche de la recherche et la population d'étude.....	79
2- Présentation du lieu de la recherche.....	80
3- La population d'étude	80
4- Les techniques de recherche	82
5- Difficultés de la recherche	89
Conclusion.	

Chapitre 06 : Présentation et analyse des cas et discussions des hypothèses

Préambule.....	90
A. Présentation et analyse des résultats.....	90
B. Discussion des hypothèses.....	116
Conclusion.....	117

Conclusion	118
-------------------------	-----

Références bibliographiques	119
--	-----

Annexes

Listes des annexes

N° de l'Annexe	Titre
Annexe n° 01	Le guide d'entretien
Annexe n° 02	Le questionnaire du TRAUMAQ
Annexe n° 03	Feuille de résultat du TRAUMAQ
Annexe n° 04	Cas n° 01 (Yanis) au TRAUMAQ
Annexe n° 05	Cas n° 02 (Melinda) au TRAUMAQ
Annexe n° 06	Cas n° 03 (Kamelia) au TRAUMAQ
Annexe n° 07	Cas n° 04 (Maissa) au TRAUMAQ

Liste des tableaux

N° de tableau	Titre
Tableau N° 01	Grille de cotation des items à l'échelle J
Tableau N° 02	Conversion des notes brutes en notes étalonnées, par échelle
Tableau N° 03	Interprétation des scores obtenus au questionnaire
Tableau N° 04	conversion des notes brutes obtenues par Yanis en notes étalonnées
Tableau N° 05	conversion des notes brutes obtenues par Melinda en notes étalonnées
Tableau N° 06	conversion des notes brutes obtenues par Kamelia en notes étalonnées
Tableau N° 07	conversion des notes brutes obtenues par Maissa en notes étalonnées

Liste d'abréviation :

- **AS** : Année Secondaire.
- **CEM** : Collège d'Enseignement Moyen.
- **DSM** : Diagnostic and statistical Manual of Mental Disorder.
- **EMDR** : Eye Movement Desensitization and Reprocessing.
- **ESPT** : Etat de Stress Post Traumatique
- **Et al.** : Et Autres.
- **Etc.** : Et Cetera.
- **Ibid** : Ibidem.
- **INSP** : Institut National de Santé Publique.
- **OMS** : Organisation Mondiale de la Santé.
- **PTSD** : Post Traumatic Stress Disorder.
- **TCC** : Thérapie Cognitives et Comportementale.
- **TRAUMAQ** : Questionnaire d'évaluation du Traumatisme psychique.
- **DGSN** : Direction générale de la Santé Nationale.
- **IST** : Infection Sexuellement Transmissibles.
- **CIM** : Classification International des Maladies
- **IVC** : Intégration de Cycle de Vie.
- **AMM** : Autorisation Mise sur le Marché.
- **RDC** : République Démocratique du Congo.
- **ONU DC** : L'Office des Nations Unies contre la Drogue et le Crime.
- **CHU** : Centre Hospitalier Universitaire.
- **CSSM** : Centre de Soins de Santé Mentale.
- **TAT** : Thematic Aperception Test.
- **DMAM** : Dictionnaire Médicale de l'Académie de Médecine.
- **TSA** : Trouble de Stress Aigue.

Partie théorique

Introduction

Introduction

L'abus sexuel est un phénomène qui touche plusieurs personnes dans le monde entier, et parmi les pays les plus touchés on retrouve l'Algérie qui est touché de plus en plus. Ainsi l'abus sexuel sur l'être humain en générale et sur les mineurs en particulier est parmi les délinquances les plus importantes et les plus manifestes, bien quel soit intolérable par toute culture et religion.

De ce fait, ce phénomène engendre des répercussions négatives sur la personnalité et l'identité sexuelle de l'adolescent victime. Qui peut être rejeté par sa famille, amis, même la société. Et pour cela l'adolescent victime de cet acte effrayant manifeste des perturbations sur le plan psychologique et social allant jusqu'à un trouble stress post traumatique qui peut s'aggraver en cas d'absence d'un excellent suivi psychologique et engendre des troubles complexe à l'Age adulte.

Pour la réalisation de notre travail de recherche, nous avons choisi « l'approchecognitivo-comportementale » qui s'accorde bien avec les objectifs de notre recherche, ainsi qu'avec les outils que nous avons décidé d'utiliser. Sachant que c'est une Introduction 3 approche focalisée sur les cognitions, les émotions et les comportements et qui consiste à comprendre les problèmes actuels et leurs origines, ce qui nous aidera à comprendre, à mesurer et à décrire le vécu psychologique de l'adolescent abusé

Dès lors, notre recherche intitulé « Le traumatisme psychique chez les adolescents victime d'abus sexuel » a été mené pour but de mesuré l'intensité du traumatisme psychique des adolescents qui ont étaient abusé sexuellement.

Afin d'enrichir notre étude, on a utilisés un cadre de référence, notre étude se présente en deux parties : une première partie théorique qui se compose d'une problématique et de 3 chapitres, le premier chapitre qui se discute de la variable indépendante, qui a été consacré à « L'abus sexuel » qu'on a présenté on donnant quelques définition de l'abus, un petit aperçue historique, les facteurs de risque influençant cet acte, ces différents types, ces caractéristiques ainsi que ces conséquences, et enfin une prise en charge.

Le deuxième chapitre qui s'argumente sur la variable dépendante, qui a été consacré au « Traumatisme psychique », qui a débuté par quelques définitions sur le traumatisme psychique, un aperçu historique du Traumatisme, quelques symptômes du trouble stress post traumatique, aussi les types du Traumatisme psychique et ses conséquences, ainsi la clinique

du Trauma chez l'adolescent, et enfin nous avons parlé des conduite à tenir et la prise en charge du Traumatisme psychique.

Le troisième chapitre sanctifié à l'adolescent qu'on a tenté de présenter par, d'abord quelques définitions sur l'adolescence, ensuite les différents développements de l'adolescent, puis on a essayé d'expliquer le profil psychologique des adolescents abusés sexuellement et leur image corporelle, Ainsi le rôle du système nerveux central et de l'environnement sur l'adolescent, enfin les déterminants du comportement sexuel a risque des adolescents.

Une deuxième partie qui est la partie pratique, celle-ci comprend un chapitre méthodologique, ou on a présenté la démarche et les outils utilisé dans notre recherche. Suivi d'un chapitre consacré à la présentation et l'analyse des résultats et discussion des hypothèses, pour enfin finir avec une conclusion générale. Nous avons ensuite fini par une conclusion, la liste des références bibliographiques selon les normes APA (mise à jour 2019), les annexes et le résumé.

I- Problématique

L'adolescence est une période développementale physique et psychique qui doit être déroulée dans un environnement chaleureux, sécurisé, afin que l'adolescent puisse construire une identité et une personnalité harmonieuse et stable. Néanmoins au cours de ce développement ce dernier peut être confronté à des situations dommageables tel que ; les accidents les catastrophes naturelles, les décès, les agressions sexuelles.

Par ailleurs, parmi ces situations les plus intolérables on trouve l'abus sexuel à l'égard des adolescents, qui est comme un fait à caractère agressif et sexuelle sans consentement de ce dernier.

L'abus sexuel est défini selon le centre de soin de santé mentale à Jordanie (2017) comme toute atteinte physique à caractère sexuel commise par la force, sous la contrainte ou à la faveur d'un support inégal, ainsi que la menace d'une telle atteinte. Il comprend l'esclavage sexuel, la pornographie, les agressions sexuelles (**Centre de Soins de Santé Mentale, 2017**).

Par ailleurs ce phénomène d'abus sexuel sur mineur est considéré comme toute participation d'un enfant ou d'un adolescent, dépendant et immature du point de vue du développement psychosexuel, à des activités sexuelles qu'il ne peut appréhender et comprendre. Ces activités ne sont pas adaptées à l'âge et au niveau de développement psychosexuel de l'enfant et sont menées sous la contrainte, la violence ou la séduction en transgressent des tabous sociaux sur les rôles familiaux.

Pour la Belgique, Un totale réalisé par l'institut délicate en octobre 2019. 2300 belges âgées de 15 à 85ans, francophones comme néerlandophones, ont été victime d'abus sexuel, donc près de la moitié des belges (47%) ont déjà été exposées au moins une des formes de violence sexuelles testées (dont la moins grave était formuler des demandes répétées et insistantes à caractère sexuel). (www.statista.com).

Parmi eux, une grande majorité de jeunes filles et autour de 8.000 garçons.78% sont des jeunes filles et 32% sont des garçons. Ces chiffres sont ceux des autorités de police et prennent donc uniquement en compte les plaintes enregistrées. Or, trois quarts des personnes

victimes de violences sexuelles pendant leur enfance ne portent pas plainte. (www.statista.com).

Selon le professeur BENKHELAT, spécialiste en médecine légale, au centre hospitalo-universitaire de Bejaia (A s'avoir qu'il est l'unique service au niveau de la wilaya). Une moyenne annuelle de 53 cas d'abus sexuel pour l'année 2022, dont 10 cas sur enfants et 39 cas sur adolescents ainsi 04 cas sur l'adultes, en ce qui concerne l'année 2023 (du mois de janvier au mois d'avril) le totale des abus sexuelle sur adolescent est 21 cas, à partir de là on constate que le chiffres de cas d'abus sexuelle sur les adolescents est élevé par rapport aux autres phases d'âges.

Pour ce qui est de l'Algérie, les seules données publier et mise en dispos en publique sont ceux de la Direction Générale de la Sureté Nationale (DGSN) qui recense pour l'année 2020, 5067 affaires dont 2257 affaire de coups et de blessure volontaire et 165 autres de maltraitance. Pour l'année 2021, c'est 2453 enfants et adolescents victimes de différentes formes de violences, dont 1035 cas de coup et blessure volontaires. En ce qui concerne la France, le totale en 2020 près de 40000 mineurs ont été victimes de violence sexuelles d'après les autorités publiques,

La recherche scientifique passe par une œuvre collective, même s'il arrive souvent que des études isolées soit entreprise par des chercheurs individuels évoluant seuls. En effet nous ne sommes pas les premiers à pouvoir aborder pareille étude sur l'abus sexuel, plusieurs autres travaux ont été élaborés dans ce cadre. Notre thème s'apparente à celui déjà effectué par notre chercheur Algérien ABOUD en 2007 qui a été faite sur 11 adolescents victimes d'abus sexuel, âgé de 9 à 14ans, là où après avoir faits des entretiens avec ces adolescents et leurs parents, ainsi avoir appliquer les tests projectifs celui du dessin libre et du dessin de la famille, a conclu que ces victimes démontrent de grave dommage de la personnalité, aussi des effets sur l'image de soi, il a pareillement révéler et détecter les troubles du schémas corporelle et psychique, encore des conflits dans le système familiale qui ont un impact sur la victime. Il a également établi l'impact et les conséquences de l'abus sur le devenir des victimes, dont l'apparition de graves nuisibles sur le plan psychologique et sociale. (

A propos de l'étude de TOUAFEK (2005) , elle a étudié 2 cas de mineurs victimes d'inceste ; En réalisant des entretiens cliniques ainsi que deux tests de projection, le Rorschach et le TAT, elle a pu mettre en évidence des difficultés d'adaptation émotionnelle et sexuelle, une faible estime de soi et une dépression ainsi qu'un dysfonctionnement sexuel, des

sentiments de honte et de culpabilité, des difficultés d'identification. . Elle a également noté des échecs au niveau relationnel, ainsi que les conséquences sociales de la désintégration de la famille et de la destruction de l'unité familiale.

En ce qui concerne l'étude de REMMAS, lui en (2010) il a effectué une étude sur les caractéristiques de la représentation de soi chez 6 enfants âgés entre 6 et 12ans victimes d'abus sexuel, à travers des entretiens avec les victimes et leurs parents, ainsi que le test projectif du Rorschach. Il put constater que les enfants souffrent d'une multitude de symptômes tels que l'isolement, l'évitement, l'agressivité, les difficultés scolaires....etc. il a conclu que la représentation de soi est fragile chez ces victimes.

Par ailleurs, notre recherche s'est intéressé au traumatisme psychique des adolescents victimes d'abus sexuel, nous avons voulu comprendre ce traumatisme en investissant trois indicateurs clinique précieux qui sont le stress aigu, l'angoisse, la détresse

Cependant, ce phénomène monstrueux d'abus conduit l'adolescent à atteindre un traumatisme psychique qui est une réaction émotionnelle persistante qui survient après un évènement extrêmement difficile de la vie.

Ainsi, le Dictionnaire Médicale de l'Académie de Médecine (2023) définit le traumatisme psychique comme une expérience soudaine et intense provoquée par un danger, source de menace pour la vie du sujet sans que celui-ci puisse y échapper ou qu'il ait autour de lui des moyens suffisants pour y faire face. Le traumatisme induit frayeur et sentiment d'impuissance. Il peut être un évènement unique ou un enchainement d'évènements (traumatismes cumulatifs ou traumatismes en chaîne) dont la valeur traumatique tient à la résonance d'une situation apparemment anodine avec des évènements violents antérieurement vécus par le sujet.

En parallèle, le traumatisme psychique est un phénomène d'effraction du psychisme qui dépasse ses défenses par des stimuli violents associés à la survenance d'un événement agressif ou menaçant la vie ou l'intégrité physique ou psychologique d'un individu qui y est exposé en tant que victime, témoin ou acteur. Cela nous amène au modèle psycho dynamique du traumatisme.

La prévalence du TSA se situerait entre 8 et 10% dans les pays industrialisés. La prévalence du TSPT chez les enfants et les adolescents ayant été exposés à une catastrophe varie de manière très importante en fonction de la population étudiée et des outils

diagnostiques utilisés, avec des taux de prévalence allant de 1% à 60%. Une méta analyse récente a retrouvé un taux de TSPT chez des enfants ayant été exposés à un événement traumatique d'environ 16% (33). Une étude épidémiologique réalisée aux Etats-Unis (34) a quant à elle mit en évidence une prévalence vie entière du TSPT chez les adolescents de 4,7%, avec des taux supérieurs chez les filles (7,3%) que chez les garçons (2,2%). Plus récemment, une étude de grande envergure (2232 sujets) conduite au Royaume-Uni, a retrouvé une prévalence d'exposition à des événements traumatiques dans l'enfance et l'adolescence de 31,1% et une prévalence du TSPT de 7,8% à l'âge de 18 ans. De façon intéressante, seuls 20,6% de ces jeunes adultes avaient bénéficié d'interventions de professionnels de santé mentale pour leurs symptômes de TSPT. **(Dagleish et all 2008).**

A propos des études sur le traumatisme psychique nous référons à l'étude d'AKERMAN et ces collègues qui expliquent que chez les enfants victimes d'un événement traumatique, le diagnostic d'état de stress post-traumatique (ESPT) n'est pas le plus fréquent, mais arrive en quatrième position, après les troubles d'anxiété de séparation, d'opposition et autres phobies. Ils expliquent que cela ne signifie pas que ces enfants ne sont pas traumatisés, mais plutôt qu'un diagnostic de stress post-traumatique vise à décrire les symptômes de l'adultes sans tenir compte des symptômes de traumatisme psychologique vécus par l'enfant, et que cela est particulièrement vrai dans le cas de violences physiques et sexuelles prolongées, qui provoquent des symptômes beaucoup plus complexes qui interfèrent avec la construction du caractère.

Egalement, Une méta-analyse de 64 études centrée sur l'évaluation des facteurs de risque de TSPT chez des enfants et des adolescents âgés de 6 à 18 ans a mis en évidence que les facteurs les plus fortement prédictifs du risque de développer un TSPT étaient les facteurs liés à l'expérience subjective de l'événement traumatique (en particulier le sentiment de peur péritraumatique et la perception d'une menace pour sa vie) et les facteurs liés à l'après-traumatisme (notamment un faible niveau de soutien social, un isolement social, des comorbidités psychiatriques, un faible niveau de fonctionnement familial et l'utilisation de certaines stratégies cognitives telles que l'évitement et la suppression des pensées). **(Trickey et all., 2012).**

Encore, Kedia, Sabouraud-Seguin et ses collègues (2013) soutiennent que les réactions traumatiques ont été moins étudiées chez les enfants que chez les adultes et qu'il existe peu de recherches naturalistes longitudinales. Cependant, il existe un consensus clinique considérable

parmi les experts. Ils ajoutent que les trois principales catégories de symptômes de l'état de stress post-traumatique (ESPT) décrits chez l'adulte sont également présentes chez l'enfant : reviviscence, évitement et inhibition, et hyperactivité autonome. Et que le consensus relatif est que les enfants de plus de 8-10 ans expriment des réponses similaires aux adultes, en revanche, pour les enfants de moins de 8 ans, il y a moins de consensus sur l'expression et la gravité des réponses exprimées. Ils nous décrivent une série de symptômes qui, notamment, peuvent prendre la première place dans le tableau clinique : Comportements immatures régressifs : augmentation de l'anxiété, expression de nombreux comportements (enfant plus « collant »), difficulté à s'endormir ; Agressivité : irritabilité, comportement destructeur, crises de colère, etc.; Cauchemars; Jeux ou dessins qui recréent inlassablement l'événement traumatisant ou des thèmes connexes. Ils mentionnent également une autre difficulté diagnostique, l'émoussement affectif, beaucoup plus difficile à détecter chez les enfants. (Kédia,M. 2013).

A la lumière de tous ce qui a été décrit, et en se référant à ces études, on constate donc que l'adolescent qui a subi un abus sexuel ne peut pas révéler ce qu'il a subi, et ce pour plusieurs raisons, mais par conséquent il peut développer une multitude de symptômes, qui peuvent être des symptômes traumatiques comme un sentiment de peur intense, d'horreur et d'impuissance accompagné palpitations cardiaques, tremblements, frissons, des *flash-back*, de la difficulté à ressentir certaines émotions

D'après ce que nous avons énoncé ci-dessus, nos questions sont formulées de la manière suivante :

1 Question générale :

Quel est l'intensité du traumatisme psychique chez les adolescents victime d'abus sexuel ?

1-1 Questions partielles :

- L'adolescent victime d'abus sexuel présente-il une symptomatologie traumatique ?
- Est-ce que l'adolescent présente une détresse péri traumatique suite à un abus sexuel ?

2- Les hypothèses

2-1 Hypothèse générale

L'adolescent victime d'abus sexuel présente un traumatisme psychique élevé

2-2 Hypothèses partielles

L'abus sexuel détruit le devenir psychologique des victimes et engendre des manifestations

3- Opérationnalisation des concepts

L'opérationnalisation fait référence à l'ajustement des concepts et des idées sous une forme plus précise, par laquelle nous pouvons observer et tester des indicateurs objectivement identifiables et mesurables de la dimension d'un concept. Notre étude s'est concentrée sur le traumatisme psychique des adolescents victimes d'abus sexuels de ce fait :

❖ Le traumatisme psychique chez l'adolescent

- un sentiment de peur intense, d'horreur et d'impuissance
- des reviviscences traumatiques et des flash-back
- de la difficulté à ressentir certaines émotions
- de la difficulté à trouver le sommeil
- respiration rapide
- transpiration excessive
- tremblements
- frissons

❖ L'abus sexuel

- Implication d'une personne dans des activités sexuelles inappropriées à son âge et à son développement.
- Personne consentante ou non
- L'abuseur étant une personne plus âgée usant de violence, de séduction ou de manipulation.

❖ **L'adolescence (12-18 ans)**

- Phase de développement humain de la puberté jusqu'à l'âge adulte.
- La période et sa durée sociale est liée au degré de dépendance parentale.
- Ce terme généralement à l'âge adulte, cela varie d'un pays à un autre.

❖ **La victime**

- Personne qui a subi un préjudice reconnu par un texte, une loi ou un règlement.

4- Objectif de la recherche

L'objectif de cette étude est de mettre en évidence les symptômes possibles que peuvent présenter les adolescents victimes d'abus sexuels, ainsi que les facteurs de risque pouvant amener les adolescents à tomber dans l'abus et ce dans le but de développer une prise de conscience future. Et des programmes de prévention contre ce phénomène, et pourquoi pas d'éducation sexuelle pour les programmes éducatifs.

5- Le choix du thème

Nous avons choisi ce thème pour plusieurs raisons et parmi :

- Ce sujet est assez sensible et tabou dans notre société.
- L'augmentation de son taux qui s'évolue de plus en plus.
- Egalement le manque d'éducation sexuelle dans notre société.

Chapitre 1:

L'abus sexuel

Préambule

L'abus sexuel est considéré comme une action à caractère sexuel faites à l'égard des enfants et mineurs, qui touchent leur intégrité. Cela conduit à l'émergence de nombreuses manifestations psychologiques et physiques de la victime. Cet acte monstrueux reste difficile à étudier de par sa complexité et surtout son aspect tabou.

Dans ce chapitre nous allons aborder les différentes définitions de l'abus sexuel, ainsi ces facteurs environnementaux, en ajoutons à cela les types, les caractéristiques, et les conséquences de cet abus sur l'adolescent et enfin une synthèse.

1- Définition des concepts

Nous allons tenter a traves ce point de définir l'abus sexuel, selon quelque auteurs, on le divisant d'abord en abus et sexuel.

- **Abus** : action d'abuser, mauvais emplois, exagération dangereuse, fait d'outrepasser certains droits, de sortir d'une norme, d'une règle.
- **Sexuel** : relatif ou sexe, à la différence entre mâle et femelle. Le comportement sexuel est un ensemble d'acte qui permet le rapprochement de deux partenaires et leur accouplement.
- **Abus sexuel** : Selon G. Lopez, l'abus sexuel d'un mineur peut être défini comme « toute participation d'un enfant ou d'un jeune à des activités sexuelles qui ne sont pas comprises par l'enfant, ne sont pas adaptées à l'âge et au développement psychosexuel de l'enfant auxquels l'enfant subit une contrainte ». , violence ou séduction ou violation des tabous sociaux. **(Lopez.G.2013, p 108).**
- **Santé sexuelle** : L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit la santé sexuelle comme l'intégration des aspects physiques, émotionnels, intellectuels et sociaux de la sexualité pour la réalisation de l'enrichissement et de l'épanouissement de la personnalité de l'enfant, de la communication et de l'amour. . Les agresseurs sexuels désignent personnalités dont le comportement sexuel est considéré comme conditionnellement agressif.
- La définition la plus reconnue est celle de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), où l'abus sexuel chez l'adolescent est définit comme : «La participation du mineur à une activité de nature sexuelle que l'enfant ne peut pas entièrement comprendre, n'est pas en mesure de donner un consentement éclairé ou n'y est pas préparé en raison du niveau de développement de l'enfant. ou aller à l'encontre de la

loi ou du tabou de la société. Les adolescents peuvent être abusés sexuellement par des adultes ou d'autres jeunes, en raison de leur âge ou de leur niveau de développement, dans un poste de responsabilité, de confiance ou de pouvoir sur la victime.» (Bisson B. 2015, p2).

- Le grand dictionnaire de psychologie, utilise le concept de sévices sexuels, et le définit comme Abus lié à une blessure génitale. Les victimes de ces abus sont sans défense pour des raisons d'infériorité physique, comme lorsqu'il s'agit d'inceste parental envers des enfants ou des mineurs, ou d'abus dont sont victimes les femmes battues. La violence physique du sadisme et les attentats à la pudeur que certains pédophiles infligent aux adolescents s'accompagnent parfois d'agressions sexuelles justifiant des sanctions pénales.» (Bloch H. et al. 2000, pp848-849).
- le conseil national de l'Europe l'abus sexuel est considéré comme « le fait de se livrer à des activités sexuelles avec un adolescent : en faisant usage de la contrainte, de la force ou de menaces ; ou en abusant d'une position reconnue de confiance, d'autorité ou d'influence sur l'adolescent, y compris au sein de la famille ; ou en abusant d'une situation de particulière vulnérabilité de l'adolescent, notamment en raison d'un handicap physique ou mental ou d'une situation de dépendance » (Lalor K. et Mc Evanez R. 2013, p14).
- Selon Kempe (1978) l'abus sexuel est « implication d'un enfant ou d'un adolescent immature, dépendant et immature du point de vue du développement psychosexuel, dans des activités sexuelles qu'il ne peut appréhender. Ces activités ne sont pas adaptées à l'âge et au niveau de développement psychosexuel de l'enfant et sont menées sous la contrainte, la violence ou la coercition ou en violation des tabous sociaux sur les rôles familiaux.». (Cité par Barudy, 2007, pp.139-140).

A travers ces définitions, on comprendra qu'un abus sexuel est un mauvais usage d'une confiance accordé et utilisée à des fins sexuelles pour assouvir un désir contre nature envers une personne qui ne peut réagir face à cela. Mais On doit d'abord préciser qu'il n'est pas un trouble psychologique avec un diagnostic ou encore un syndrome, mais plutôt un événement traumatisant.

2- L'histoire de l'abus sexuel

Dans l'histoire humaine, dès les premiers écrits, on voit le viol et l'inceste soumis à la justice, comme en témoigne le Code d'Hammourabi, le 6e roi de Babylone, vers 1792-1750 av. Par exemple, voici une traduction de certains articles du code :

" Si un homme viole la fiancée d'une autre alors qu'elle est vierge et vit encore avec son père, et s'il est surpris, il " Si un homme " connaît " sa fille , il sera exilé, banni de la ville; s'il couche avec sa fiancée, il sera mis à mort. Le fils sera ligoté et jeté à l'eau; si la mère et le fils couchent ensemble, ils seront brûlés vifs". (**canon 154**).

Ainsi, dans les temps anciens, les hommes ne se définissaient pas par orientation sexuelle. Les concepts d'hétérosexualité, d'homosexualité et de bisexualité étaient des concepts modernes qui n'existaient pas à l'époque. Le mot "sexe" n'apparut qu'au 12ème siècle, suivi au 18ème siècle du mot "sexe" avant le mot "sexe" au 19ème siècle. Auparavant, le mot "corps" était souvent utilisé pour désigner indiquer le sexe. (**Lemoine, 2015**).

Le Moyen Age succède à l'Antiquité. Ce fut une longue période qui dura environ 1000 ans et se termina au XVe siècle. Ainsi, le droit médiéval était divisé en trois domaines : la justice royale, la haute justice et la justice ecclésiastique. les affaires de l'Église et du clergé ainsi que les questions de foi et de religion. Morale du croyant.

Ainsi, la justice ecclésiastique connaît aussi des fautes sexuelles et évolue surtout au XIIe siècle, à la fin du Moyen Âge, pour culminer au XIIIe siècle. Officiellement, le tribunal ecclésiastique. L'association est chargée de rendre la justice au nom du évêque ou pasteur, puis exerçant le pouvoir judiciaire de l'Église catholique. (**ibid, 2015**).

En outre, l'élargissement de l'autorité royale limiterait le domaine de compétence des juges ecclésiastiques. Parmi les « péchés » sexuels, nous distinguons :

- Les péchés de la chair sont divisés en 3 groupes : l'adultère, la fornication et l'homosexualité, et l'inceste. Ce dernier est compris dans le sens d'être contre la chasteté.
- Péchés d'incantations, c'est-à-dire crimes de séduction,
- Péchés de parole ou de langage, péchés de mots, chants obscènes, insultes...

Ces péchés étaient dénoncés par le clergé, chargé d'assurer la reproduction spirituelle de la société. Le confesseur se réfère ensuite aux pénitences comme le travail de traitement des questions de hiérarchie ecclésiastique, de discipline et de pénitence faite pour chaque

péché jugé moral. De plus, la pénitence des péchés sexuels peut donc varier de quelques jours à plusieurs années de jeûne plus ou moins restrictif jusqu'à l'excommunication des laïcs, ou l'emprisonnement clérical dans un monastère selon les circonstances de la gravité du crime. Les relations homosexuelles peuvent être punies de 10 à 15 ans de pénitence. **(Ibid,2015).**

Au XVI^e siècle, en France, le viol collectif ou individuel pouvait être considéré comme un rite de masculinisation et d'impunité « les jours de fête et de fête, après abus de nourriture et de boisson ».A l'époque, on commençait tout juste à sanctionner les crimes sexuels (inceste, fornication, c'est-à-dire sexe extraconjugal, polygamie, adultère, homosexualité, homosexualité), car parce qu'ils vont à l'encontre de l'ordre divin. À cette époque, le vol était un crime plus grave que le viol, qui appartenait au groupe qui était effronté avant les crimes violents, il y avait donc peu de plaintes et de condamnations. **(Ibid, 2015).**

Ainsi, le mariage entre personnes unies par un lien divin, créé par les baptêmes est assimilé à l'inceste (parrain, marraine, et filleule), et dans le monde Au XVII^e siècle, on distingue plusieurs types d'inceste :

- Inceste contre les lois de la nature (parent/enfant). Les victimes à ce stade sont souvent suspectées, voire tenues pour responsables, voire condamnées.
- Inceste contraire au droit international (beau-père/belle-fille, belle-mère/gendre)
- Inceste contre le droit canonique (relatif ou allié dans une certaine mesure). Inceste spirituel (parrain/filleul, confesseur/pénitent)

Il faudra attendre le XVIII^e siècle pour que l'inceste prostitué ne soit plus condamné. Aujourd'hui, le rapport incestueux est commis au sein d'une famille et est qualifié de viol et/ou d'agression avec circonstances aggravantes. Les interdictions apparaissent d'abord dans les empêchements au mariage, qui peuvent encore survenir dans certaines circonstances, après que le chef de l'État a accordé l'exemption et/ou en cas de naissance d'un enfant. Dans ce cas, la relation de sang ne sera pas unifiée, seule la mère pourra la reconnaître.

Alors l'ère moderne va révolutionner la question. Au début du 20^e siècle, les agresseurs sexuels ont d'abord fait l'objet d'enquêtes psychiatriques spécifiques. Dans les temps modernes, il y a eu une évolution significative du comportement sexuel. Cette évolution se traduit par une volonté législative internationale très limitée. **(Ibid, 2015).**

La Convention relative aux droits de l'enfant (CIDE) a été adoptée par les Nations Unies en 1989 pour assurer le respect des enfants. En 2002, un protocole additionnel est entré en vigueur dans 126 pays. Il traite du trafic et de la prostitution des enfants ainsi que de la pornographie en contenant. Les États se sont engagés à criminaliser ces actes et à les punir pénalement, ainsi qu'à assurer la protection des enfants victimes. En 2010, la commission Lanzarote a imposé la criminalisation de tous les types de crimes sexuels contre les enfants.⁴⁷ Etats membres du Conseil de l'Europe ont signé cette convention et 36 l'ont ratifiée. La violence sexuelle est davantage condamnée aujourd'hui que par le passé. La loi, sous pression sociale, suit une logique punitive pour éviter la récidive et améliorer la reconnaissance des victimes. **(ibid, 2015)**

Phi a une signification spirituelle sur la vie sexuelle. Dans diverses sociétés africaines, le sexe joue non seulement un rôle biologique mais aussi religieux et social. « Les organes sexuels sont la porte d'entrée de la vie. Chez de nombreux peuples d'Afrique, les organes génitaux et les fesses sont les parties du corps les mieux dissimulées ; ne pas les couvrir équivaut à "nu". À cet égard, on peut dire que ce sont peut-être les attitudes religieuses envers le sexe qui déterminent le comportement social dans ce domaine. Le système familial comprend, entre autres, un degré de parenté où les individus évitent soigneusement les contacts physiques. C'est par exemple le cas entre un homme et sa belle-mère, ou une femme et son beau-père, ou entre frères et sœurs adolescents. Cette distance protège les individus des contacts sexuels. D'autre part, il existe une « relation de rire », dans laquelle les individus sont encouragés non seulement à socialiser mais aussi à établir des contacts physiques, ce qui peut impliquer des rapports sexuels libres ou minimaux. **(Ibid, 2015).**

En Algérie, la question des abus sexuels est souvent passée sous silence car considérée comme une question sensible et insurmontable. Cet acte a causé de graves dommages à tous les âges de la société, femmes, hommes et femmes, qu'ils soient enfants ou adolescents et parfois hommes. Autrefois et solennellement adressés par les autorités et parfois cités par la presse, aujourd'hui et depuis après le fameux drame des deux enfants Haroun et Ibrahim de la wilaya de Constantine respectivement 10 et 9 ont été retrouvés morts après avoir été horriblement mutilés et violés par leurs agresseurs, qui a provoqué un sentiment de rébellion au sein de la population algérienne en général et, plus particulièrement, des habitants de la zone, a manifesté devant diverses agences de sécurité nationale pour exiger le « châtement sévère » qu'est le meurtre, c'est-à-dire la peine de mort est suspendu en Algérie depuis 1993 pour que les actes qui ne le sont pas disparaissent ou du moins soient dénoncés.

Même s'ils sont eux-mêmes victimes, ces enfants, ces adolescents et ces femmes traumatisées sont soumis au jugement de tous que ce soit pour leur éducation ou simplement pour leurs vêtements qui ont pu être à l'origine de cette violence inexplicable. Sont allés jusqu'à renier leur famille et leur entourage et ont été accusés et reconnus coupables de complicité et de consentement pur et simple.

S'agissant des adolescents, selon une étude menée par Nadia Aït-Zai, enseignante à la faculté de droit d'Alger avec le thème « Violences sexuelles contre les adolescents en Algérie » en 2015. L'étude a été réalisée désormais grâce à la collecte de données soumis par la DGSN et la Gendarmerie nationale ont enfin fixé les grandes lignes en analysant les attentats, leur nature, leurs conséquences, en traçant le parcours des victimes, leur prise en charge et le propose plusieurs recommandations au comité national interservices, l'agence en charge des violences records, avec Solidarité. Mais surtout considérer le nombre d'adolescentes en Algérie et donner la définition de l'adolescence uniquement pour les adolescentes de 13-18 ans pour cette étude. (Ait-Zai, N. 2015).

L'approche de l'étude s'est déroulée à trois niveaux différents : Collecte des données sur les violences : réalisée en référençant les données existantes à l'aide de questionnaires qui ont été envoyés à plusieurs centres médico-légaux au niveau des wilayas, de la police et du service national. Gendarmes ainsi que des jeunes.

. Recherchez les lois actuelles sur la suppression et la protection des adolescentes contre la violence sexuelle.

. Rechercher les textes et mécanismes existants pour la prise en charge des adolescentes victimes de violences sexuelles.

En outre, les objectifs de l'étude consistaient à identifier les sources de collecte de données liées à la violence sexuelle contre les adolescentes, à analyser les données et, finalement, à formuler des recommandations, ainsi qu'à proposer de considérer la responsabilité du phénomène et des victimes. Aussi, pour les hypothèses, elles ne sont pas présentes car il s'agit d'une étude quantitative et qualitative visant à collecter des données et non les explications ou descriptions du phénomène des abus sexuels contre les adolescents en Algérie.

Les principaux outils utilisés dans cette étude ont été un modèle de questionnaire, destiné au personnel des services médico-légaux, de police et de gendarmerie, ainsi qu'aux

adolescentes. Cela implique la conception d'un ensemble de questions, à utiliser avec une seule personne ou avec un groupe pour collecter des informations qualitatives et quantitatives détaillées. Par conséquent, l'analyse est basée sur des données quantitatives collectées, des données qualitatives collectées et des documents juridiques et réglementaires.

De ce fait, grâce à ces outils, les résultats obtenus auprès de la jeunesse, de la police, de la gendarmerie, et de bien d'autres services médico-légaux montrent que les plaintes d'abus sexuels de jeunes ont considérablement augmenté au cours de la période 2010 - 2014 et cela est plus susceptible d'indiquer que la victime devient de plus en plus audacieuse. a porté plainte et contrairement aux idées reçues, les grandes villes comme Alger ne sont pas forcément plus violentes que les quartiers plus traditionnels.(**ibid,2015**).

De ces résultats, on constate que les violences sexuelles envers les adolescents sont assez graves, que les plaintes contre leurs agresseurs sont de plus en plus fréquentes et déclarées. La médiatisation de ce phénomène ces dernières années s'est accrue, mais pas avec certaines réticences, mais occultées par l'anonymat dans les réseaux sociaux qui aujourd'hui peuvent parler de l'expérience. (**ibid, 2015**).

3- Facteurs de risque d'abus sexuel

3-1 Un milieu familial difficile

En passant en revue sa littérature, Wolfe a identifié une gamme de facteurs familiaux et parentaux qui peuvent être associés au risque d'être victime d'abus sexuels durant l'enfance ou l'adolescence. Ces facteurs peuvent être liés à la capacité du parent à bien superviser l'enfant ou à affecter directement l'adolescent en augmentant sa vulnérabilité à des situations sexuelles potentiellement abusives, ce qui est possible, correspondant aux 3e et 4e conditions préalables de dans le modèle explicatif proposé par Finkelhor (détaillé dans le chapitre Psychopathologie de victimes). Pour les parents, ces facteurs sont :

- Grossesse non désirée ;
- Le niveau d'éducation de la mère est faible ;
- Consommation de drogues ou d'alcool ;
- Trouble mental parental;
- Relation père-fils difficile;
- Faible conscience des compétences parentales (en particulier chez la mère) ;
- Une moindre conscience de la qualité du soutien affectif que les parents peuvent fournir.

De plus, un certain nombre d'indicateurs d'éclatement de la famille sont associés à un risque plus élevé d'être victime d'abus sexuels durant l'enfance. Ces indicateurs sont de deux types:

Dans un cas, l'adolescent ne vit pas avec ses parents biologiques en raison du décès ou de l'absence prolongée de l'un des parents, d'une séparation, d'un divorce ou d'une famille mixte; dans le second cas, les parents ont un mariage difficile Black et Wolfe dans leur revue de la littérature sur les agressions sexuelles contre les garçons, Holmes et al mentionnent que les facteurs familiaux suivants sont des facteurs de risque pour devenir victime d'agression :

- vivre dans un ménage à faible revenu;
- Ne vit pas avec son père ;
- Appartient à une minorité ethnique. (Nicolas.G,2020.p 41).

3-2. Des conflits entre les parents

En ce qui concerne les relations conjugales, les parents ont signalé que l'insatisfaction et les conflits seraient plus exprimés dans le groupe de parents dont les enfants ont été abusés sexuellement. Enfin, cas où une mère aurait été victime de violences physiques par un conjoint seraient associés à un risque plus élevé que son enfant soit victime de violences sexuelles domestiques. (Ibid, P 41).

3-3. Tout niveau socio-économique

L'abus sexuel se produit dans les familles de tous les statuts socio-économiques Carlson et all, ont constaté que, sur un total d'adolescents pris en charge dans les refuges pour adolescents, 61 % ont été abusés sexuellement par leurs parents, et 38 % par des adultes familiaux et seulement 1 %, par étrangers.

Selon Hamel et all. les recherches qui établissent le lien entre la classe sociale, l'ethnicité et les abus sexuels envers les adolescents ont été principalement réalisées auprès des services de protection de l'adolescence. Le lien en question devrait être du fait que ces services seraient mieux à même de détecter les problèmes des familles les plus pauvres et les plus marginales. Par exemple, les données québécoises des services de protection de l'adolescence montrent que familles économiquement défavorisées sont surreprésentées : revenu des parents dont la source de revenu est l'aide sociale et plus du quart des parents de ces ados, soit 26 % d'entre eux, ont problèmes économiques (Ibid, p42).

3-4. Les lieux de placement plus à risque

Les adolescents vivant dans des internats et des pensionnats sont généralement considérés comme un groupe à risque pour les abus sexuels et les mauvais traitements en général. Les rapports de pédiatres montrent un risque d'abus sexuel multiplié par 6 pour un adolescent placé à l'extérieur de la maison (Hobbs et al. Une étude menée en Allemagne a révélé que le taux de violence sexuelle au cours de la vie parmi résidents de foyers d'accueil et internats était de 57 %, les taux signalés par les filles étant significativement plus élevés que chez les garçons. (Ibid, p45).

4- Les types d'abus sexuel

4-1 L'abus sexuel intrafamilial: la famille, lieu merveilleux mais parfois si dangereux

La famille est le premier lieu de vie pour la plupart des gens. La famille peut être le plus grand et le plus beau cadeau de la vie, et pour beaucoup, elle l'a été. Dans certains cas, cependant, la famille peut aussi être la source de tous les dangers et la source de beaucoup de souffrances. Tout ce qui met en danger la famille affaiblit et met l'enfant en danger. (Stéphane. J, 2018 p19).

4-1-1 L'inceste de premier degré et ses conséquences

L'inceste au premier degré implique qu'un parent abuse sexuellement d'un adolescent, ce qui est l'une des formes les plus destructrices de violence intrafamiliale. Les parents représentent la sécurité, les soins et l'affection pour l'enfant la plupart du temps. Ces personnes sont pour l'adolescent centre de gravité, son lieu de référence. L'adolescent en général a une confiance aveugle en ce père cette mère, mais lorsque l'un des parents décide de s'approprier le corps de l'adolescent pour sa propre gratification sexuelle, c'est tout son univers qui s'effondre. Le monde devient soudainement dangereux, précaire, ce qui l'amène à mal comprendre, à être anxieux, effrayé. Cet événement, dans lequel la sexualité adulte surgit soudainement dans la vie de l'adolescent, l'oblige à ressentir des expériences physiques et émotionnelles qu'il ne peut pas assimiler, à cause de ces expériences qu'il ne peut pas connaître, pas de références et pas un mot. Ainsi, il va essayer de développer des stratégies défensives.

L'abus sexuel dont est victime un adolescent crée dans son corps, et surtout dans son cerveau, une surproduction de processus neuroélectriques aux conséquences parfois graves, ces processus feraient également partie de ses gènes. Sans ce pont, la décharge

psychomotrice serait également se produire. Lourd, égal à la souffrance et au désespoir. (**Ibid, p22**).

4-1-2 L'inceste par un autre membre de la famille

L'inceste ne se limite pas à l'abus d'adolescent par son propre père ou sa propre mère, il peut être commis par son beau-père ou sa belle-mère. Dans ce cas, l'abus par un proche parent peut être déterminé si le beau-père ou la belle-mère est dans une position équivalente à celle du parent à l'égard de l'adolescent. L'inceste peut également être imposé à l'enfant ou l'adolescent par un autre frère ou sœur. Cette forme d'inceste dite « adelphique » est particulièrement inquiétante pour l'adolescent, car bien souvent un frère ou une sœur représente un modèle à suivre, un modèle que l'ado veut imiter. Les critères d'âge et de position dans la fratrie sont donc des facteurs importants, mais aussi le sexe de l'adolescent. Par exemple, dans de nombreuses familles et dans différentes cultures, le fils parmi les frères et sœurs a plus de pouvoir.

Les modèles familiaux varient d'une culture à l'autre et l'inceste peut donc varier d'une culture à l'autre. Dans de nombreuses cultures africaines, la position de l'oncle peut poser problème, surtout s'il est célibataire ou veuf. L'oncle, qu'il soit paternel ou maternel, occupe une position dominante dans la famille élargie. Il n'est pas rare que lorsqu'il se retrouve seul, d'autres membres de la famille lui confient une nièce ou un neveu pour s'occuper de lui. Certains n'hésitent pas à utiliser cette nièce ou ce neveu pour leur propre gratification sexuelle. Ce phénomène commun mérite une étude plus approfondie, mais elle devrait être faite par des chercheurs africains et non africains pour éviter toute critique du relativisme culturel ou du colonialisme intellectuel.

Comme l'inceste au premier degré (parent), toute forme d'inceste est une attaque directe contre l'expérience de la paternité et de l'appartenance à l'enfant maltraité. En plus de vous sentir en sécurité, votre capacité à nouer des relations avec les autres sera également affectée. La famille est le premier espace d'apprentissage des relations avec les autres, si elle est perturbée par une flambée d'abus sexuels, il y a une chance que l'adolescent qui entre en contact avec les autres soient traumatisés, littéralement jetés dans l'abîme. (**Ibid, p26**).

4-2 L'abus sexuel extrafamilial

La famille est le lieu où les enfants et les adolescents sont le plus à risque. Mais tous les lieux et types de relations impliquant des adolescents peuvent également abriter des

individus potentiellement dangereux pour eux. À cet égard, les organisations dédiées aux adolescents sont clairement des lieux à risque. (**Ibid, p29**).

4-2-1 L'abuseur est connu par la famille de la victime

Il s'agit de garçons et de filles qui ont été agressés sexuellement par un adulte appartenant à leur réseau social et donc connu de leur famille. Certains délinquants sexuels de ce type ont le privilège d'avoir un contact direct avec les jeunes ; par exemple, ce sont des enseignants, des surveillants de mouvements de jeunesse, des prêtres, des animateurs de centres de loisirs, des scientifiques pédagogiques, etc. Selon leur autorité et leur position, ce sont eux qui ont reçu la confiance. D'autres encore peuvent atteindre les adolescents et vont s'infiltrer près des frontières familiales et gagner la confiance des adultes

Il s'agit principalement de sujets masculins aux fonctions sexuelles pédophiles, manifestation d'une structure de personnalité dépravée. Ces hommes, dès le tout début de la maturité sexuelle, éprouvent une attirance sexuelle primordiale et quasi exclusive pour les enfants et les adolescents, qui se caractérisent par des comportements obsessionnels d'images, c'est pourquoi certains auteurs les qualifient d'"abuseurs sexuels obsessionnels" ou d'"abuseurs sexuels obsessionnels". Les délinquants sexuels".

Ces agresseurs attirent les jeunes avec tendresse, persuasion, mensonges ou pression psychologique. Contrairement aux intimidateurs, ils utilisent leur autorité et la confiance de leurs parents pour créer une atmosphère «d'intimité» avec la victime et son entourage. Peu à peu, ils leur ont permis de participer à des activités sexuelles. (**Ibid, 2018**).

Ce type d'agresseur a une relation étroite avec les enfants et les adolescents et par le désir d'être eux-mêmes, les enfants et les adolescents peuvent facilement s'adapter au comportement de leurs victimes. Il fournira donc des rapports a priori très enrichissants et sans frustration. Dans de nombreux cas, il sélectionnera des victimes issues de milieux non structurés tels que la structure familiale ou l'échec social, et parmi les adolescents qui présentent déficiences sociales, psychologiques et émotionnelles.

L'agresseur est alors quelqu'un qui profite de la proximité que permet la famille de la victime, se cachant derrière l'affection et l'amitié, pour assouvir la pédophilie, l'adolescent est alors contraint de garder un secret et de révéler la relation. Cette relation parentale et ce comportement sexuel peuvent être vus comme une relation normale pour les adolescents, il est donc difficile pour les parents de savoir ce qui se passe réellement. (**Ibid, 2018**).

4-2-2 L'abuseur est inconnu

Lorsqu'il s'agit d'un agresseur inconnu, c'est-à-dire de personnes étrangères à la famille de l'enfant ou du jeune adolescent, la personne agit seule comme dans certains cas un snob, par la force ou la stratégie, en essayant de nouer une amitié afin de gagner la confiance de sa proie et utiliser sa force sur elle. Divers cas de crimes sexuels ont été signalés dans le monde, notamment en France, où beaucoup d'encre a coulé sur l'affaire Michel Fournir, mise au jour grâce à un reportage de l'émission Crimes de la chaîne NRJ. Connu sous le surnom de "L'Ogre des Ardennes", est un tueur en série, violeur qui a agi avec la complicité de sa femme pour tenter de gagner la sympathie des adolescentes en faisant semblant de demander leur chemin et en persuadant la victime d'entrer la voiture avec eux et ensuite commettre ses actes horribles de viol et de meurtre de ces filles. Dans différentes régions, il y a eu d'étranges disparitions de jeunes filles de tous âges, des petites filles aux adolescentes, dont les parents ne pouvaient pas comprendre, puis les autorités ont peu à peu retrouvé les corps, mais sans rattraper le tueur. En 2008, il a dû aller en prison pour tous les crimes qu'il a commis, d'autres abuseurs comme lui sont partout et n'hésitent pas à profiter de l'innocence des mineurs pour assouvir sa convoitise corrompue. Ces envahisseurs agissent de sang-froid, développant une sorte d'obsession malsaine envers les mineurs ou même les jeunes femmes en usant de diverses manières pour les approcher : sympathie, menaces, kidnapping. **(Ibid, 2018).**

4-3 L'abus sexuel collectif

Sur le plan pénal, il s'agit d'un viol commis par de nombreuses personnes en tant qu'auteurs ou complices. L'abus sexuel collectif, aussi appelé viol collectif, est une circonstance aggravante du viol. Certains sociologues interprètent les viols collectifs comme une sorte de rite de passage pour certains groupes d'adolescents, qui vont alors faire passer les intérêts de leur gang avant ceux de leurs copines pour être définitivement admis dans le groupe. Les adolescents peuvent également penser que leur ami appartient à un gang dont il fait partie et que d'autres peuvent l'utiliser comme objet sexuel. Parfois, la victime n'est pas la petite amie d'un adolescent du gang, mais une jeune fille vulnérable en fuite ou issue d'une famille difficile. Elle est alors devenue une proie facile pour ces gangs de quartier, qui pourraient menacer de publier des vidéos de viol sur Internet. Les sentiments de honte et la peur des représailles physiques des victimes, ainsi que le chantage fréquent des agresseurs, font souvent taire les victimes. **(Florence.T,2015, p 21-22).**

4-4 Les abus sexuels qui se déroulent sur une longue période

Il s'agit principalement de cas de violences sexuelles domestiques, c'est-à-dire d'inceste. Le facteur familial doit être considéré avec toutes les émotions conflictuelles que cette situation peut créer. Après cela, la victime sera immédiatement coupée de tout soutien familial si elle dénonce l'agresseur. La composante dépressive est souvent précédée d'une perte d'intérêt pour les activités et passe-temps que la victime aime pratiquer et d'un net repli sur elle-même. Dans ces situations, la question du rétablissement d'une victime d'une agression sexuelle est compliquée par l'affection de la victime pour les parents de l'agresseur, qui peut, dans de rares cas, est la mère de la victime.

L'adolescent victime, lorsqu'il est retiré du milieu familial par le tribunal et que les parents sont condamnés, est alors souvent rejeté par le milieu familial, ce qui le rend en quelque sorte responsable de l'éclatement de la famille. On comprend donc sa grande réticence à dénoncer les auteurs lorsqu'il s'agit de ses proches. Lorsque l'agresseur est la mère de l'adolescent, sa condamnation ultérieure de est moins fréquente, mais il est systématiquement retiré du milieu familial. (Florence.T,2015, pp 24-25).

5- les caractéristiques de l'abus sexuel sur l'adolescent

Dans les trois quarts des cas, les abus sexuels ont été commis par un membre de la famille du (dans la moitié des cas par le père) ou par un ami proche. La jeune victime est généralement une fille ou une adolescente ; qui a moins de 15ans dans la moitié des cas. Le plus souvent, dans des situations incestueuses, sexuellement abusives durant plusieurs années.

Lorsque la divulgation d'un abus sexuel survient dans le contexte d'une séparation parentale ou d'un remariage, la divulgation d'un inceste peut soulever des questions quant à la fiabilité des propos de l'adolescent.

Révéler l'inceste à un adolescent est toujours une situation très difficile, car la mère fait souvent semblant de ne pas être au courant de l'inceste lorsqu'elle le découvre. Il est alors victime d'une double peine avec la peur de détruire sa propre famille, la peur des représailles (généralement l'adolescent est retiré du milieu familial et l'adulte est envoyé en prison). Il a alors pris responsabilités pour le comportement que l'adulte lui avait fait et le sentiment de honte et de culpabilité pour avoir accepté accusations d'inceste. D'autres membres de la famille qui n'ont pas commis de crime ou qui n'ont pas été agressés sexuellement peuvent également subir des conséquences négatives lorsqu'un adolescent ou un frère ou une sœur est victime d'abus sexuels. Ils peuvent ressentir de la honte, de la colère ou de la culpabilité en

raison de leur incapacité à protéger leurs enfants (à l'égard de la mère et de l'épouse de l'agresseur), leurs frères et sœurs.

Les avantages sociaux associés aux enfants sont si importants qu'il est important d'identifier le plus tôt possible les situations d'abus sexuel pour prévenir des développements néfastes.

(Florence.T,2015, pp 74-75).

6- Les circonstances de la découverte

Les actes d'abus sexuels en question peuvent être actuels ou inversés, anciens ou même terminés au moment de la divulgation (une situation courante dans les cas d'inceste).

Les circonstances pour découvrir une situation d'abus sexuel sont diverses :

- la divulgation peut provenir de l'entourage de la victime qui la découvre ;
- l'abus peut être révélé par le mineur lui-même par des commentaires explicites à son entourage ou à un professionnel de la santé ;
- peut être détecté par un professionnel de la santé lorsqu'un adolescent présente des symptômes récents inexplicables (douleurs abdominales singulières et récurrentes, résolution soudaine avec énurésie ou énurésie nocturne), céphalées isolées et inhabituelles, saignements génitaux ou urinaires, entre autres) ;
- dans la plupart des cas, les signes sont indirects et très peu spécifiques. Ce qui doit alerter un parent, l'école ou le médecin est un changement significatif dans le comportement du jeune dans le milieu familial et/ou scolaire qui ne peut s'expliquer par un événement identifiable, et des changements récents et observables dans les relations de l'adolescent avec son entourage.
- Le mineur peut décrire l'abus dans son journal ou écrire une lettre à ses parents ou à son entourage pour révéler la vérité. (Florence.T,2015, pp 75-76).

7- Conséquence d'abus sexuel

L'abus sexuel, qu'il soit à court ou à long terme, peut avoir des conséquences importantes sur le développement d'une personne et sur son avenir (Brisebois et Fredette et all) identifie trois types de conséquences : physiques, psychologiques et socio-économiques.

Le retour à la vie normale après des mois ou des années dans cet environnement peut grandement affecter la santé physique et mentale de la victime.

7-1 Conséquence physique

En termes de conséquences physiques, l'exploitation sexuelle peut survenir avec un certain mode de vie et des risques majeurs pour la santé :

- vie nocturne,
- consommation de drogue et d'alcool,
- mauvaise alimentation,
- grossesse à risque,
- risque d'infections sexuellement transmissibles (IST) et de violence des clients, ainsi que des séquelles liées à des abus sexuels et physiques.
- Les difficultés sexuelles,
- les maux de tête,
- la fatigue,
- les cicatrices et les plaies,
- la fibromyalgie et la diminution de la sensibilité à la douleur, étaient également des conséquences physiques.

En effet, plusieurs études québécoises (Dufour Farley et al., démontrent que la violence sous toutes ses formes est très présente dans le contexte de l'exploitation sexuelle. , verbale ou sexuelle, pouvant entraîner des blessures graves telles qu'une hémorragie, une commotion cérébrale et une fracture, voire la mort. En règle générale, les victimes contractent des infections telles que le VIH ou l'hépatite B à cause de la consommation de drogues pour engourdir la douleur associée à l'exploitation sexuelle et aux rapports sexuels non protégés, De plus, la douleur chronique, l'infertilité et la maladie inflammatoire pelvienne sont fréquemment signalées. (Schloenhadt et Klung, 2011, pp397-417).

7-2 Conséquences psychique

- En ce qui concerne les conséquences psychologiques de l'exploitation sexuelle, Le syndromes de choc post-traumatique comprenaient une vigilance accrue,
- une faible estime de soi,
- la honte,
- un attachement précaire et des difficultés relationnelles. ,
- stigmatisation,
- trouble dissociatif,
- agressivité,
- anxiété et dépression,

Se retrouvent couramment chez victimes (Diallo, 2017).

En effet, « pour la majorité d'entre eux, la honte, la culpabilité, la faible estime de soi et, en même temps, l'incapacité à s'affirmer, à exprimer ses besoins, ses limites, font partie des conséquences affectant leur vie, leur bien-être. Être » (**Robitaille et Tessier, 2010, p. 154**).

- Toxicomanie,
- troubles alimentaires,
- sentiment d'échec,
- pensées intrusives,
- anxiété Vision,
- méfiance,
- isolement,
- dépendance aux proxénètes et idée de ne pas pouvoir vivre sans lui,
- souffrance,
- confusion mentale et tristesse chronique sont aussi les conséquences observées.

Dans une étude de Farley et al (2003), 68% des répondants souffraient de "dépression, insomnie, troubles de la mémoire, irritabilité, maladie cardiaque, avaient des pensées suicidaires » d'autres conséquences ont également été relevées dans les entretiens avec des jeunes filles qui avaient été exploitées sexuellement, notamment la peur de devenir toxicomanes et alcooliques, la peur de devenir un modèle imparfait pour leurs enfants ainsi que d'avoir du mal à faire confiance aux hommes. (**Charpentier, 2020**).

La déshumanisation des comportements sexuels est une autre composante des séquelles psychologiques et physiques observées chez les victimes d'exploitation sexuelle. Un grand nombre de 41 rapports sexuels répétés avec des inconnus, jusqu'à 20 fois par jour, avec des personnes inconnues, non désirées, peu attirantes, créant des relations sexuelles « fragmentées » et du dégoût envers les comportements sexuels (**Gendron et Hankins, 1995**).

Judith Trinquart développe le concept de "décorporealisation", c'est-à-dire la séparation entre le corps et les émotions. Elle examine également les conséquences de cette dissociation, conduisant à un traumatisme psychologique profond. En effet, Alexia affirme : « Je suis complètement déconnectée de mon corps et de toutes mes émotions ».

Le développement de types de personnalité et la séparation d'avec ses émotions sont mécanismes de défense rapportés dans certaines déclarations de victimes. (**Charpentier, 2020, p. 44**).

7-3 Conséquences socio-économique

Sur le plan social, le refus de partager son vécu en raison de

- sa honte et du sentiment de culpabilité (**Rafferty, 2016**),

- la peur de parler à des individus en position d'autorité, ainsi que
- la peur de faire confiance (**Greenbaum, 2014**) est la conséquence observée. Selon Diallo (2017), on note également
- la peur de se retrouver dans des endroits publics, et
- la méfiance envers les organismes et les institutions gouvernementales. L'exploitation sexuelle amène un mode de vie marginal et entraîne le décrochage scolaire chez les victimes. Elles se retrouvent ainsi en
- manque de formation,
- d'expériences professionnelles,
- de revenus et de possibilités d'emploi. Certaines sont endettées (**RicardGuay, 2015**),

Ce qui contribue encore plus à la précarité de leurs conditions de vie. Le besoin d'être logées, d'avoir accès à la nourriture, le besoin de protection, de connaître les ressources disponibles et d'un réseau social sont aussi des éléments avec lesquels les victimes doivent composer (**Diallo, 2017**).

8. Prise en charge de la victime d'un abus sexuel

Au niveau de l'accompagnement personnel, plusieurs étapes contribuent à aider la victime : la première étape de l'intervention vise à restaurer le sentiment de sécurité de la victime ; deuxièmement, reconstituer l'histoire traumatisante ; et troisièmement, ont rétabli des liens entre les survivants et leurs communautés.

La première phase est certainement la plus longue et dont dépend le succès du traitement. En effet, plusieurs études ont trouvé des taux élevés d'abandon, une faible réponse au traitement ou des niveaux élevés d'anxiété chez les survivants de traitements axés sur les traumatismes qui n'incluaient pas la phase de guérison. Le principe de base de la guérison est de permettre à la victime de reprendre le contrôle de sa vie et de son droit à celle-ci. (**Nicolas.G,2020.P63**).

Plusieurs thérapies existent et nous les aborderons brièvement :

8-1 Thérapie cognitivo-comportementale (TCC) :

Celles-ci sont généralement dispensées dans le format structuré, décrit dans le manuel et composé de séances limitées. Ils visent à réduire les symptômes pouvant résulter d'expériences traumatisantes de l'adolescence, telles que la dépression, l'anxiété, le SSPT, la dissociation et l'automutilation. Ces thérapies utilisent différentes techniques. Les interventions comprenaient une composante psycho-éducative qui informait les participants

sur symptômes différents pouvant être liés à un traumatisme et sur les relations dynamiques entre cognitions, émotions et comportements.

La TCC comprend également des instructions sur les techniques de relaxation et de respiration, des stratégies d'adaptation efficaces et l'élaboration d'un plan de gestion de crise pour aider les victimes d'agression sexuelle à gérer leur détresse et avoir le sentiment de reprendre le contrôle de leurs symptômes sans recourir à des comportements inappropriés. Exercices d'exposition peuvent être effectués dans l'esprit ou dans le corps. **(Nicolas.G,2020. PP63- 64).**

8-2 Thérapie centrée sur les émotions :

Suggère que les émotions sont fondamentales dans la construction et l'organisation du sens de soi. Les individus donnent continuellement un sens aux émotions qu'ils ressentent. Ils déchiffrent essentiellement les informations disponibles en orientant les personnes dans l'environnement pour favoriser leur bien-être. Il est essentiel que la relation entre le patient et le thérapeute soit basée sur la confiance. L'expérience personnelle d'une victime de violence sexuelle doit être accueillie dans un environnement sûr qui lui permet de s'ouvrir et d'avoir une expérience interpersonnelle corrective qui peut être intériorisée au fil du temps. Ainsi, la thérapie est basée sur la réponse empathique du thérapeute à l'expérience subjective du patient plutôt que sur des interprétations empathiques pour favoriser la croissance personnelle du patient. **(Nicolas.G,2020. p 64).**

L'entraînement aux émotions est un effort collaboratif conçu pour aider la patiente à reconnaître et à accepter ses émotions, et non à les éviter. L'objectif est de permettre au patient d'approfondir sa compréhension de ses expériences émotionnelles et des actions qui en découlent. Cela peut également impliquer de modifier l'expérience émotionnelle du participant en transformant ses émotions et le discours interne que accompagne lorsqu'il est inadapté. Le thérapeute peut enseigner aux victimes d'agressions sexuelles de nouvelles façons d'appréhender les informations qu'elles vivent afin de consolider une nouvelle organisation d'elles-mêmes ; **(Ibid,2020. p 64).**

8-3 La thérapie psychodynamique à orientation psychanalytique :

Suggère que le traumatisme peut être tenu à l'écart de la conscience de la victime. Cependant, certains de ces souvenirs fonctionnent encore à un niveau inconscient. L'équilibre spirituel est alors maintenu à l'aide d'un compromis, en exprimant partiellement des souvenirs traumatiques refoulés à l'aide d'un symptôme. De ce point de vue, le symptôme

représenterait également une protection du moi contre la mémoire traumatique. D'un point de vue psychodynamique, la symptomatologie ne représente pas un défaut, mais une tentative de la victime de faire face à la détresse liée au traumatisme. Dès lors, le but de la thérapie est de faire prendre conscience à la victime de ce qui est encore actif dans son inconscient, et ce, en explorant le sens du trauma ; (Ibid.,2020. p 64).

8-4 Groupes de soutien :

Responsabiliser les victimes, leur donner un sentiment de contrôle sur elles-mêmes et sur leur environnement, cela vise à les motiver à s'adapter à leur vie actuelle. Selon Foy et al, à plusieurs groupes de soutien qui ont un format non structuré et leur contenu de session varie selon les besoins des participants pour parler de certaines difficultés auxquelles ils sont actuellement confrontés. Les groupes de soutien ont également tendance à mobiliser la force et les compétences des membres de l'équipe pour soulager les symptômes liés aux traumatismes lorsque ces interfèrent avec le fonctionnement actuel et quotidien des membres. Cette forme d'intervention vise également à réduire l'isolement et l'existence d'un environnement sûr où les survivants peuvent interagir avec d'autres qui ont vécu des expériences similaires. (Ibid, 2020).

8-5 La désensibilisation et retraitement par les mouvements oculaires :

Conçu par Shapiro, Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR), également connu sous le nom d'Eye Movement Neuroemotional Integration ou Eye Movement Desensitization and Reprocessing. Guérir les souvenirs. Cette méthode est conçue pour désensibiliser le survivant à la mémoire traumatique et changer ses croyances négatives à propos de cette mémoire. Les mouvements oculaires bilatéraux réactivent le système de traitement naturel de l'information du, encourageant l'association des souvenirs traumatiques avec des circuits nouveaux et plus grands, permettant des celles à traiter Information provenant d'un événement traumatique. Shapiro rapporte à que le mouvement des yeux réduit la vivacité et le contenu émotionnel des souvenirs de, et que cette réduction permet l'accès à de nouvelles informations. (Ibid, 2020. p 65).

8-6 Prise en charge de la famille

Une certaine forme d'implication familiale semble avoir un effet favorable sur le traitement de symptômes de stress post-traumatique, contre non-participation dans la méta-analyse de Harvey et Taylor. Par leur soutien, les parents renforcent la capacité de leur enfant à faire face aux situations d'agression sexuelle, ce qui peut protéger les adolescents des nombreux stress causés par l'événement et la divulgation. Dans le même temps,

Spaccarelli indique que les enfants qui entretiennent des relations chaleureuses et solidaires avec des parents non agressifs peuvent être protégés des risques associés aux comportements agressifs en réduisant leur perception des dangers liés aux événements et en encourageant l'utilisation de stratégies d'adaptation positives ou axées sur les émotions.

La première modalité testée dans les études était de croire la déclaration de l'adolescent. Les résultats ont indiqué que 55 à 84 mères ont cru leurs enfants lorsqu'ils ont avoué avoir été abusés sexuellement. Il convient toutefois de noter qu'au moins deux études ont démontré que le soutien maternel n'est associé qu'à certains symptômes chez les adolescents, à savoir la colère déclarée par l'adolescent, le trouble de la fête et la délinquance. Ainsi que dépression et anxiété.

Croire aux allégations d'un enfant ou d'un adolescent, cependant, ne garantit pas que les parents aient les ressources personnelles et familiales nécessaires pour le protéger et le soutenir émotionnellement. Par ailleurs, révéler les violences sexuelles subies par mineurs peut générer des réactions émotionnelles intenses chez les parents et intervenants doivent donc s'assurer qu'ils ont la capacité de s'exprimer. Exprimez vos sentiments au grand jour. **(Ibid, 2020. pp 65-66).**

Synthèse

Pour conclure, l'abus sexuel est une déduction qui se caractérise par un vécu stressant, impertinent, et traumatisant. Ce qui conduit l'adolescent à ne pas dévoiler ce qui lui arrivé, et même lorsqu'il verbalise ces propos sont ambiguë, qui engendre des difficultés à évaluer un abus sexuel.

Chapitre 2 :

Le traumatisme psychique

Préambule

De plus en plus le monde entier est exposé à la violence de tous types et à tout âge (enfant- adolescent- adulte), et que ces personnes sont susceptibles de souffrir d'un traumatisme psychique qui est une réaction émotionnelle persistante qui fait souvent suite à un événement extrêmement éprouvant de la vie tel que : les catastrophes naturelles, la prise d'otage, la maltraitance, et l'exploitation sexuelle. Qui engendre chez ses personnes traumatisées : la peur, le stress, le sentiment de honte et d'impuissance.

Donc nous allons découvrir à travers ce chapitre qu'est-ce que un traumatisme psychique.

1- Définition du trauma :

- Le traumatisme :

En médecine, le terme « traumatisme » définit « la transmission d'un choc mécanique dû à un agent physique extérieur agissant sur une partie du corps et entraînant blessures ou contusions ». Transférant à la psychologie, il devient trauma ou traumatisme psychologique, c'est-à-dire « transmission d'un choc psychologique causé par un agent psychologique externe agissant sur le psychisme, provoquant des troubles psychiques transitoires ou définitifs ». **(Louis.C, 2019 p 19).**

L'Organisation mondiale de la santé décrit le traumatisme comme « une blessure corporelle soudaine ou brève causée par une énergie violente appliquée au corps. Il peut s'agir d'une blessure à l'organisme due à un transfert d'énergie brutal ou excessif au-delà de la tolérance physiologique ou d'une baisse de fonction due à une carence d'un ou plusieurs éléments essentiels à la vie (air, eau, chaleur) comme la noyade, l'étranglement, ou hypothermie. **(Bertrand Thélot, 2016 p 557-567).**

- Le traumatisme psychique :

Le mot traumatisme psychique renvoie donc à un phénomène de choc émotionnel grave qui se manifeste par une effraction subite des défenses du psychisme et détermine des perturbations profondes au sein de ce psychisme. Il s'agit d'états psychopathologiques organisés et durables apparus après l'exposition à un événement potentiellement traumatisant, représentant une menace et suffisamment violent pour déborder les capacités de défense du

sujet. Le traumatisme psychique désigne un type de dommage qui survient après un événement traumatisant.

- **L'évènement traumatique :**

Chez l'adulte, le traumatisme est lié à une situation où une personne éprouve décès ou le risque de décès, de blessure grave ou le risque d'un tel préjudice, la violence sexuelle ou le risque d'être agressée par un tel travail. Cet événement constitue donc une menace pour la vie (décès réel ou probable) ou pour l'intégrité physique (atteinte à l'intégrité physique, atteinte à la vie privée) et/ou morale (perte de biens personnels, outrage à l'honneur ou aux droits fondamentaux,.....etc), d'une personne ou d'un groupe de personnes. Cet événement crée une peur extrême et/ou des sentiments d'impuissance et/ou d'horreur et/ou de honte et remet en question les valeurs essentielles de l'existence comme la sécurité, la paix, la bonté, la solidarité, la moralité, le respect, le prix de la vie, etc. **(Louis.C, 2019 p19).**

- **Traumatisme complexe :**

En 2018, la Classification Internationale des Maladies 11 (CIM- 260 11) a inclus une catégorie diagnostique nommée Trouble Stress 261 Post-Traumatique Complexe (TSPT-C). Le TSPT-C est défini comme pouvant survenir suite à l'exposition à un événement ou à une série d'événement de nature extrêmement menaçante ou horrible. Le plus souvent, ce sont des événements qui se déroulent de manière prolongée ou répétitive, dont l'évasion est difficile ou impossible exemple la torture, l'esclavage, le génocide, les violences domestiques prolongées, les abus sexuels ou physiques répétés dans l'enfance). **(CIM 11, 2018).**

- **La victime :**

La victime est une personne qui se laisse facilement dominé par les autres au par les événements extérieur par exemple les catastrophe naturel, les maltraitances, les abus sexuel.... Pendant ainsi le pouvoir de sa vie. Laquelle est d'ailleurs souvent complexe, ardue et parsemée d'évènement souffrant, voire même dramatique. Ne se sent pas suffisamment rusée, assez forte pour se défendre.

La souffrance psychique due à la violence est aussi ancienne que l'histoire humaine et ce que la communauté scientifique internationale appelle aujourd'hui **la névrose traumatique**

" ou **"trouble de stress post-traumatique"** sont mentionnés sous d'autres noms, ou évoquent dans des écrits anciens d'il y a longtemps. En parcourant l'histoire ancienne de et l'histoire moderne, nous avons pu identifier quelque jalons qui ont marqué les avancées successives de dans ce que l'on pourrait appeler l'histoire de la notion de traumatisme psychique. Nous allons, à présent, exposer les 3 essentielles jalons repères historiques cités ci-dessus :

- la découverte de l'inconscient traumatique

Le mot "traumatisme" est révolu depuis longtemps. Les Grecs parlaient de *traumatikos*, « bon pour les blessures ». Par conséquent, les médecins ont pris ce concept pour désigner le choc qui a provoqué des déchirures. Les chirurgiens ont expliqué que le choc pouvait percer la protection musculaire ou méningée. Lorsque les catastrophes ferroviaires ont entraîné des accidents physiques au 19^{ème} siècle, les dégâts étaient faciles à repérer, puis il a été ajouté que l'accélération d'un train pouvait également provoquer une commotion cérébrale et rompre les parois des méninges. **(Cyrulnik, B. 2016, pp.299-305).**

Les premières études scientifiques sur le traumatisme remontent à la fin du XIX^e siècle et portent alors souvent sur les victimes d'accidents de chemin de fer. D'emblée, la question de l'étiologie des troubles se posent : est-elle organique ou psychologique ? Est-ce l'événement lui-même son explication des symptômes ? Certaines personnes ont-elles la vulnérabilité ? Kédia, M. (2013). Historique de la prise en charge du trauma en psychiatrie **(Kédia, A. 2013, pp.2-12).**

Traumatisme psychique est un concept très ancien dont les précurseurs remontent à l'Antiquité, a toujours été écartelé entre trois principaux objets de référence : le blesser corporel et surtout le traumatisme craniofacial, les émotions courantes comme l'angoisse de la mort, le contexte psychosocial de facteur(s) causant le trouble **(Braconnier, A. p.731).**

Oppenheim (1889) a été le premier à utiliser le terme «névrose traumatique». Tenant la position pour l'organicisme, il considère spécifiquement que les symptômes traumatiques sont le produit modifications moléculaires au niveau du système nerveux central. Ainsi, Oppenheim a initié une longue tradition de personnes associant des symptômes post-traumatiques à des «névroses cardiaques » : on parle alors de« cœurs irritables » ou « cœurs »

de soldats modifications moléculaires au niveau du système nerveux central. (**Kédia, M. (2013). pp.2-12).**

Mais très vite, d'autres médecins, notamment le psychiatre britannique Myers, ont observé que le choc d'obus (groove stock) qui en France appelait l'obésité apparaissait chez des soldats qui n'avaient jamais eu de contact direct avec le feu.

Ainsi, Myers (1915) a affirmé que les perturbations émotionnelles suffisent à elles seules à expliquer l'apparition des symptômes .Ainsi, il a rejeté la théorie organique exclusivement Ainsi, comme beaucoup de ses disciples, Myers a comparé la névrose de guerre de l'hystérie. (**Kédia, M. (2013) pp 2-12).**

Charcot (1887) de son côté parle de « choc nerveux » traumatique qui plonge le patient dans un état second comparable à l'hypnose : il est donc le premier à souligner l'importance des manifestations dissociatives et propose à Janet de poursuivre ses recherches sur le sujet. (**Ibid, pp 2-12).**

Janet (1889) développe alors une théorie proche de celle du neurologue américain Putnam (1881). Selon Janet, le psychisme confronté à une situation terrifiante peut devenir temporairement incapable de gérer ses « schémas cognitifs » préexistants aux émotions associées à cette situation. Les souvenir de ces expériences ne peuvent pas être intégrés à la conscience : ils sont alors mis à l'écart, dissociés, et échappent au contrôle volontaire le Sujet est dissocié parce que ses facultés mentales sont altérées par des émotions fortes qui altèrent sa capacité à intégrer le contenu mental dans la conscience. La théorie de Janetian a des implications internationales importantes. De nombreux écrivains suivront ce courant de pensée : Piaget, Jung, Myers et même Hilgard. Ils considèrent la dissociation comme le processus pathogénique le plus important à l'origine des symptômes traumatiques. Par conséquent, ils préconisent la synthèse et l'intégration comme modalités thérapeutiques. (**Ibid, pp 2-12).**

Contemporain de Janet, Freud intègre l'équipe de la salpêtrière en 1885. Il admire beaucoup Charcot et est très influencé par ses idées. Ainsi, entre 1892 et 1896, Freud suit le principe selon lequel le « subconscient » contient des événements d'une forte charge affective qui sont encodés dans un état de conscience modifié. Il explique également les attaques hystériques comme souvenirs d'un état mental traumatique antérieur et reconnaît les influences de Janet. Freud et Breuer, dans leurs études sur l'hystérie (1895), ont proposé l'idée

selon laquelle le moi réprimerait activement les souvenirs traumatiques douloureux. Ainsi la dissociation de serait le résultat d'un mécanisme de défense protégeant la conscience. Puis, dans *L'étiologie de l'hystérie* (1896), abandonne l'idée que la dissociation est le concept central de et défend la thèse des désirs refoulés comme cause de la névrose : ce ne sont pas seulement les souvenirs de faits réels qui viennent de la mémoire pour être expulsés. Conscience, mais les désirs sexuels et agressifs de l'enfant qui menacent le moi et mobilisent des mécanismes de défense qui l'empêchent de se manifester dans la conscience. Contrairement à Janet, il explique que l'hystérie ne découle pas d'une incapacité à intégrer de nouvelles données dans des schémas préexistants, mais de la suppression active des pulsions sexuelles et agressives centrées autour du complexe d'Œdipe. Malgré tous ses efforts, Freud a eu beaucoup de mal à concilier les concepts de sexualité infantile refoulée et de trauma. Basée sur la deuxième théorie de Freud, la psychiatrie de l'époque avait tendance à ignorer les traumatismes réels au profit des théories de fantastiques. **(Ibid, p 2-12).**

2 Les continuateurs : Les deux guerres mondiales et les guerres postcoloniales, shell shock, névrose de guerre et névrose de guérilla

Pendant la Première Guerre mondiale, de nombreux psychiatres français et allemands se sont concentrés davantage sur la localisation de soldats simulés que sur le soulagement de leur souffrance traumatique. : En Allemagne en particulier, les soldats traumatisés sont considérés comme des faibles sans volonté (également appelée maladie de la volonté). en Allemagne, pendant l'entre-deux-guerres avec le nazisme naissant, l'Etat décide de ne pas accorder de compensation financière aux soldats blessés, estimant que cela signifiait les maintenir dans cet état pathologique et ne pas être faibles et lâches. **(Ibid,p 2-12).**

Concernant la pathogénèse, « choc émotionnel » (Logre), « peur de l'armée » (Brousseau), mais aussi les conflits associés (combat ou fuite, idéaux de paix versus devoir de tuer), ou encore « choc douloureux vécu dans la terreur ». ” La vue de camarades tués, blessés ou mutilés devant vous » (Régis). Mais c'est la psychanalyse qui donnera ses noblesses lettres à ce que l'on s'accordera peu à peu à appeler la névrose et psychonévrose (pour les cas graves) de guerre. **(Crocq, L. 2011 ,pp.23-64).**

Après l'armistice du 11 novembre 1918, la France entière honore les morts et personnes honorent les survivants, blessés ou indemnes. Mais, si les "blessures physiques" sont enregistrées, soignées et subventionnées, les "blessures mentales" ne sont pas reconnues,

négligées, voire niées. La paix est revenue, personnes ont repris leurs anciens métiers et loisirs, causant à ces soldats la douleur de la guerre pour renverser cette deuxième blessure au cœur, c'est-à-dire l'oubli ou l'adoration oups des compatriotes. **(Crocq, L. 2014).**

Mais qu'en est-il de ceux qui ont subi un grave choc mental lors des aventures de combat ? Comment ceux qui ont connu la proximité de la mort en ont-ils survécu sans s'échapper ? Quelles nuits ont passé ceux qui sont enterrés sous leur protection, écrasés par les balles ennemies ? Ou qui a vu avec horreur le spectacle insupportable de ses camarades déchirés par des éclats d'obus ? Que leur est-il arrivé ensuite ? Certains souffrant d'une véritable névrose de guerre traumatique et profondément perturbés dans leur personnalité peinent à se rétablir même après la démobilisation et le retour à la paix. Certains ont subi des traumatismes psychologiques au point de mourir et leurs nuits ont été tourmentées par d'horribles cauchemars de bataille. Le temps ne leur a pas fait oublier. **(Ibid, 2014).**

Freud (1920), réfléchissant sur la peur et le cauchemar de la répétition, identifie "compulsions de répétition" comme moyen de défense contre le principe de plaisir, et postule, derrière cette compulsion, une ".Pulsion de mort", la fascination pour la mort et l'insensibilité, et la réponse symétrique au désir sexuel est la pulsion de la vie. **(Crocq, L. 2011 pp.23-64).**

Ce n'est qu'à partir de la Seconde Guerre mondiale que la conceptualisation du traumatisme a vraiment changé. Les facteurs qui protègent contre les traumatismes, tels que la formation, la cohésion de groupe, le leadership et le moral, sont explorés pour la première fois. Après la guerre, un nombre inhabituellement élevé de personnes ont été traumatisées, qu'il s'agisse de vétérans de ou de survivants des camps de concentration. Les psychiatres américains, comme Kardiner, décrivent les réponses physiologiques de ces patients et recherchent une thérapie qui amènera à travailler sur les "mémoires somatiques". Ensuite, ils utilisent l'hypnose et la synthèse de médicaments pour aider le patient à se souvenir du traumatisme et faciliter la libération .Ils confirment ce que disait Janet : Explorer sans transformation, sans synthèse. **(Kédia, M.2013.P2-12).**

Sur le plan étions-pathogénique, outre la violence et la durée de l'exposition au combat, on incrimina le rôle néfaste des conflits intrapsychiques ou extra-psychiques, L'isolement d'une prédisposition constitutionnelle ou d'une névrose acquise dans l'enfance fut subodorée dans de nombreux cas. **(Crocq, L. 2011 ,pp.23-64).**

Après la Seconde Guerre mondiale, le désir de reconstruire et de reconnecter la avec plaisir plongea les malades mentaux dans l'oubli. Parmi ces blessés, peu ont finalement bénéficié de soins psychiatriques, malgré le développement prématuré de la psychiatrie militaire dans ce domaine. **(Sebastiao, M-P, PP147-158).**

2-1 Les premiers novateurs : Guerre du Vietnam et état de stress posttraumatique

Pendant la guerre du Péloponnèse, lorsque l'âme d'un soldat a été altérée, le phénomène a été expliqué en suggérant qu'un démon avait pris le contrôle de son âme. Au Moyen Age, lorsque la culture était structurée par la culpabilité, c'était le péché, châtement divin qui expliquait ces troubles. Plus tard, ce sont les accidents de chemin de fer, l'électricité ou les empoisonnements chimiques qui ont donné d'autres explications, selon les objets qui ont marqué la culture. Le tournant anthropologique a eu lieu après la guerre du Vietnam, puisque blessés ne sont plus considérés comme possédés, punis ou lâches mais victimes d'une tension qui submerge leurs défenses, étourdit leur cervelle et leurs fonctions spirituelles. **(Cyrulnik, B. 2016 p299-305).**

La recherche traumatologique respire un second souffle sous l'influence de chercheurs, dont beaucoup sont eux-mêmes des militaires ou des rescapés des camps. Ensuite, cliniciens étudient un groupe de personnes jusque-là négligé : les femmes et enfants. La première étude sur le viol remonte à 1974 : Burgess et Holstrom décrivent le "syndrome du viol traumatique " qu'ils associent à la névrose de guerre. En même temps que d'autres écrivains s'intéressaient aux enfants maltraités, des groupes de discussion sur les vétérans du Vietnam surgissaient à travers l'Amérique. **(Kédia, M. 2013 pp.2-12).**

En 1974, le psychiatre américain Chaïm Shatam identifia un post-Vietnam syndrome pour désigner les névroses de guerre dont souffraient bon nombre de vétérans à leur retour du Vietnam. Leur nombre (700 000 hommes sur les 3 millions de GI qui avaient été envoyés combattre là-bas entre 1964 et 1973) posait un véritable problème de société, car ils ne parvenaient pas à se réinsérer dans leur famille ni dans leur milieu professionnel. **(Crocq, L. 2014).**

L'intérêt de diagnostiquer le PTSD réside dans la suggestion d'une entité distincte, et la préoccupation est devenue encore plus importante depuis la guerre du Vietnam, d'autres conflits - la guerre du Yom Kippour en 1973 la guerre Irak-Iran (1980-1988), le conflit en Afrique, guerres en Afghanistan et en Tchétchénie, puis guerre du Golfe en 1991,

Le génocide au Rwanda en 1994, la guerre actuelle en Irak et bien d'autres - ont été à l'origine de nombreux troubles psycho traumatiques aigus ou chroniques en chez les combattants, mais aussi chez les civils. Cela a permis à de nombreuses victimes de catastrophes, d'accidents, d'attentats ou de guerres d'être consultées et d'exprimer leur souffrance. **(Ponseti-Gaillochon, A. 2013).**

En 2003, le président américain George Bush Jr. voulait relancer la guerre de Saddam Hussein contre l'Irak sous la direction de son père, le président George Bush Sr., il a dirigé certains alliés de la veille et a renversé le régime du dictateur de Bagdad, mais n'a pas réussi à sortir du «marais» irakien, reflétant le marais vietnamien en Amérique.

Malgré les déplacements, le confort et les aides psychologiques du, l'armée américaine - 4 000 morts en 7 ans était comme l'armée britannique, près de 1 000 hommes) s'est retrouvée tiraillée entre le sens du devoir et la nostalgie omniprésente. Difficile à comprendre, alors que l'opinion publique derrière était déconcertée par le sentiment d'échec, le scepticisme et la critique. La nouvelle guerre de en Afghanistan, menée par l'alliance de l'OTAN contre les terroristes musulmans talibans, a fait des victimes à l'ouest (États-Unis, terroristes musulmans talibans, a fait des victimes à l'ouest (États-Unis, Royaume-Uni, France, Allemagne, Italie et Espagne) essentiellement), a soulevé questions dans le l'opinion publique des pays concernés craignant la stagnation et l'effondrement d'un « nouveau Vietnam ». L'opinion publique occidentale du début du troisième millénaire dans ces pays occidentaux ne ressemble plus aux deux guerres mondiales du XXe siècle et ne tolère plus le meurtre de jeunes, même en petit nombre. , une guerre de longue date dont le motif politique, quoiqu'avec la noble intention de libérer la nation .du joug de l'extrémisme islamique, reste floue. **(Crocq, L. 2011 ,pp 129-148)**

Les mythes du zéro mort et de la guerre technologique (surveillance par satellites, gilets pare-balles et drones) se révèlent illusoire, face à la succession des nouvelles annonçant que, dans telle ou telle embuscade, nos soldats trouvent la mort dans des accrochages où l'ennemi, mieux équipé qu'on ne l'avait cru, reçoit le soutien, ouvertement ou de manière occulte, sincère ou forcé, de la population locale. Chacune de ces nouvelles, répercutée par des médias avides de faits sanglants, est autant de souffrance pour les familles endeuillées et d'embarras pour les instances gouvernementales, qui envisagent le retrait à moyen terme sans perdre la face. Pour l'Occident, le recours à la guerre devient archaïque et coupable. Pour le combattant, sur le terrain, la noble cause du combat libérateur est minée par le doute et par le sentiment de ne plus être soutenu par l'arrière ; et la « nostalgie » des vieilles

armées du XVII^e siècle réapparaît sous une nouvelle forme. Démotivation, tristesse et dépression menacent le soldat oublié, et la tentation du geste suicidaire s'insinue dans son esprit perplexe. **(Crocq, L 2011 pp 129-148).**

Bien que le concept de traumatisme psychique chez l'enfant et l'adolescent soit apparu tardivement dans les classifications internationales, il a longtemps fait l'objet d'une réflexion clinique au sein des théories freudiennes et postfreudiennes. Depuis l'époque de Freud, le concept de traumatisme psychologique a été continuellement révisé par ses successeurs, de Ferenczi à Roussillon, en passant par Anna Freud et Winnicott, jusqu'aux auteurs plus récents

La clinique de traumatologie pédiatrique d'aujourd'hui apparaît très spécifique avec une symptomatologie à la fois riche et complexe du fait de sa grande diversité. Cela implique qu'il est impératif de s'interroger sur les facteurs de risque et de protection des traumatismes de l'enfant afin de recommander les meilleurs dispositifs de soins préventifs et thérapeutiques adaptés. La réalité politique et sociale actuelle ne permet plus de nier l'existence de troubles traumatiques chez l'enfant et l'adolescent, troubles auxquels sont confrontés aujourd'hui les acteurs de la défense de l'enfance et du réseau mental des enfants. **(Kechid, G. 2007 pp.23-64).**

Les recherches sont menées à la fois au niveau clinique (chez l'enfant, par exemple des pathologies concomitantes ou coexistâtes), au niveau pathogénique (facteurs de risque et facteurs immunitaires), au niveau biologique (étude des troubles neurophysiologiques induits par le stress et les traumatismes) ou encore au niveau thérapeutique (à la fois au niveau émotionnel, cognitif et comportemental) et psychanalytique, mais aussi pharmacologique) **(Lebigot, F. 2005).**

3-Les symptômes du trouble stress –post –traumatique :

Le stress post-traumatique combine plusieurs ensembles de symptômes. Les symptômes majeurs, classiquement regroupés dans le syndrome de répétition, sont les conséquences pathologiques de la formation d'un souvenir traumatique au moment de la confrontation à l'événement traumatique, puis ensuite seront rappelés involontairement, fréquemment et douloureusement par le sujet. . Ces symptômes de reviviscence, une caractéristique centrale de traumatismes psychologiques, peuvent être associés à des symptômes d'évitement, des symptômes de dissociation, de l'irritabilité et symptômes exagérés.

La répartition par des nombreux symptômes qui peuvent être présents avec le SSPT dans ces différentes catégories, et le nombre de ces catégories, a fait l'objet d'un récent débat en préparation du DSM-V, qui doit être publié en mai. 2013. Cependant, on peut proposer au d'organiser une clinique psychotraumatique selon cinq catégories de symptômes (au, plus de trois catégories du DSM-IV sont des symptômes dysphoriques qui doivent être ajoutés au DSM-V, et des symptômes dissociatifs, dont certains, peuvent être ajoutés :

3-1 Symptômes de la reviviscence de souvenirs traumatiques :

- Souvenirs spontanés ou induits par des stimuli, répétitifs, involontaires et omniprésents de l'événement douloureux qui consistent en images, émotions ou perceptions sensorielles. .
- Rêves récurrents d'un événement anxiogène.
- Sensation intense et persistante d'inconfort psychologique après exposition à des stimuli internes ou externes qui symbolisent ou ressemblent à certains aspects de l'événement traumatique.
- Réactivité physiologique marquée après exposition à des stimuli rappelant l'événement traumatique

3-2 Symptômes d'évitement des stimuli pouvant déclencher la reviviscence de l'événement traumatique :

- Évitement persistant des pensées, des sentiments ou des sensations physiques liés au traumatisme.
- évitement persistant d'activités, de lieux, d'objets ou de moments (par exemple, anniversaires d'un événement) liés au traumatisme.
- évitement persistant des personnes, des conversations ou des situations liées au traumatisme.

3-3 symptômes de dissociation (ce groupe de symptômes n'est pas personnalisé dans le DSM) :

- ressentent ou agissent soudainement "comme si" l'événement traumatique était sur le point de se reproduire, peuvent aller jusqu'à se sentir complètement immergés dans ces événements, avec une perte de conscience momentanée des environnements réels (flashback).

- amnésie dissociative : incapacité à se souvenir d'une partie importante du traumatisme, ou perturbation du rappel de la chronologie des événements.
- déréalisation : perte du sens de la réalité et de la familiarité avec l'environnement, se traduisant par un sentiment d'aliénation et parfois de violation des repères spatio-temporels.
- dépersonnalisation : un sentiment de détachement ou un sentiment de devenir un observateur extérieur de sa propre activité mentale ou physique.

3-4 Symptômes dysphoriques :

- croyances négatives persistantes et exagérées concernant soi-même, les autres et le monde : « je suis mauvais », « je ne peux faire confiance à personne », « je ne peux plus guérir », « le monde est dangereux ».
- reproches persistants envers soi-même ou envers les autres concernant les causes et les conséquences de l'événement traumatique.
- états émotionnels négatifs et envahissants comme la peur, l'horreur, la colère, la culpabilité ou la honte.
- réduction marquée de l'intérêt ou de la participation à des activités importantes.
- sentiment de détachement d'autrui ou bien de devenir étranger par rapport aux autres.
- incapacité persistante à ressentir des émotions positives.
- sentiment d'avenir bouché (par exemple ne plus pouvoir faire carrière, se marier, avoir des enfants, ou un déroulement normal de la vie).

3-5 Symptômes d'hyper activation :

- irritabilité, accès de colère ou comportement agressif.
- conduites à risque ou comportement autodestructeur.
- hyper vigilance. · réaction de sursaut exagérée.
- difficultés de concentration · difficultés d'endormissement, réveils nocturnes ou sommeil non réparateur.
- troubles co-morbides sont associés fréquemment

3-6 Les troubles Comorbides sont souvent associés à un état de stress traumatique à un trouble dépressif de l'humeur (dans plus de 50 cas) avec un risque suicidaire accru. trouble anxieux généralisé (anxiété, crises de panique, phobies, rituels obsessionnels)

- troubles de la personnalité
- troubles alimentaires et sexuels
- conduites addictives et à risque
- troubles physiques avec asthénie et douleurs chroniques, troubles cardiovasculaires, digestifs, dermatologiques, et diabète, hypertension artérielle....

4- Types du traumatisme psychique :

4-1 Les traumatismes de type I, II et III, simples et complexes :

On le doit à Lenore Terr³⁰ pour la première typologie de traumatisme. Elle distingue deux types : les traumatismes de **type I et de type II**. Elle comprend le **traumatisme de type I** comme un traumatisme causé par un événement unique, est limité dans le temps, a un début et une fin clairs. Elle parle de **traumatisme de type II** lorsque l'événement rend le trouble répétitif, lorsqu'il est présent de façon continue ou qu'il existe un risque de récurrence à tout moment sur une longue période de temps.

Eldra Solomon et Kathleen Heide³¹ définissent une troisième catégorie, les **traumatismes de type III**, pour décrire les conséquences de multiples événements violents envahissants, qui commencent dans l'enfance et se prolongent sur une longue période

Judith Herman³², professeure à la Harvard Medical School, choisit de classer les traumatismes en deux catégories : **les traumatismes simples et complexes**. Sa définition du **traumatisme simple** est équivalente aux blessures de type I définies par Terr. (**Daligand, L. (2009)**).

- Par **traumatisme complexe**, on entend le résultat d'être une victime chronique de l'assujettissement d'une personne ou d'un groupe de personnes. Dans ces situations, la victime est souvent détenue pendant une longue période (des mois ou des années), sous le contrôle de l'auteur du comportement traumatique et incapable de lui échapper. Ces blessures complexes seraient comparées aux blessures de type II spécifiées par

Terr et, si elles ont commencé à un âge précoce, aux blessures de type III identifiées par Solomon et Heide

L'agression, l'accident et l'attaque terroriste peuvent être un événement unique dans la vie d'un enfant ou d'un jeune lors d'abus sexuels, d'abus physiques et sexuels, d'extorsion, d'esclavage, de pratiques sexuelles, d'incarcération dans les prisons et les camps de concentration, de travail forcé, les traditions néfastes et l'exposition à la violence domestique sont généralement caractérisées par des complémentarités et une série de violences. Les premiers exposent les enfants et les adolescents à un événement unique, circonscrit dans le temps, imprévisible et d'apparition brutale ; les seconds les soumettent à une violence durable, répétée, exempte de surprise, voire prévisible. Les premiers sont des traumatismes de type I selon la terminologie de Terr ou traumatismes simples selon Herman, les seconds sont des traumatismes de type II selon Terr, de type III selon Solomon et Heide ou encore des traumatismes complexes selon Herman.

Il est important de ne pas confondre un enfant dont la vie s'étend sur de nombreux traumatismes simples (par exemple, plusieurs chutes et accidents) avec un enfant souffrant de traumatismes complexes. (Josse, E. 2011, p 29).

4-2 Les traumatismes directs et indirects

Nous parlons de traumatisme direct lorsque la victime est confrontée à des sentiments de catastrophe imminente, de terreur ou de chaos. Elle peut être l'objet de, l'acteur ou le témoin d'une agression ou d'une menace soudaine mettant en danger la vie de, son intégrité physique ou mentale ou celle d'autrui.

L'enfant ou l'adolescent peut être directement victime d'un incident grave qu'il a subi (traumatisme simple de type I ou complexe de type II ou III), dont il a été témoin intentionnellement ou non par lui. Par exemple, il peut être agressé, victime d'un accident, d'une catastrophe naturelle ou abusé sexuellement, harcelé après avoir été témoin d'une bagarre, d'un viol, d'un meurtre ou d'une violence entre ses parents ou souffrir pour avoir causé du tort à autrui.

4-3 Les traumatismes indirects : la cicatrice sans la blessure

Les enfants ou les adolescents peuvent être victimes indirectes d'un événement, c'est-à-dire souffrir psychologiquement d'une situation vécue par une autre personne

A. La transmission du traumatisme

Le traumatisme indirect est défini comme la détresse spécifique vécue par des personnes qui ont une relation étroite avec un objet ou un groupe de sujets. En 1939, lorsque la Seconde Guerre mondiale éclate, devant le danger des bombardements du sur les grandes villes, notamment Londres, le gouvernement britannique décide d'évacuer 1 500 000 enfants vers les campagnes, notamment le vers Cambridge. Les premiers résultats, avant les bombardements, des effets de l'évacuation rapportés par la British Psychological Association en étaient très rassurants, que la proportion d'enfants évacués présentant le trouble était comparable à celle de la période de paix antérieure (8%). Mais dès les premiers mois de 1941, au moment des bombardements, le taux d'ennuis est de 45 à 50 %, enfants, évacués ou non ! Les enfants capturés lors des bombardements ont présenté les réactions les plus intenses, tandis que les enfants évacués ont subi des conséquences plus durables et plus dangereuses. Par conséquent, éloigner les enfants du danger ne leur a pas épargné souffrances. En conséquence, nous avons découvert qu'un enfant, même un très jeune enfant, peut être "infecté" par les expériences de son entourage. **(Ibid, 2011).**

B. La transmission intergénérationnelle des traumatismes

À la fin des années 1960, professionnels de la santé mentale ont remarqué que de nombreux enfants de survivants de l'Holocauste nés après la guerre de présentaient des signes cliniques similaires à ceux des parents de, même si leurs parents ont enduré la brutalité qu'ils ont endurée. Ils présentaient des troubles dépressifs et anxieux fréquents (sensibilité aux situations stressantes, réactions de panique, peurs, peurs injustifiées pour eux-mêmes et leurs proches, dont peur de la persécution et de la mort, phobies, sentiment de mort, sentiment d'insécurité, anxiété de séparation). Ils ont montré une plus grande susceptibilité à développer un syndrome psycho traumatique en cas d'événement critique. Leur sommeil a été perturbé par cauchemars semblables à ceux qui hantent les nuits des survivants. Dans les relations de, ils sont méfiants, prompts à la colère et sujets à des explosions d'agressivité. Ils éprouvent d'intenses sentiments de culpabilité principalement liés au sexe ainsi que des sentiments de honte, de pitié, d'admiration, de ressentiment et de colère qu'ils ont développés envers leurs parents. Certains sont auto-agressifs et adoptent un comportement autodestructeur. Non pas que aient personnellement fait face à la persécution et à l'extermination de l'antisémitisme, ils n'ont pas compris ce qui les faisait souffrir. **(Ibid, 2011, p 66).**

Ces diverses réponses évoquant le traumatisme psychologique de ses parents survivants, les médecins ont émis l'hypothèse que le traumatisme extrême pouvait se transmettre de génération en génération. Les observations d'enfants de parents torturés disparus en Argentine en ont confirmé cette hypothèse.

Des recherches menées auprès de descendants de l'Holocauste et de survivants du génocide arménien ont conclu que l'intégration de tels traumatismes nécessitait au moins deux générations. Des termes tels que « traumatisme indirect », « traumatisme secondaire » et « traumatisme empathique » sont utilisés pour décrire la transmission intergénérationnelle du traumatisme. Le traumatisme psychologique de l'enfant est une "pathologie acquise" de génération en génération, le mode de transmission sera le récit des horreurs subies par les parents ou, paradoxalement, le silence, secrets et non-dits. . En effet, les enfants privés d'informations sur les épreuves vécues par leurs familles présentaient plus de symptômes qu'autres enfants. La suppression affective majeure et le trouble dépressif parental peuvent également jouer un rôle important dans le développement des symptômes chez les enfants.

Études épi génétiques confirment scientifiquement que les traumatismes physiques et sexuels, la négligence grave, l'abandon et la perte d'un parent entraînent des troubles psychiatriques qui peuvent affecter la vie d'une personne, et augmentent le risque de maladies somatiques. Leurs descendants, enfants et petits-enfants, courent également un risque accru de dépression, de troubles de la personnalité, de comportement antisocial, de toxicomanie, de diabète et de cancer. (**Ibid, 2011**).

De ce fait, des enfants ou des adolescents peuvent être victimes indirectes d'événements passés vécus par l'entourage proche du, mais peuvent également subir des conséquences désastreuses de leurs actes de violence actuels commis à l'encontre d'un tiers. Par exemple, il peut souffrir lorsque sa mère, traumatisée par le viol qu'elle a subi, est devenue incapable de s'occuper correctement de lui. Il peut également développer de véritables symptômes de traumatisme en étant en contact avec un frère ou une sœur accidentellement blessé, un gravement malade, etc. (**Ibid, 2011**).

5- Clinique du trauma chez l'adolescent

A. La phase aiguë

5-1 Les réactions immédiates chez l'adolescent

5.1.1 Réactions manifestes et traumatisme silencieux

Lorsqu'un événement douloureux ou effrayant survient, l'enfant et l'adolescent peuvent exprimer leur détresse par leur comportement et leurs attitudes, mais cela peut aussi passer inaperçu.

A- Les réactions manifestes

Au cours de l'événement indésirable, certains enfants et adolescents ont connu un changement d'attitude significatif. Apparition soudaine de peurs incontrôlables, pleurs, prostration, mutisme, comportements régressifs, troubles de l'appétit et du sommeil, plaintes corporelles et manque d'investissement dans des activités importantes (jeu, sports, écoles, etc.) sont des signes d'alerte. Des changements simultanés à une situation particulière ou à un changement dans la vie familiale qui surviennent après avoir été pris en charge par une nourrice, une baby-sitter ou un parent, ou surviennent lorsque revient de vacances scolaires domestiques ou de vacances en camping, devraient nous encourager à envisager la possibilité d'une issue traumatisante. Cependant, il est peu probable que ces réponses aient une spécificité pathologique et aucune n'a été réalisée individuellement pour confirmer un traumatisme psychologique. En effet, les enfants et les adolescents peuvent présenter des réactions inquiétantes même s'ils n'ont pas été exposés à un événement traumatique potentiel. **(Crocq, 2019).**

C'est l'association, la répétition, l'accumulation, la cohésion et la persistance de signes de troubles antérieurs du comportement de l'enfant ou de l'adolescent qui doivent faire suspecter un traumatisme. Veuillez noter que l'intensité de ces réactions ne préjuge pas nécessairement de leur gravité. **(Ibid, 2019).**

B- Le traumatisme silencieux

Certaines jeunes victimes souffrent sans aucun signe évident. C'est souvent le cas des plus jeunes (moins de 5 ans) et des enfants qui subissent des violences chroniques (physiques ou sexuelles) à l'intérieur ou à l'extérieur du domicile (par exemple, des violences sexuelles commises plus d'une fois au sein de la famille) domicile, internat ou un établissement d'enseignement, un ordre religieux, etc.). Leur réaction au danger (réaction de stress) est devenue brutale. Même si leur tourment n'est pas évident, certaines personnes atteintes d'un

trouble profond pourraient être qualifiées de "traumatismes silencieux". Par exemple, plus de 30 enfants qui ont été abusés sexuellement n'ont pas manifesté de réactions d'anxiété à l'époque.

Certaines personnes constateront également que leur état mental se détériore après une période de plusieurs mois, voire plusieurs années. En effet, expériences traumatisantes peuvent avoir un « effet somnifère »² et leurs conséquences traumatiques peuvent apparaître brutalement, notamment à travers événements personnels ou familiaux. Par exemple, le souvenir de l'inceste peut resurgir violemment, souvent, après des événements comme une naissance, un mariage, la mort d'un être cher, un reportage télévisé, un rêve. Habituellement, certains signes sont manifestes pour ceux qui vous entourent et d'autres ne le sont pas.

Dans tous les cas, l'absence de symptômes ne signifie que l'enfant n'obtient pas, qu'il n'a pas besoin d'aide ou qu'il ne développera pas de troubles plus tard. (Ibid, 2019).

C- Les réactions de stress dépassé

Lorsqu'ils les enfants et les adolescents sont avec un adulte de confiance (parent, enseignant, éducateur), ils peuvent conseiller un comportement approprié (sortir d'un immeuble calmement, garder sous carte, meubles, surveiller les élèves). Dans l'univers des enfants, adultes protecteurs, sont courageux et invincibles. Si leur attitude face à la situation défavorable correspond à ce représentant, ils peuvent être rassurés et agir sous l'influence d'un stress protecteur. D'autre part, s'ils se trouvent anxieux et impuissants, ils peuvent devenir profondément troublés et exécuter mécaniquement les ordres qui leur sont donnés dans une stupeur dissociée ou sous l'influence du terrorisme.

Tout comme chez les adultes, on observe trois modes réactionnels de stress dépassé : l'hypo-réaction, l'hyper-réaction et la réaction apparemment normale.

L'hypo-réaction : Les enfants et les adolescents en état de choc sont caractérisés par la stupeur, la confusion, la prostration, la stupeur, la désorientation, la confusion et l'étourdissement.

L'hyper-réaction : Les jeunes victimes ont exprimé à haute voix émotions de peur, d'anxiété, de tristesse, de colère, etc. Ils s'accrochent aux adultes, crient, pleurent, se déplacent, parlent sans arrêt (des propos généralement mal construits), ont des accès d'anxiété et d'irritabilité,

etc. Ce flot d'émotions peut s'accompagner de comportements non adaptés à la situation, comme des propos incohérents, des crises de panique, des délires, des hallucinations ou une sérénité inappropriée.

La réaction apparemment normale : Sous la conduite d'un adulte, les enfants ont pu se comporter de manière apparemment normale. Ils obéissent aux ordres, mais de manière mécanique, comme des automates.

Les réactions de stress dépassé sont principalement marquées par la détresse péritraumatique et les symptômes dissociatifs :

La détresse prétraumatique : Selon l'âge de la jeune victime, la détresse prétraumatique peut se manifester par une peur intense, des sentiments de tristesse, de terreur, d'impuissance, de honte ou de culpabilité, de la colère, la perception qu'elle met sa vie en danger ainsi qu'un inconfort physique (sentiment s'évanouir, besoin d'uriner ou d'aller à la selle, transpiration, tremblements, palpitations). Comme chez les adultes, la détresse autour du traumatisme sera un prédicteur des symptômes de traumatisme ultérieurs. Les auteurs ont montré que les symptômes de peur et d'anxiété, ainsi que les manifestations physiologiques de l'hyperactivité neuropathie qui leur sont associées, sont fortement corrélés à l'apparition du trouble psychologique. **(Ibid, 2019).**

Le symptôme dissociatifs : On dit que les gens sont dissociés lorsqu'ils sont déconnectés d'une partie de la réalité. « Le point commun des troubles dissociatifs est une perte partielle ou totale des fonctions normales d'intégration de la mémoire, de la conscience, de l'identité ou des sensations immédiates et du contrôle des mouvements corporels⁵. Les réponses dissociatives péri-traumatiques sont associées au stress, mais sont également associées au traumatisme.

Dès son plus jeune âge, l'enfant peut présenter des symptômes de dissociation : il s'enfuit sans but dans une course effrénée (action dissociative du pilote automatique), il est hébété, ses yeux sont vides, il ne semble pas entendre ni comprendre ce qui se passe. Étant dit. il (stupeur dissociée), il semble ne plus reconnaître les personnes, lieux et objets familiers, il est désorienté et erre de pièce en pièce (perte de connaissance), il devient muet (dyskinésie dissociative), etc. Les adolescents peuvent éprouver des sentiments de duplication (par exemple, se voir de l'extérieur), être spectateur de leur vie, agir mécaniquement comme un robot, ou sentir que leur corps ne leur appartient pas (personnification , décoration).

Les enfants et les adolescents ont souvent des souvenirs clairs et accessibles de l'événement traumatisant même lorsqu'ils ont émotionnellement du mal à le communiquer. Contrairement aux adultes, amnésies dissociatives sont rares chez eux ; plus souvent que, il s'agit d'une distorsion de la mémoire (par exemple, rappel chaotique de la séquence d'événements, mauvaise interprétation des faits, etc.). (Ibid, 2019).

5.1.2 Réactions post-immédiates

Dans les premiers jours qui suivent un événement dangereux, les réactions sont souvent intenses. En général, elles s'estompent rapidement et disparaissent au bout de quelques jours ou semaines. Cependant, certains jeunes victimes ont trouvé leurs troubles persistants et d'autres ont commencé à développer des symptômes annonciateurs d'un syndrome traumatique (symptômes caractéristiques d'un traumatisme et d'affections apparentées). Encore d'autres personnes initieront ou confirmeront une maladie psychotique psychotique ou psychotique comme décrit dans les réactions immédiates.

5.1.3 L'apparition d'un syndrome post-traumatique

Le syndrome post-traumatique survient toujours après la période de latence de jours à des semaines, voire des mois ou des années après l'événement critique. En général, il apparaît chez les enfants plus rapidement que chez les adultes, après une très courte période de temps. On l'observe généralement dès l'âge de 3 ans

Le syndrome post-traumatique se caractérise par la résurgence d'événements indésirables comme symptômes intrusifs, par l'évitement de stimuli qui lui sont associés, et par activations autonomes (symptômes pathologiques). Lorsque le risque disparaît, ces perturbations ne sont pas causées uniquement par le stress, mais par le traumatisme. En général, elles s'estompent et disparaissent spontanément au bout de quelques semaines.

Les symptômes intrusifs : Autant d'expressions que la jeune victime de a l'impression d'être transportée dans le temps et de ré-expérimenter l'événement originel, voire de le revivre. Ces flashbacks, vécus comme réels et présents, se sont produits spontanément, contre les intentions des sujets et ont causé une détresse ou une souffrance intense.

- Les flashbacks. Comme les adultes, bien que moins souvent, les enfants et les adolescents peuvent avoir de brèves hallucinations qui leur donnent l'impression que la a été transportée au moment de l'événement. Ces expériences sont particulièrement

utiles pour les jeunes enfants qui ont du mal à tracer la ligne entre l'imagination et la réalité.

- Les souvenirs répétitifs de l'événement. Les adultes se sont plaints du fait qu'était constamment entouré de souvenirs intrusifs de l'événement tandis que les enfants ont signalé des rappels plus bouleversants se produisant lorsqu'ils s'ennuyaient (par exemple en classe, avant le devoir à l'école ou à la télévision), qu'ils étaient inactifs ou sur le point de s'endormir.
- Les cauchemars se reproduisent moins souvent que chez les adultes. Les rêves effrayants des enfants ont souvent peu ou rien à voir avec l'événement traumatique, et chez les enfants plus jeunes (moins de 5 ans), leur contenu est souvent méconnaissable.
- L'impression que l'événement est répétable. Tout comme l'adulte, un enfant ou un adolescent peut avoir le sentiment que le danger guette et qu'un drame peut se reproduire, surtout lorsque ses pensées ou ses déclencheurs sont des stimuli extérieurs au (bruits surprises, films violents, etc.) le ramènent au traumatisme originaire.
- Les phénomènes de mouvement de base. Comme chez les adultes, les reviviscences peuvent être accompagnés des réaction motrices de base que l'enfant ou le jeune adulte a eues pendant l'événement, comme sauter ou se recroqueviller.
- Comportement répétitif et jeux répétitifs. Profitant de l'occasion pour déclencher l'événement traumatique, la jeune victime a pu se remémorer comportements complexes qu'elle a manifestés lors de l'événement.

Dans les cas d'abus sexuels, ces comportements répétitifs sont souvent caractérisés par des aspects sexuels. Par exemple, les enfants peuvent présenter préoccupations sexuelles excessives pour leur âge (curiosité soudaine pour les organes génitaux humains ou animaux, questions répétées sur le sexe, le désir sexuel, insinuations sexuelles répétitives et inappropriées), engagement précoce, actes parfois automatiques pornographie compulsive (attouchements génitaux, masturbation excessive), y compris dans des lieux publics, insertion d'objets dans le vagin ou l'anus) ou se livrer à des actes sexuellement provocateurs et ostentatoires. Certains affichent des comportements séducteurs et sexuels, provoquent leurs relations avec les autres, attribuent indûment des connotations sexuelles aux attitudes des adultes, voire harcèlent ou agressent sexuellement d'autres adultes ou enfants. **(Ibid, 2019).**

En plus de ces comportements appliqués dans les événements, ces comportements répétitifs conduisent à la nécessité d'exprimer des incidents graves, notamment par des activités ludiques. De manière répétée, voire compulsive, le plus souvent sans plaisir ni joie, et ils inventent, etc.). Par exemple, les jeunes victimes d'agressions sexuelles peuvent s'adonner à des jeux hautement sexuels tels que « papa et maman » ou « docteur » particulièrement réalistes ou violents ou, avec des gestes et des effets sonores puissants, simuler le sexe entre leurs jouets (poupées, ours en peluche, etc.). Dans le cadre d'un conflit armé ou d'un post-conflit, enfants et adolescents dessinent des scènes de combats, d'attentats à la bombe et d'arrestations, ils jouent entre eux à des jeux de guerre, ils reconstituent des batailles à travers figurines en images avec lesquelles ils se sont violemment affrontés ou lisent le magazine avec des héros militaires.

B La phase à long terme

Au bout de quelques jours ou semaines, les signes pathologiques du traumatisme et les symptômes non spécifiques qui apparaissent

Dans les premières semaines après l'événement douloureux ou effrayant disparaissent ou persistent pendant des mois ou des années, voire pour les objets de la vie. Des troubles neuropsychiatriques ou psychotiques peuvent également se confirmer chez les personnes les plus fragiles.

V-2 Les syndromes psychotraumatique

La persistance de la réaction plus de quelques semaines après l'épisode critique, voire l'apparition de symptômes supplémentaires ou plus intenses, indique le début d'un véritable traumatisme psychologique et l'évolution vers la chronicité. Longtemps après les événements, de nouveaux symptômes (par exemple, la culpabilité chez les victimes d'abus sexuels) peuvent continuer à apparaître à mesure que l'enfant vieillit. Nous rappelons également que certaines jeunes victimes ne montrent aucun signe visible de souffrance (traumatisme silencieux) dans les premiers instants après l'événement. Cependant, certains verront l'état mental de se détériorer, parfois sur plusieurs années, comme en raison d'un stress important ou d'une exposition à un événement qui évoque directement ou symboliquement dès la scène d'ouverture.

La sémiologie psychotraumatique à long terme, différée et chronique comprend trois volets : l'état de stress post-traumatique, les symptômes non spécifiques et la réorganisation de la personnalité. Il recouvre un large éventail de tableaux cliniques s'étendant des formes paucisymptomatiques aux cas sévères organisés en névrose traumatique en passant par les états modérés. (Ibid, 2019).

5-2-1 L'état de stress post-traumatique

L'état de stress post-traumatique regroupe les symptômes pathognomoniques des syndromes psychotraumatiques, à savoir les reviviscences, les conduites d'évitement et l'activation neurovégétative. Ces troubles s'accompagnent d'un ensemble de réactions aux niveaux émotionnel, cognitif, comportemental et somatique.

- **Au niveau émotionnel** : Parmi les réactions émotionnelles souvent observées chez les victimes, on stoppe la peur, l'anxiété et l'agitation (troubles qui se manifestent le jour avec des peurs irrationnelles et incontrôlables, des peurs, de la terreur, des crises de panique, des pseudophobies, des comportements d'évitement et la nuit avec un sommeil agité et des réveils perturbateurs , terreurs nocturnes), tristesse, désespoir, apathie, perte de curiosité et de motivation pour tout, honte et culpabilité, diminution de la capacité à souhaiter, désirer et se projeter dans l'avenir, colère.
- **Au niveau cognitif** :_Syndrome répétitif Nous le devons à Otto Fenichel, médecin et psychanalyste autrichien, qui a décrit le syndrome pour la première fois en 1945. Flashbacks, souvenirs répétés, cauchemars, Le sentiment que l'événement est répétable ainsi que la souffrance et la réponse physiologique composent modes différents. Ce syndrome pathologique occupe une place centrale dans la clinique post-traumatique.
 - Symptômes dissociatifs. Longtemps après un incident grave, les enfants et les adolescents peuvent présenter des symptômes dissociatifs tels que la dépersonnalisation, la déréalisation et la répétition de comportements (répétition de comportements effectués pendant l'événement).
 - L'altération des capacités cognitives. Les jeunes victimes présentent souvent une diminution des capacités mentales d'attention, de concentration intellectuelle, de pensée logique et de raisonnement, ainsi qu'une fatigue mentale (parfois accompagnée de maux de tête lors d'un effort intellectuel).

- Les Trouble de la mémoire. Les enfants et les adolescents peuvent souffrir de rappels spontanés, répétitifs et intrusifs de l'événement traumatique (syndrome répétitif). S'ils ont traversé les événements à plusieurs reprises (dans le cas d'un traumatisme complexe), ils découvrent parfois à l'âge adulte qu'ils ont oublié des pans entiers de leur histoire.
- Une perturbation des schémas cognitifs. La compréhension que les enfants et les adolescents ont d'eux-mêmes, des adultes, des événements, de la vie et de l'avenir est déterminée par un réseau de croyances fondamentales, d'hypothèses et de croyances. Les représentations mentales⁵ forment leur cadre de référence. Des opinions telles que les adultes sont bons, protecteurs, courageux et invincibles, que la vie à un but (se marier, avoir des enfants, construire une maison, avoir une carrière, etc.), ou supposer que l'univers est rationnel, est prévisible et rationnel (par exemple, en étant gentil et obéissant, personnes accompliront de bonnes choses ; en apprenant, une personne réussit ; personnes âgées meurent avant la jeunesse, etc.) est ruinée. Inversement, autres croyances sur vous-même, le monde et l'avenir sont construites ou renforcées. Ainsi l'enfant peut penser qu'il ne vaut rien, qu'il ne mérite que de mauvaises choses et qu'il ne vaut pas la peine d'être aimé, que la vie peut changer en un instant soudainement et tragiquement, que le monde est mauvais et dangereux, qu'on ne peut faire confiance à personne, etc. Ces « pensées automatiques » négatives créent une distorsion de la réalité qui encourage les mauvaises interprétations et les jugements et est un facteur de risque de dépression
Les troubles cognitifs peuvent entraîner des difficultés d'apprentissage et des échecs scolaires.
- **Au niveau comportemental :** Les effets traumatiques se manifestent par des comportements d'évitement, des troubles du sommeil et de l'appétit, des dépendances, voire des comportements inhabituels ou étranges. L'augmentation de l'activité neuromotrice autonome a été spécifiquement mise en évidence au niveau comportemental par des états de vigilance (vigilance accrue, difficulté au repos, relaxation, somnolence) et par une réponse motrice plus rapide (réaction de sursaut excessif, agressivité). (**Ibid, 2019**).

6- Les conséquences des traumatismes sexuels sur la sexualité des victimes :

Nous avons essayé de classer les conséquences d'un traumatisme sexuel sur la sexualité de la victime selon trois niveaux de conséquences potentielles : physique, psychologique et comportementale. En effet, la victimisation sexuelle affecte des facteurs tels que le désir, l'excitation ou encore la performance sexuelle car ces mécanismes interfèrent directement avec les circuits biologiques et les processus psychologiques nécessaires à une fonction sexuelle harmonieuse. Ces modifications des structures biologiques et psychiques peuvent avoir un impact sur les actes et les comportements des sujets (à savoir, les aspects comportementaux).

En ce qui concerne les répercussions sur le plan psychologique, notre étude s'est attachée à identifier les impacts du traumatisme sexuels sur la satisfaction sexuelle, Cette dernière peut être défini comme "l'état émotionnel fait de joie et de plaisir, vécu par la personne qui obtient ce qu'elle veut. (**Centre National des Ressources Textuelles et Lexicales, 2012**).

Cette composante essentielle d'une sexualité épanouie semble plus faible chez les personnes victimes de violences sexuelles. C'est comme si les symptômes de l'ESPT entraînaient de mauvaises relations intimes en raison d'une moins bonne qualité de communication avec un partenaire, entraînant ainsi une moins bonne "connexion" pendant les rapports sexuels et des rapports sexuels insatisfaisants à propos du sexe. (**DiMauro et al., 2019**).

La psychopathologie des sujets les empêcherait de s'engager pleinement dans un acte sexuel, ce qui pourrait devenir un indicateur de flashbacks qui réactivent les souvenirs de violences antérieures. Ainsi, les actes sexuels à l'âge adulte ont le potentiel de créer une dissociation entre les actes sexuels accomplis avec un partenaire et les souvenirs anxiogènes des violences sexuelles subies. (**Layh et al., 2020**).

Les chercheurs se sont plutôt intéressés aux douleurs ressenties par les victimes de traumatismes sexuels durant les rapports intimes. Les femmes enceintes avec des antécédents d'abus sexuels seraient plus à risques de présenter un TSPT plus important dont les symptômes peuvent s'aggraver à l'approche de l'accouchement (**Sanchez et al., 2017**).

Des symptômes liés à l'évitement et au retrait ont empêché ces victimes de chercher de l'aide et des soins, ce qui les a certainement éloignées des soins prénatals habituels. Par la suite, n'ont pas bénéficié des soins obstétricaux habituels nécessaires pour être en bonne santé sexuelle. .

D'autres conséquences psychologiques ont pour effet d'impacter la sexualité de ces sujets. En effet, ces violences sexuelles ont souvent pour effet de compromettre la stabilité des liens d'attachement : à qui faire confiance lorsque des proches ou des parents ont pu abuser de ces personnes. Une fois le système d'attachement détruit, il sera difficile pour ces victimes de s'engager à une vie de couple où le sentiment de sécurité est essentiel. Ensuite, l'évitement prévaut, surtout dans les relations intimes qui ne permettent pas de lâcher prise et de faire confiance à son partenaire. **(Granot et al., 2018 ; Meyer et al., 2017).**

Toujours au niveau des répercussions psychiques, nous pouvons retrouver dans une moindre mesure d'autres conséquences relatives par exemple à une dégradation de l'image corporelle **(Jaconis et al., 2020)**, ainsi qu'une altération des croyances et des cognitions sur la sexualité en général. Bien entendu ces prénotions ont pour effet de conduire ces victimes à un évitement pur et simple de la sexualité ou des corps (surtout celui du partenaire), pourtant censés être des objets de jouissance et de plaisir mais qui deviennent les symboles de la violence subie et de la peur **(Snipes et al., 2017).**

Les femmes qui ont été victimes de violences sexuelles éprouvent plus d'insatisfaction à l'égard de leur propre image corporelle, ce qui est associé à une diminution de l'affirmation sexuelle. **(Jaconis et al., 2020).**

On note également dans certaines études la présence de manifestations dissociatives dans les relations intimes. Tout se passe comme si les victimes se coupaient d'elles-mêmes et de la situation en déclenchant des états émotionnels qui les renvoyaient dans l'univers et les scènes violentes dont souffraient. Ainsi, bien que le physique soit présent dans l'acte sexuel, leur esprit est ailleurs. Ainsi, non seulement les rapports intimes réactive les scènes traumatisantes, mais les reconnecte également avec un autre être humain qui a été abusé et agressé au moment du traumatisme. Il n'est pas surprenant que l'expérience de l'intimité sexuelle, même avec des êtres chers, devienne stressante. **(Zerubavel et al., 2018).**

Les femmes victimes d'abus sexuels dans leur enfance souffrant également de TSPT présenteraient plus de dysfonctionnements au niveau de leur sexualité pour certains aspects comme l'aversion, la douleur et la satisfaction sexuelle (**Bornefeld-Ettmann et al., 2018**).

Les croyances sur le pouvoir et les relations sexuelles (c'est-à-dire des pensées/cognitions déformées que les relations sexuelles sont une question de domination et de pouvoir, par opposition au plaisir sexuel ou à l'amour) seraient susceptibles d'amplifier les symptômes du TSPT chez les survivants de viol.

6-2 Conséquences à long terme et facteurs aggravants

Au regard des résultats obtenus dans cette recherche, il apparait que les conséquences (psychiques et physiques) des violences sexuelles durant l'enfance et l'adolescence impactent les victimes toute leur vie. L'ensemble des études incluses dans notre revue indique :

- Les traumatismes sexuels peuvent entraîner des changements majeurs et profonds. Par exemple, les abus sexuels sont associés à des sentiments plus forts de honte et de culpabilité chez les femmes. (**Aakvaag et al., 2016**).
- que les victimes d'abus sont plus susceptibles d'éprouver des sentiments de rejet et de faible estime de soi, ce qui a pour effet de rendre difficiles les relations avec les autres, et en particulier avec le partenaire sexuel potentiel.
- que les personnes qui ont été victimes de violences sexuelles ont des opinions et des jugements moraux particuliers sur le sexe (par rapport aux non-victimes) (**Arden et Rabinovitz, 2019**).

En conséquence, ces sujets se sentaient plus dégoûtés dans la sphère sexuelle et étaient plus préoccupés par leur sexualité. Les femmes victimes d'agression(s) sexuelle(s) souffrent fréquemment de dysfonctionnement sexuel et de peur des stimuli sexuels, qui peuvent persister pendant des années après l'agression et contribuent à une diminution de la participation, du plaisir et la satisfaction dans les rapports sexuels. . (**Zerubavel et al., 2018**).

7- Conduite à tenir et prise en charge du traumatisme

7-1 Conduite à tenir avec l'adolescent :

Plus que les autres groupes d'âge, les adolescents confrontés à des événements dramatiques adoptent souvent des comportements à risque. Rapports sexuels non protégés,

consommation fréquente et répétitive d'alcool ou de drogues, décrochage scolaire, comportement provocateur envers l'autorité, actes délictuels, adhésion à des bandes délinquantes, automutilations et tentatives de suicide, jeux d'évanouissement (« jeu du foulard») sports extrêmes, conduite dangereuse (suspendu à une voiture avec une planche), glissade, feu rouge bruler intentionnellement sur un scooter, etc.), la liste est interminable.

- Prenez le temps de discuter avec l'adolescent de ses problèmes et de ses sentiments : Les jeunes ressentent le besoin de s'exprimer, pour qu'ils soit écoutés et compris ; ils se sentent encouragés, appréciés et parfois choyés.
- Ensemble, essayez de comprendre la cause profonde de ces comportements problématiques : Ne se sent-il pas bien ? Est-ce une échappatoire ? Subit-il la pression de ses collègues ? Manque-t-il repères ? Se sent-il coupable de vivre quand d'autres sont morts ?
- Informez-le des risques qu'il prend pour sa santé, sa sécurité et son avenir.
- La façon dont vous vous comportez a une grande influence sur les adolescents. Ils s'inspirent de modèles, c'est-à-dire d'adultes importants qu'ils peuvent admirer et dont ils peuvent épouser les valeurs qu'ils et imiter le comportement Soyez donc un exemple. Les enseignants et les éducateurs jouent un rôle particulièrement important lorsque les relations entre jeune et parents sont difficiles.
- Réprouvez fermement toute prise de risque inacceptable : Les adolescents se sentent rassurés lorsqu'ils sentent que les adultes contrôlent leur vie, voire lorsqu'ils refusent catégoriquement le conseil familial.
- Soyez clair sur ce que vous attendez d'eux : associés aux études, limiter leur consommation d'alcool, conduire prudemment, etc.
- Si vos adolescents mettent leur vie en danger ou s'ils causent des ennuis au, demandez l'aide des autorités : animateurs psychosociaux, psychologues, psychiatres, etc. (**Croq, L. 2019**).

7-2 Prise en charge du traumatisme psychique

Il existe deux grandes méthodes de prise en charge des psycho traumatismes : l'abord pharmacologique et l'abord psycho thérapeutique. Toutes les combinaisons sont possibles à partir du principe essentiel d'adapter de façon unique la prise en charge à chaque patient et à chaque situation. Les modalités de prise en charge sont guidées par des recommandations

nationales et internationales émanant de sociétés savantes : Haute Autorité de Santé (HAS), American Psychiatric Association (APA), et l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS)....

A- L'abord psychothérapeutique

Il est considéré comme la pierre angulaire du traitement du SSPT. De nombreuses approches ont été proposées, des plus structurées aux plus fantaisistes. Cependant, trois tendances psychothérapeutiques majeures (psychodynamique, systémique et comportementale) sont désormais bien représentées dans les traitements, et des techniques plus récentes ont été évaluées.

Une distinction doit être faite entre les interventions immédiates et post-traumatiques et les interventions psychothérapeutiques ultérieures. Les interventions immédiates et post-immédiates sont de deux types : apaisement (le defusing) et entretiens (le debriefing).

1- Le defusing (ou désamorçage).

Il s'agit d'une prise en charge immédiate des acteurs concernés (victimes, sauveteurs, familles) pour corriger la crise (ou ré-humaniser la crise). Il s'agit de fournir, individuellement ou en groupe, une brève période de temps (cinq à dix minutes) pour l'expression verbale directe des sentiments et des expériences, de manière flexible et non intrusive, afin de favoriser le soulagement et la connexion des expériences traumatisantes par le langage. Le but de l'apaisement est de reconnaître.

Le but du defusing est de reconnaître la douleur ressentie pour, remettre la personne dans sa situation actuelle, sans rendre la situation moins pécheresse ni moins dramatique, restaurer un sentiment d'appartenance (hiérarchie) et vers des soins plus longs, réfléchis, chaleureux, contenu et discret. C'est aussi une question qui propose des informations sur conséquences psychologiques et soins possibles (à l'aide de fiches d'information). (**Quillerou B, Bouchard JP. 2018**).

2- Le débriefing

Il s'agit d'une prise en charge immédiate (de 72 heures à 4 mois après l'événement) dispensée à titre préventif aux personnes concernées, pour favoriser l'intégration de ce qui s'est passé et aider à prévenir les marqueurs de stress chroniques et l'apparition du PTSD. L'entretien peut se faire individuellement, mais il se retrouve généralement sous forme de

groupe. Il s'adresse à un groupe de personnes qui ont été témoins ou victimes d'un même événement traumatisant et qui se connaissaient auparavant. Il est réalisé par un certain nombre d'intervenants, afin d'assurer une prise en charge optimale pour chaque victime et d'aider le groupe à traverser ensemble le chaos traumatique. Il se compose de plusieurs étapes successives, aidant à organiser des événements, des pensées et des émotions. Il comportait également une phase d'information, permettant à la victime de comprendre ses réactions « folles » et à d'apprendre à gérer son stress. La durée d'un entretien de groupe varie selon le nombre de personnes. En moyenne, la a besoin de deux à trois heures.

Le but est de parler de ses sentiments (effet doux, cathartique), de partager la normalité de ces émotions, de rétablir la normalité de l'environnement, d'atténuer la culpabilité et l'impuissance, de résoudre et d'atténuer le stress de groupe , d'identifier les sujets fragiles et d'informer sur la clinique des troubles initiaux ou avérés, pour vous orienter vers lieux pour une consultation individuelle.(**Bouchard JP,et All, 2019**).

3- Les Thérapies Cognitivo-Comportementales

Les principes de la TCC sont clairement codifiés et articulés autour des quatre étapes : susciter et décrire l'expérience traumatique, apprendre des techniques de relaxation, mettre en œuvre des compétences de communication sur l'expérience traumatique et une approche des aspects cognitifs du traumatisme traitement cérébrale de l'information). La thérapie «Exposition prolongé», développée par Edna Foa dans les années 1990 pour traiter les victimes de traumatismes graves (victimes de viol, anciens combattants), est désormais confirmée comme la méthode de base pour le traitement du SSPT.

Son principe est « d'apprivoiser » la mémoire de l'événement traumatique. Il est normal que la victime cherche à éviter les souvenirs, les émotions et les situations qui lui rappellent un viol, par exemple. Mais, plus elle évite de les affronter, plus ils perturbent sa vie. La mémoire de l'agression revient la hanter sous forme de cauchemars, de flash- 626 back, de phobies, de pensées et d'émotions négatives.

Le but de ce traitement est de permettre à la victime de se remémorer le souvenir de l'agression, puis de le traiter pour réduire l'anxiété et les peurs qui y sont associées. Bien que la reviviscence puisse être douloureuse, elle devient rapidement moins douloureuse lorsque le patient répète l'exposition.

Les TCC sont réputées dans le traitement du TSPT constitué, car elles ont pu être évaluées au moyen d'études contrôlées qui montrent leurs effets sur l'atténuation des symptômes. Il est possible de les associer aux thérapies psychodynamiques ou d'inspiration psychanalytique lorsque certains symptômes persistent, ou sont 637 insuffisamment améliorés, ou sont liés à un trouble de la personnalité. (**Tarquinio C, Bouchard JP.2019**).

4- Les thérapies psychodynamiques.

Les premières thérapies furent centrées sur l'abréaction (réduction de la tension émotive), pour permettre au patient la verbalisation de l'événement traumatique, afin d'en revivre l'expérience émotionnelle dans une visée cathartique (libération des passions). Pratiquées sous analgésie (prise de calmant) ou non, elles présentent le risque de se limiter à la verbalisation et d'enfermer le patient dans des symptômes de répétition (flash-back, cauchemars). Dans le même esprit, les psychothérapies d'inspiration psychanalytique 696 ont été proposées pour travailler de façon spécifique sur le vécu de l'événement traumatique.

Les thérapies psychodynamiques se donnent pour but la modification des rapports qu'entretient le sujet avec son traumatisme. Le destin de ces thérapies psychodynamiques est de deux ordres selon qu'elles sont pratiquées précocement ou plus tardivement après l'événement. Précocement (semaines), elles peuvent intégrer très vite les éléments qui composent la structure du sujet et rendre ainsi inutile le rôle de l'image traumatique en tant que source de satisfaction. Pratiquées plus tardivement (mois ou années), le lien d'attachement inconscient entre le sujet et son image traumatique fait obstacle à un décentrement de son intérêt pour sa souffrance liée à l'événement. . Progressivement, dans l'histoire de ses rêves et de ses fantasmes, il devra découvrir que sa souffrance a une allure de satisfaction, de redécouverte inconsciente avec l'objet perdu de l'enfant, c'est-à-dire avec le corps fantasmé de la mère. Une expérience qui est à l'origine de sa peur du déni et qui n'est généralement associée qu'à une psychose. Bien sûr, tous les patients ne sont pas capables de faire ce travail, qui n'est possible que par le transfert, qui exige une confiance absolue en sa parole envers l'autre, qui a besoin de connaître la source de sa souffrance. Sur le plan pratique, le problème est que la méthode psychodynamique suppose des praticiens spécialement formés et qu'elle peut demander un temps jugé excessif. Aussi, cette méthode reste assez confidentielle et son intérêt tient plus dans ce qu'elle apporte à la recherche sur la question du trauma qu'à son effectivité. (**Cottencin.O, 2009**).

5- L'EMDR :

L'Eye-movement desensitization and reprocessing (EMDR). En français, de sensibilisation et retraitement par les mouvements oculaires, est une approche thérapeutique découverte par Francine Shapiro en 1987. Francine Shapiro est docteur en psychologie, membre du Mental Research Institute de Palo Alto. Elle a obtenu pour cette découverte en 1994 le Distinguished Scientific Achievement in Psychology Award, de l'Association californienne de psychologie et, en juin 2002, le prix Sigmund Freud.

L'EMDR est une approche psychothérapeutique intégrée, centrée sur le patient, mettant l'accent sur le système de traitement de l'information et les systèmes de mémoire sur l'expérience désordonnée, comme fondement des pathologies. En vingt ans, elle est évoluée d'une simple technique de désensibilisation à une approche psychothérapeutique globale. Le traitement en huit étapes aborde de manière exhaustive les expériences qui contribuent à conditions cliniques et expériences qui amènent les patients à un état de bien-être psychologique. L'application thérapeutique de l'EMDR est basée sur les directives de pratique clinique du modèle de traitement adaptatif de l'information (TAI). Essentiellement, l'EMDR aide au traitement tandis que le modèle TAI permet d'expliquer les phénomènes cliniques, à prédire les effets positifs du traitement et à guider la pratique. L'EMDR est ce que nous faisons, le TAI est notre façon de faire réfléchir mes patients. Conformément aux données neurobiologiques, l'hypothèse est formée que les nouvelles expériences sont assimilées au sein des réseaux de mémoire existants. Chez une personne en bonne santé, lorsque de nouvelles expériences sont traitées, elles sont « métabolisées » ou « digérées », et ce qui est utile est appris, stocké avec les émotions appropriées et dirigé vers l'avenir. Dans certains cas, l'événement ne peut pas être digéré et l'expérience est stockée de manière incorrecte dans un réseau de mémoire non conforme, le peut être déclenché à loisir dans le présent par une situation plus ou moins similaire. Cela jette les bases de réaction inappropriées (dysfonctionnelles) à des événements similaires : cela devient la base ou la source de l'événement pour toute expérience associée. De multiples recommandations et plusieurs méta-analyses indiquent que les effets thérapeutiques de l'EMDR sont équivalents à ceux de la TCC. (Shapiro F. 2007).

6- Autres thérapies :

D'autres approches nouvelles ont fait leur apparition ces dernières années, l'Intégration du Cycle de Vie (ICV), le développement de la mindfulness, la thérapie sensorimotrice, le brainspotting. Pour peu que l'on soit ouvert d'esprit, ces techniques méritent qu'on s'y intéresse, même si elles ne disposent pour le moment pas toutes de preuve de leur efficacité faute d'études. (**Tarquinio C, Bouchard JP, 2019**).

B-L'abord pharmacologique

A ce jour il n'existe aucun traitement médicamenteux spécifique qui soit reconnu pleinement efficace dans la prise en charge de la pathologie traumatique. Les recommandations actuelles mettent en avant le bénéfice des traitements anti-dépresseurs, notamment sérotoninergiques. Mais selon les études, seuls 20 à 50 % des patients entreront en rémission grâce à ce traitement.

1- Les antidépresseurs

Les ISRS (inhibiteurs de la recapture de la sérotonine) et les ISRS-NA (inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline) sont les mieux étudiés. En France, seules la sertraline et la paroxétine disposent d'une Autorisation de Mise sur le Marché (AMM) sous cette appellation. En pratique courante, la fluoxétine et la venlafaxine sont également largement utilisées.

Les benzodiazépines doivent être exclues à tous les stades. Non seulement ils n'ont montré aucune utilité dans le traitement ou la prévention des ESPT, mais ils ont également été source d'événements indésirables importants, notamment le risque de dépendance vis-à-vis de ce sous-groupe de patients déjà sujets à l'addiction. Ils peuvent réduire l'efficacité de certaines psychothérapies concomitantes. Des données récentes suggèrent que les benzodiazépines pourraient favoriser la rétention de la mémoire traumatique, en modifiant la structure du sommeil et plus particulièrement en supprimant phases du sommeil REM (Rapid Eye Movement).(**Hingray C, Arim P, El-Hage W, Bilodeau M, 2018**).

2- Les antipsychotiques atypiques

Les recommandations des différents guides de bonnes pratiques varient. Ils sont suggérés en seconde voire en troisième intention. Les molécules les plus étudiées sont l'olanzapine, la rispéridone, la quétiapine et l'aripiprazole. Immédiatement après l'événement, un traitement symptomatique de l'insomnie ou de l'anxiété peut être assuré par la loxapine à faible dose de (5 à 10 mg) en cas de troubles du sommeil, ou une autre hydroxyzine. **(Rousseau PF, Nicolas F, et All, 2018).**

3- Les thymorégulateurs

La lamotrigine aurait un effet sur les symptômes de type flashback, sur les pensées intrusives et sur les symptômes d'évitement. **(Rousseau PF, Nicolas F, et All, 2018).**

Synthèse

Pour conclure, on doit préciser qu'une personne qui a vécu un événement traumatique doit immédiatement être prise en charge avec des thérapies appropriées et efficace, car les effets d'un traumatisme peuvent être très sévères et engendre de divers troubles tel que les troubles développementaux, des troubles endocriniens, des troubles cardio-vasculaires pour la personne.

Chapitre 03 :

Adolescence

Préambule

Au cours de la vie, tout individu passe par des périodes telles que l'enfance, l'adolescence, pour enfin rentrer dans la vie active à l'âge adulte. L'adolescence comme période très importante pour un bon développement d'une personne. Elle se situe entre l'enfance et l'âge adulte, se déroule pour une grande majorité de 13 à 18 ans. Ici l'adolescent doit faire face à des évolutions physiques ainsi que psychologiques.

Dans ce chapitre, nous n'avons pas la prétention de présenter de façon détaillée les différents aspects qui caractérisent l'adolescence. Notre objectif sera de faire une présentation synthétique des différents développements tels que le développement affectif, physique, cognitif, psychologique, social et sexuel de cette période. Nous accentuerons notre réflexion plus spécifiquement sur le profil psychologique de l'adolescent abusé sexuellement.

1- Définition des concepts

1-1 L'adolescence

- L'OMS considère l'adolescence comme la période de croissance et de développement humain qui se produit entre l'enfance et l'âge adulte (entre 10 et 19 ans). Elle représente une période transitions importantes de la vie et se caractérise par un taux de croissance et de changement significatif qui n'est plus élevé que pendant l'enfance. Les processus biologiques facilitent de nombreux aspects de cette croissance et de ce développement, le début de la puberté marquant la transition de l'enfance à l'adolescence. (Nicola.G, 2020 p 22).
- L'adolescence est à la fois l'âge des premières, c'est-à-dire les premières étapes qui permettent le passage de l'enfance à l'âge adulte. L'adolescence est aussi l'âge de tous les possibles, à travers lequel ce corps et cet esprit acquièrent tout leur potentiel. Il y rappelle le grand potentiel et la polyvalence du bébé (Missonnier). Enfin, l'adolescence est un âge de subjectivité dans le sens où le sujet prend d'abord conscience que ses actes, ses paroles, ses choix ne dépendent plus des autres mais de lui-même avec ses sentiments tout-puissants qu'ils créent et la menace qu'ils font peser. Il doit participer à un projet de vie entre idéal et réalité. (www.cairn.com).
- Adolescence vient du latin *adolescencia*, de *ad-olescere* qui signifie « grandir vers », « croître ». En théorie, c'est la période transitoire entre l'enfance et l'âge adulte car la

croissance y est plus visible. En pratique, ce passage, on l'a vu, peut être inexistant ou plus ou moins prolongé selon les époques et les cultures. **(christine. C, 2019 p 31).**

1-2 Adolescents

Les adolescents se distinguent à la fois des jeunes enfants et des adultes. Ils ne sont pas entièrement capables de comprendre des concepts complexes où les relations entre un comportement et ses conséquences, ou encore le degré de maîtrise qu'ils ont ou peuvent avoir sur la prise de décisions en matière de santé, y compris s'agissant du comportement sexuel. Cette inaptitude peut les rendre particulièrement vulnérables à l'exploitation sexuelle ou à des comportements à haut risque. Les lois, les coutumes et les pratiques peuvent aussi influencer les adolescents autrement que les adultes. **(Nicola.G,2019 P22).**

1-3 Crise d'adolescence

On parle de crise d'adolescence ou plus couramment de « crise d'ado » pour désigner l'ensemble des troubles et comportements difficiles (sautes d'humeur, attitudes de défi, opposition aux parents, comportements excessifs...) qui surviennent parfois lors de cette période de transition entre enfance et âge adulte. On utilise la notion crise car le passage (même d'un point de vue développemental) entre l'enfance et l'âge adulte n'est pas linéaire. La puberté entraîne des changements (corporels, hormonaux, psychiques et même neurologiques) importants. Cette mutation rapide et en soi un phénomène violent comme le notait, dès les années 50, Donald Winnicott. L'adolescent perd les repères de l'enfance. il peut le vivre douloureusement et l'exprimer à travers différents modes d'expression regroupés autour de la notion de crise d'adolescence. **([http.psy-enfant.com](http://psy-enfant.com)).**

1-4 Le comportement sexuel

Pour certains auteurs, "le comportement sexuel est une configuration spécifique de chaque personne, englobant un répertoire de pratiques sexuelles, un répertoire de scénarios et un répertoire de significations." Cependant, l'apparition précoce de la sexualité chez les adolescents comporte certains risques ; elle peut donc avoir des conséquences négatives, d'où le terme de comportement sexuel à risque. Le comportement sexuel à risque se définit par ses trois composantes ;1) le rapport sexuel précoce, c'est-à-dire avant l'âge de 16 ans, 2) le multi partenariat : le fait d'avoir le rapport sexuel avec plus d'un partenaire sexuel et 3) la non utilisation de préservatif. **(Guielle.G,2012).**

2- Les différents développements de l'adolescent

A. Le développement affectif

Pendant l'adolescence, les zones du cerveau qui contrôlent les émotions se développent et mûrissent. Cette étape est caractérisée par des crises apparemment spontanées qui peuvent être difficiles pour les parents et les enseignants, qui en sont toujours victimes. Les adolescents apprennent progressivement à éliminer les pensées et les actions inappropriées et à les remplacer par des comportements axés sur un objectif.

L'aspect émotionnel du développement pubertaire est le plus douloureux, mettant souvent à l'épreuve la patience des parents, des enseignants et des médecins. L'instabilité émotionnelle est une conséquence directe du développement neurologique pendant cette période, à mesure que les parties du cerveau qui contrôlent les émotions mûrissent. La frustration peut également découler de développements dans de nombreux domaines.

Un point de conflit majeur naît du désir de liberté de l'adolescent, qui entre en conflit avec le besoin fort des parents de protéger leurs enfants du danger. Les parents peuvent avoir besoin d'aide pour renégocier leurs rôles et accorder progressivement plus de privilèges à leurs adolescents et s'attendre à ce qu'ils acceptent une plus grande responsabilité pour eux-mêmes et dans leur famille.

La communication, même dans les familles stables, peut être difficile et s'aggraver lorsque la famille est divisée ou que les parents eux-mêmes ont des problèmes psychologiques. Des conseils raisonnables et pratiques peuvent être donnés aux adolescents et aux parents, favorisant ainsi la communication au sein de la famille. (**DSM-manuel.com**).

B. Le développement physique, cognitif, et psychologique

Le développement physique, cognitif et psychologique à l'adolescence est un processus en trois grandes étapes. L'adolescence est considérée sur le plan développemental comme le deuxième processus de séparation/individuation et comme une étape fondamentale du processus de subjectivation. (**Godeau.E et all, 2012**).

La maturité psychique et cognitive de cette période est intimement liée à la maturité physique de la puberté. Beaucoup de ces transformations ont des implications importantes, à la fois pour la santé et pour la construction de la personnalité des futurs adultes.

L'adolescence englobe donc à la fois une période transitoire et adulte et nécessite la mobilisation des capacités d'adaptation de l'adolescent et de son entourage. Les mouvements qui animent l'adolescent durant cette période plus ou moins simultanément et avec moins de contradiction, ce fait ressortir cet aspect parfois paradoxal et fluctuant du comportement de l'adolescent.

Le début de l'adolescence – entre 10 et 12 ans pour les filles et 11 à 13 ans pour les garçons – est marqué par la période de transition entre l'enfance et l'âge adulte, au cours de laquelle l'adolescent sort de la phase de latence et où on observe une réactivation des pulsionnalités œdipiennes. (Beck.F et all,2013).

L'enfant abandonne alors ses jeux autrefois familiaux, cherchant l'isolement et l'intimité. Il entame le processus de séparation/personnalisation et de rapprochement avec ses collègues. Au niveau émotionnel, l'expression se fait essentiellement par des actions avec des difficultés à exprimer verbalement les émotions. Les problèmes d'image corporelle surviennent avec les premiers signes de la puberté. L'accélération du rythme de croissance modifie le rapport au monde des adolescents. Certains commencent à ressembler à un adulte sans avoir achevé leur maturation psychologique. Les jeunes filles peuvent passer des heures devant un miroir, essayant de reprendre le contrôle sur ce changement de corps provocant ; les garçons peuvent interroger le sur le développement normal de leurs caractéristiques sexuelles.

Sur le plan cognitif, les intérêts intellectuels se développent. De l'intelligence opérationnelle, qui s'appuie sur des activités spécifiques, l'adolescent passe à une intelligence opérationnelle formelle qui traite des énoncés verbaux et il aborde des raisonnements déductifs hypothétiques. Ils améliorent l'abstraction et l'accès à une réflexion sociale plus profonde.

La mi-adolescence – de 13 à 16 ans pour les filles et de 14 à 17 ans pour les garçons – est une période d'expérimentation et de prise de risques. Sur le plan physique, les jeunes continuent leurs travaux intégrant les transformations pubertaires finales. Sur le plan psychique, il se rapproche du sujet : donc il se construit comme sujet après le travail de séparation/individuation qu'il a commencé à la phase précédente. Cette étape est ainsi caractérisée par des mouvements paradoxaux aussi bien envers les parents qu'envers ses pairs et la société : « pour savoir qui je suis, j'ai besoin de ressembler à quelqu'un et en même temps je ne peux être toi-même qu'en te différenciant des autres." L'adolescent choisit d'autres objets d'investissement mais doit aussi se choisir lui-même en tant qu'objet d'intérêt et d'estime. (Beck.F et all,2013).

Ce mouvement vers l'extérieur comprend également le réinvestissement des énergies pulsionnelles dans différentes activités, physiques, intellectuelles ou artistiques. Fournit à l'adolescent des moyens d'expression émotionnelle et peut le sortir directement de cette phase de vulnérabilité. Sur le plan cognitif, ses capacités d'abstraction ont continué de croître ; apparaît logique de propositions lui donnant accès à un nombre infiniment plus grand d'opérations. Il a manipulé des concepts théoriques et s'est intéressé aux raisonnements intellectuels et sociaux. Il s'interroge sur le sens de la vie.

La fin de l'adolescence (17-21 ans) s'accompagne d'une consolidation des dernières étapes du développement pubertaire. Les adolescents sont plus stables émotionnellement. Il se soucie des autres personnes et de leurs désirs, stabilisant ainsi ses relations affectives et sexuelles. L'identité est plus affirmée, en particulier l'identité sexuelle. Les relations avec les collègues sont toujours importantes, mais ne sont plus en mode relationnel duel. Il a maintenant la capacités d'inférence complètes. Il s'intéresse à l'avenir, et en examinant la culture et les origines, il cherche sa place dans la société. (**Ibid, 2013**).

Certains facteurs de risque, tels que des antécédents de carences, d'excès ou d'ambivalence dans les liens familiaux, peuvent entraver le travail psychique de l'adolescence et ainsi amener l'adolescent à attaquer son propre corps (mouvements d'auto agressivité, troubles des conduites alimentaires) ou remplacer leur dépendance ressentie vis-à-vis d'autrui, insupportable à leurs yeux, en une dépendance envers les produits, conduites, objets addictifs qu'ils ont l'illusion de pouvoir maîtriser ; des mouvements dépressifs sont fréquents.(**Beck.F et all,2013**).

Etape de l'adolescence	Développement physique	Développement cognitif	Développement psychologique
<p>Début de l'adolescence</p> <p>11-13ans « collégien »</p>	<p>Métamorphose physique – Premiers signes pubertaires :</p> <ul style="list-style-type: none"> ● filles : seins, pilosité, début des menstruations, <p>Croissance staturale ;</p> <ul style="list-style-type: none"> ● garçons : augmentation du volume testiculaire et du pénis, pilosité, premières éjaculations, mue de la voix, augmentation de la musculature, croissance staturale. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Les intérêts intellectuel se développent. ● Apparition de l'intelligence opératoire formelle, raisonnement hypothéticodéductif, augmentation de la capacité d'abstraction. ● La pensée formelle porte à présent sur des énoncés verbaux. ● Réflexion sociétale plus approfondie. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Préoccupations liées à l'image du corps, questionnements sur la normalité des transformations pubertaires. ● Début du processus de séparation/individuation entraînant éventuellement des conflits avec les parents. Nécessité d'un espace intime physique et psychologique. ● Influence plus importante du groupe de pairs. ● Oscillation entre comportements d'enfant et des comportements adultomorphes. ● Intérêt croissant pour la différence des sexes.

<p>Mi-adolescence</p> <p>~ 13-17 ans</p> <p>“Lycéens”</p> <p>Phase d’expérimentation et de subjectivation</p>	<p>Dernières étapes des transformations physiques de la puberté.</p> <p>Poursuite de la croissance.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Poursuite de l’augmentation de la capacité d’abstraction. ● Apparition de la logique des propositions permettant d’accéder à un nombre infiniment plus grand d’opérations. ● La concentration peut être perturbée par les mouvements émotionnels. ● Intérêt pour le raisonnement intellectuel et sociétal. ● Réflexions sur le sens de la vie. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Contraste entre les sentiments d’invulnérabilité, de toute-puissance et un manque sous-jacent de confiance en soi. ● Phase d’expérimentation et de prise de risque dans tous les domaines afin d’accéder à la construction de l’identité (processus de subjectivation). ● Réactions impulsives face à des situations anxiogènes ou dépressives.
<p>Fin de l’adolescence</p> <p>17-21 ans</p> <p>« Stabilisation Identitaire »</p>	<p>Fin de la croissance pubertaire.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Capacités de mener un raisonnement complet du début à la fin. ● Capacités de stabilisation des relations intimes affectives et sexuelles. ● Préoccupation augmentée pour l’avenir. ● Poursuite de l’intérêt pour le raisonnement intellectuel et sociétal. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Affirmation plus marquée de l’identité, en particulier de l’identité sexuelle. ● Amélioration de la stabilité émotionnelle. ● Augmentation de la préoccupation pour les autres et leurs désirs. ● Regain d’intérêt pour les traditions et la culture.

Tableau : Étapes du développement physique, cognitif et psychologique à l’adolescence.

Inspiré de figure du *Lancet*, Sawyer 2012;379:1630-1640.

C. Le développement social de l'adolescent

La famille est le centre de la vie sociale des enfants. Au cours de l'adolescence, le groupe de pairs commence à remplacer la famille en tant que principal centre d'intérêt social de l'enfant. Les groupes de pairs sont souvent établis en fonction de différences vestimentaires, d'apparence, d'attitudes, d'intérêts, et d'autres caractéristiques que les étrangers pourraient considérer comme insignifiantes ou profondes. Au départ, les groupes de pairs sont généralement non mixtes, mais plus tard à l'adolescence, le mélange se produit. Ces groupes sont importants pour les adolescents parce qu'ils valident les options des adolescents et offrent un soutien dans des situations stressantes.

Les adolescents qui se retrouvent sans groupe de pairs peuvent développer des sentiments de différence et d'aliénation. Bien que ces sentiments n'aient généralement pas d'effets à long terme, ils peuvent augmenter le risque de dysfonctionnement ou de comportement antisocial. À l'autre extrême, le groupe de pairs peut devenir trop critique, conduisant à un comportement antisocial. L'appartenance à un gang est plus fréquente lorsque l'environnement familial et social ne peut résister aux exigences dysfonctionnelles d'un groupe de pairs.

Les parents peuvent avoir une forte influence positive sur leurs enfants en donnant le bon exemple (par exemple, en ne consommant pas de drogues illégales), en partageant leurs valeurs et en fixant des attentes élevées pour éviter la consommation de drogue.

D. Le développement sexuel de l'adolescent

➤ Chez la fille

La première manifestation de la puberté est le développement des glandes mammaires. L'hypertrophie mammaire survient en moyenne entre 10,5 et 11 ans pour atteindre le stade adulte quatre ans plus tard. L'âge au début de la puberté est moins corrélé à l'âge civil (car il survient physiologiquement sur une large gamme d'âges allant de 8 à 13 ans), qu'à l'âge osseux, c'est un indicateur mesurable de la maturation globale du corps. L'âge osseux est déterminé à l'aide d'atlas radiologiques (l'atlas de Greulich et Pyle obtenu à partir de radiographies du poignet et de la main gauche est le plus couramment utilisé). Le début de la puberté survient chez filles à l'âge osseux de 11 ans (10-12 ans), ce qui correspond à peu près à l'apparition du bouton du pouce.

La croissance des poils pubiens commence généralement 6 mois après le développement de la glande mammaire. Parfois, il peut précéder ou se synchroniser avec le développement des seins. Après 2 à 3 ans, les poils pubiens adultes sont de forme triangulaire avec une base supérieure horizontale. Les poils de aisselles apparaissent en moyenne après 12 à 18 mois. Il pousse en 2–3 ans. **(Danielle, M Alain, B, 2013 . P 5-6)**

La vulve change d'apparence et d'orientation : horizontalisation de la vulve, passant d'une position droite et tournée vers l'avant chez un enfant pré pubère à une position horizontale tournée vers le bas vers la fin de la puberté ; et élargissement des petites lèvres, accentuation des grandes lèvres et élargissement du clitoris. La vulve commence à sécréter avec l'apparition de pertes vaginales.

Les premières règles (ménarche) apparaissent en moyenne vers 13 ans (10 à 16 ans), 2 à 2,5 ans après les premiers signes de la puberté (maximum quatre ans après le début de la puberté précoce). La ménarche survient après la croissance pubertaire, pendant la phase de décélération

Certaines filles peuvent commencer à avoir leurs règles au début de la puberté. Les saignements ne sont pas cycliques au départ, ils le deviennent après 18-24 mois lorsque les cycles deviennent ovulatoires. **(Danielle, M 2013. P 5).**

➤ **Chez le garçon**

Le premier signe de la puberté est l'élargissement des testicules. Elle survient vers l'âge de 12 à 13 ans (9 à 14 pour les 95 ans). Le volume des testicules devient égale ou supérieur à 4 ml, ou lors de la mesure la longueur maximale atteint ou dépasse 2,5 cm. Le début de la puberté est chez les garçons à l'âge osseux de 13 ans (12 à 14 ans), se rapproche de l'apparence du pouce naviculaire.

Les poils pubiens apparaissent 0 à 6 mois après le début de testicules. Il pousse en 2–3 ans. Les poils des aisselles ressemblent à chez les filles de 12 à 18 mois en raison de l'augmentation du volume testiculaire. Même plus tard, les poils du visage, ainsi que les poils du corps, sont instables et capricieux, et les voix changent. Chez jeunes hommes de 30 ans, au milieu de la puberté, une gynécomastie bilatérale discrète était présente, qui en s'est résolue en quelques mois dans la plupart des cas.

L'élargissement du pénis au-delà de 5 à 6 cm a commencé un peu plus tard vers à l'âge de 13 ans, un an après l'augmentation du volume testiculaire. **(Danielle, M Alain, B, 2013. P -6).**

3- Profil psychologique de l'adolescent abusé sexuellement

Au cours des 20 dernières années, des études portant sur jeunes ont révélé que ceux qui avaient été abusés sexuellement présentaient symptômes supplémentaires de n'en ayant pas pression, d'anxiété, de SSPT, d'agressivité, de colère, de problèmes sexuels, de dissociation, de problèmes de comportement intériorisés et externes, symptômes suicidaires, et les problèmes relationnels que ceux n'en ayant pas vécu.

Dans une revue d'études sur les séquelles à court terme des agressions sexuelles, rapportent que les comportements autodestructeurs étaient le seul symptôme présent chez la majorité des adolescents (53 toxicomanies et 71 % automutilation). Cependant, ils ont constaté qu'un pourcentage significatif d'adolescents souffrait de dépression (46%), de sevrage (45%), de suicide (41%) et d'estime de soi (33%).

En plus des études qui n'ont sélectionné que les adolescents symptomatiques (par exemple, dépression majeure la prévalence de qui se variait de 25 % à 47 % Certaines hypothèses sont avancées pour expliquer le manque de clarté sur l'impact des agressions sexuelles chez certaines personnes : symptômes latents ou mal évalués.

Alors que certains enfants n'avaient aucun symptôme à un moment donné, autres enfants ont vu leurs symptômes s'estomper avec le temps Cependant, certaines études démontrent que les symptômes peuvent devenir plus complexes et persister pendant plusieurs années à l'adolescence et à l'âge adulte Par conséquent, une intervention précoce est nécessaire pour lutter contre ces séquelles. **(Daigneault, I., Cyr, M. et Tourigny, M. 2003).**

4- L'image du corps de l'adolescent abusé sexuellement

Le corps se transforme donc à un rythme variable mais de façon globale : « l'ombre » ou bien "la silhouette" change autant pour l'adolescent lui-même que pour ceux qui le regardent. L'image corporelle est interrompue et bouleversée dans certaines zones :

- Le corps comme repère spatiale. « Les adolescents sont un peu comme un aveugle évoluant dans un environnement aux dimensions variables » **(A. Haim, 1970).**

- Les adolescents sont confrontés à la transformation de cet instrument de mesure et de référence par rapport à l'environnement qu'est la perception de leur propre corps.
- Le corps comme représentation symbolique. Par sa manière d'être utilisé, valorisé ou méconnu, aimé ou détesté, source de rivalités ou de sentiments d'infériorité, d'habillement ou parfois de déguisement, le corps représente pour les adolescents un véhicule symbolique des conflits et de son schéma relationnel. Par exemple, chez les garçons, les cheveux longs ou les cheveux courts peuvent être le reflet de la mode, mais peuvent aussi être un symbole d'identité sexuelle de genre.
- Corps et estime de soi. Quel adolescent n'a pas passé de longs moments devant son miroir ? Quel adolescent n'a pas à un moment ou à un autre montré un intérêt excessif pour sa silhouette ou une partie de son corps ou, paradoxalement, s'en moquait du tout ? Dans le cadre d'un modèle plus général d'autostimulation, l'intérêt des adolescents pour leur propre corps illustre parfois la présence parfois dominante des tendances narcissiques d'activité mentale à cet âge.
- Corps et sentiment d'identité. « Les sensations bizarres ou étranges que de nombreux sujets de cet âge ont sur leur corps sont également classées en, excluant tout facteur psychiatrique, comme le sentiment de ne pas pouvoir s'identifier avec certitude. »

L'adolescent est donc confronté à une série de modifications corporelles qu'il a du mal à intégrer et qui de toute façon surviennent à un rythme rapide. (Daniel.M et Alain.B, 2013 p 18-19).

5-Le rôle du système nerveux central et de l'environnement :

- **Le rôle du système nerveux central :**

Plusieurs neurotransmetteurs du système nerveux central ont des effets inhibiteurs sur, notamment l'acide gamma amino butyrique (GABA), et d'autres ont un effet inhibiteur sur les neurones à GnRH (surtout le glutamate) : le silence infantile correspondrait à l'effet dominant du tonus inhibiteur, et l'activation pubertaire pour supprimer cette inhibition et l'effet désormais prédominant du tonus excitateur. De plus, les cellules gliales régulent également l'activité neuronale de la GnRH, grâce à laquelle les facteurs de croissance sécrétés sont capables d'activer directement ou indirectement la sécrétion de LHRH.

Ainsi, la glie contribuerait à l'apparition de la puberté et pourrait notamment être associée à la puberté précoce observée dans certaines tumeurs cérébrales. Un autre élément qui module l'activité gonadotrope a récemment été identifié est le récepteur couplé aux protéines G (GPR54), un récepteur couplé aux protéines G trouvé dans l'hypothalamus et

l'hypophyse, son ligand, la kisspeptine -1, est détecté entre autres dans le système nerveux central. (Danielle, M Alain, B, 2013. P 9).

- **Le rôle de l'environnement**

Les facteurs socio-économiques, la nutrition, l'état de santé général, l'altitude modulent le début de la puberté. La théorie actuelle suppose que plusieurs gènes interagissent les uns avec les autres (épistose) et avec l'environnement pour déterminer le moment de l'apparition de la puberté. D'après les études jumelles, on estime que les facteurs génétiques expliquent au moins 50 % de la différence dans le début de la puberté. La nutrition prénatale (et généralement le développement fœtal) et la nutrition postnatale (acquisition de masse grasse) semblent réguler le début de la puberté. Ceci était mieux établi chez les filles que chez les garçons. Deux hormones semblent être plus spécifiques que quant à la relation entre l'état nutritionnel et l'axe gonadique : la leptine, produite principalement par le tissu adipeux, et la ghréline, produite par l'estomac. Les concentrations de leptine circulante sont proportionnelles au pourcentage de graisse corporelle, tandis que les concentrations de ghréline augmentent à l'adolescence et diminuent en présence d'un excès de graisse corporelle. Donner ces hormones aux animaux a affecté l'épidémie produits chimiques hormone-commutateurs sont également impliqués décider du début de la puberté. La puberté précoce, plus fréquemment observée chez les enfants adoptés à l'étranger, peut refléter plusieurs des influences suivantes : alimentation avant et après la naissance, exposition à des changements hormonaux. (Danielle, M, Alain, B, 2013. P9 -10).

6- Les déterminants du comportement sexuel a risque chez les adolescents

En Afrique sub-Saharienne les données révèlent une situation, caractérisée par une population extrêmement jeune dont plus de la moitié de la population a moins de 20 ans. Plusieurs études ont constaté des comportements sexuels à risque au chef des adolescents (Ecole de Santé Publique de Kinshasa, 2007). L'éducation à la sexualité en famille est souvent déficiente.

La communication en matière de la sexualité avec les parents se révèle comme un facteur important d'adoption de comportement responsable. Malheureusement cette communication est faible comme l'a démontré un chercheur lors d'une étude réalisée à Brazzaville où seulement moins d'un tiers d'adolescents abordait le sujet relatif à la sexualité avec leurs parents. (Nskala.G et Coppieters.Y,2012).

La sensibilisation, l'éducation sexuelle à l'école et l'implication des parents demeurent les armes fortes pour acquérir à l'adolescent des connaissances nécessaires pour la prévention des comportements à risque (Nsakala.G,2014).

L'absence de dialogue sur des questions ayant trait à la sexualité telle que la prévention des IST/SIDA et de grossesse non désirée, de l'utilisation des préservatifs et des relations intersexuelles chez les adolescents entretiennent les comportements à risque.

Plusieurs facteurs socio-démographiques sont à l'origine de ce manque de communication en matière de sexe, qu'un grand nombre de nos traditions africaines considèrent comme tabou. de multiples circonstances, initiation (âge, sexe, niveau d'instruction, milieu de vie, situation familiale, initiation sexuelle, ...) influencent les comportements sexuels en favorisant les IST/SIDA et les grossesses précoces chez les adolescents, comme l'indique Gabriel NSAKALA. (Ibid, 2014).

Les comportements à risque dépendent notamment d'un déficit d'informations et d'un faible accès aux soins et services de santé de reproduction. Par ailleurs, les éducateurs potentiels des adolescents dans leurs différents milieux de vie, participent au déficit d'éducation sexuelle des adolescents. En effet, les parents assurent une éducation sexuelle superficielle (voilée) et sélective à leurs enfants ; les enseignements ne disposent pas d'outils pédagogiques répondant aux besoins de l'éducation sexuelle des adolescents ; les leaders religieux adoptent des positions controversées par rapport au message de la prévention ; les médias, sont peu intéressés à promouvoir la santé sexuelle des adolescents et diffusent des images irréelles de la sexualité.

En conséquence, les besoins d'information et d'éducation des adolescents et jeunes adultes ne sont pas suffisamment satisfaits, dans la mesure où les jeunes adultes finiront par les rechercher ou les compléter auprès d'amis, de tiers et d'autres communautés avec le risque de partager des informations incorrectes.

- **Les activités et pratique sexuelles des adolescents**

L'activité sexuelle des jeunes et les comportements qui la régissent sont aussi le résultat d'un calcul rationnel de leurs auteurs. Ainsi donc, les jeunes qui s'engagent dans l'activité sexuelle et adoptent certains comportements ne le font qu'à la suite d'une décision

bien réfléchi, en vue d'atteindre des objectifs bien précis d'ordre économique et social. L'activité sexuelle devient alors une stratégie de survie, un moyen de se mettre à l'abri du besoin matériel et financier. Il s'agit le plus souvent des filles qui dans l'incapacité de satisfaire leurs besoins financiers sont obligées de commercialiser leur sexe aux hommes de situation financière aisée. « Si l'argent ne constitue pas une motivation importante pour la première expérience sexuelle, il constitue toutefois par la suite une composante majeure de leur vie affective. D'où la recherche d'autonomie par la création des activités génératrices des recettes reste un moyen efficace qu'il faudrait encourager chez les jeunes. (**Kalau.M, 2013**).

Dans le monde, plusieurs études réalisées nous donnent une vision globale et de statistique pouvant permettre d'apprécier la problématique de comportement des adolescents.

Du point de vue de l'activité sexuelle, un bon nombre d'auteurs parle dans leurs enquêtes du commencement de plus en plus tôt des activités sexuelles chez les adolescents (Ministère de la Santé Publique, 2013-2014).

Une étude réalisée à Lubumbashi en 2013(Kalau.M,2013). auprès des adolescents a montré une proportion de 76,9% des rapports sexuels avant l'âge de 16 ans chez les adolescents scolarisés et le rapport de la direction de santé publique 2017 de Québec a montré 43% de rapport sexuel avant 16 ans (**Direction de Santé Publique du Québec,2017**).

- **Niveaux de connaissance, perception et vulnérabilité liée au comportement sexuelle**

L'exposition aux messages liés à la sexualité renforce les aptitudes afin d'avoir une sexualité responsable. Une enquête menée à Kinshasa en 2007 a trouvé que le cours d'éducation à la vie est le plus grand vecteur du message chez les adolescents. Une autre étude menée en 2014 sur l'éducation sexuelle des jeunes dans les médias audiovisuels et trois autres études antérieures donnent une place prépondérante aux médias audiovisuels sur l'éducation sexuelle, mais aussi deux autres réalisés ailleurs reconnaissant les médias comme des puissants vecteurs pour l'éducation du public (**Peltzer. K et all, 2012**).

L'amélioration de niveau de connaissance sur les IST-VIH/SIDA, les risques liés aux comportements sexuels ainsi que la perception et vulnérabilité des adolescents reste le cheval de bataille de plusieurs acteurs œuvrant dans le secteur de l'éducation des adolescents ; les

enquêtes menées en RDC comme ailleurs, présentent la situation dans le monde. Lors de l'enquête menée en 2007 à Kinshasa auprès des adolescents scolarisés ; la principale voie de contamination du VIH qui est la voie sexuelle a été reconnue à 86,8% et à Bamako plus de 95% prouvant un bon niveau de connaissance du mode de transmission du VIH-SIDA. L'abstinence au rapport sexuel, l'utilisation de préservatif à chaque rapport sexuel et le rapport sexuel avec un seul partenaire fidèle non infecté comme moyen de réduction des risques de contracter le VIH-SIDA n'ont pas encore atteint le niveau souhaité malgré des avancées significatives comme témoigne les résultats trouvés à Bamako (**Bertrand.J et Anhang. R, 2011**).

- **Consommation de drogues**

Aujourd'hui, l'image de la jeunesse africaine est celle d'une population à très fort risque par rapport à leurs pairs dans d'autres parties du monde, quel que soit l'angle sous lequel on aborde le problème : l'alphabétisation, l'emploi, l'espérance de vie, l'exposition aux conflits sociaux, la possibilité d'exploiter son potentiel au maximum. La consommation de la drogue ne fait que s'ajouter aux nombreux problèmes auxquels les jeunes et leurs familles sont déjà confrontés au quotidien. Elle attise le comportement à risque chez les adolescents. Les discussions et programmes visant à lutter contre le comportement sexuel à risque doit aller de pair avec la lutte contre la consommation des substances psychoactives. (**Mathieu.G et Jorge. F, 2015**).

L'Office des Nations Unies contre la Drogue et le Crime (ONUDC) note que la plus forte prévalence de l'usage récréatif du cannabis dans le monde est en Afrique occidentale et centrale, et le taux d'utilisation chez les jeunes dans des pays tels que le Ghana et la Sierra Leone est plus élevé, D'où la CCC devrait intégrer plusieurs aspects environnementaux (physique, social, ...) afin d'améliorer les connaissances, attitudes, pratiques mais aussi les compétences pour une sexualité responsable. (**ONUDC, 2015**).

Synthèse

Dans ce chapitre, nous avons abordé le concept d'adolescence, qui correspond aux transitions de l'enfance à l'âge adulte et constitue la réponse sociale à la puberté. La plupart des adolescents font face à cette phase de recherche de soi, d'affirmation en douceur de leur personnalité, mais pour d'autres la situation se complique et ce conflit entre attentes de désir d'autonomie et de dépendance devient pratiquement insoutenable.

PARTIE PRATIQUE

Chapitre 04

Méthodologie

Préambule

Dans ce chapitre, nous avons essayé de présenter notre approche de ce sujet de recherche, ainsi que les outils que nous utilisons pour cela, nous avons aussi essayé de fournir les critères de sélection des sujets de recherche, comme nous avons listé quelques difficultés rencontrées dans la réalisation de cette recherche.

1- La démarche de la recherche et la population d'étude

1-1. La pré-enquête

C'est une étape primordiale pour toute recherche scientifique, elle nous a permis d'accumuler les informations nécessaires sur les caractéristiques de notre population d'étude, et de modifier et d'enrichir notre guide d'entretien, et par la suite de formuler nos hypothèses de recherche. Elle permet aussi d'avoir des renseignements sur le terrain et permet au parallèle de vérifier sa faisabilité.

Au début de notre recherche, en mois de décembre 2022 nous nous sommes présentés auprès du responsable et de psychologue du CHU centre hospitalier universitaire FRANTZ FANON, Bejaia, particulièrement ceux qui sont chargés du service de médecine légale, afin d'explorer le lieu de stage et de nous confirmer qu'ils reçoivent des adolescent victime d'abus sexuelle, et qu'ils bienfissent d'une prise en charge par la psychologue du service, également on a demandé au médecin chef service s'il accepte de nous effectuons notre stage a leur niveau, et il a répondu favorablement

Ainsi, pendant notre enquête qui s'est débuté le 01 FVRIER 2023, la psychologue nous a facilité la tâche en nous présentant les cas de notre population d'étude, pour déterminer le traumatisme psychique de ses derniers. Nous nous sommes entretenues avec des patients adolescents Filles et garçons de différents âges. Les personnes concernées sont celle qui ont donné leur consentement.

Notre recherche se compose de deux étapes essentielles qui sont : l'entretien clinique, et le test trauma-Q qui traite des situations et qui s'occupent de cas relationnel. Le déroulement de l'entretien est la passation du test ont été effectués en langue maternel (Kabyle) et aussi en français pour ceux qui maitrisent cette langue.

1-2 La méthode clinique

La méthode clinique est un ensemble de technique qui a en commun le fait de produire des informations complète sur la personne ou la situation posant un problème. Elle permet de rapporter l'effet observé à l'individu, et s'organiser autour d'une étude de cas, ainsi elle guide une activité pratique visant à la reconnaissance de certains états, aptitudes et comportement dans le but de proposer une intervention. Ainsi notre étude porte sur les adolescents abusés sexuellement en explorant et évaluant leur traumatisme psychique.

1-3 L'étude de cas

Dans notre recherche, nous avons choisi l'étude de cas qui nous permettra d'analyser, de suivre et d'explorer les profondeurs des cas de notre population d'étude.

Une étude de cas fait partie d'une méthode descriptive, elle implique une observation approfondie d'un individu ou d'un groupe d'individus. A travers l'étude de cas, le clinicien tente de décrire le plus précisément possible la problématique actuelle du sujet, en tenant compte de ses diverses circonstances présentes et passées (histoire du sujet, organisation de la personnalité, relations avec les autres ,Pour ce faire, il collecte une grande quantité de données à partir des entretiens avec le sujet, afin de mieux appréhender globalement le sujet par rapport à lui-même, son histoire et le contexte de sa vie.

2- Présentation du lieu de la recherche

Notre recherche a été effectuée au sein du service médecine légale du centre hospitalo-universitaire de la wilaya de Bejaia, qui se situe à l'hôpital Frantz fanon, le personnel est composé d'un médecin chef du service, de deux maitres assistants, d'un praticien principal (assistant), d'un psychologue, un infirmier, un secrétaire et de deux agents de service. Le service comprend 2 bureaux pour les consultations médicales et psychologiques, un bureau d'infirmiers. Un sous-sol ou` on retrouve le bureau du médecin-chef ainsi que celui du secrétaire, une salle d'attente, une salle d'autopsie ainsi qu'une morgue.

3- Le groupe d'étude

L'âge : on a opté pour la tranche d'âge 12 à 18 ans, puisque d'après la pré-enquête, ce sont les adolescents de cet âge qui sont plus susceptibles d'être victime d'un abus sexuel, en plus du fait que ça concerne une phase de développement bien définie qui est celle de la phase

de latence ou` les réactions face à événement traumatique en général et à un abus sexuel plus précisément sont communes d'après la théorie, ce qui va nous faciliter l'analyse.

Le sexe : on n'a pas voulu limiter notre population d'étude à un sexe bien défini, mais fortuitement, les cas qu'on a rencontré au cours de notre recherche étaient tous de sexe masculin et féminin.

La nature de l'abus sexuel : l'abus sexuel peut être intra ou extra-familial, il peut aussi être unique ou multiples, et peut prendre différentes formes, ainsi tous les cas qu'on a pu avoir sont victimes d'abus sexuelle extra-familiale, avec acte de sodomie.

Présence d'une éventuelle pathologie préexistante chez l'adolescent : Nous n'avons pas exclu de notre étude les adolescents qui avaient des conditions médicales ou des troubles du comportement avant l'abus sexuel, mais nous avons plutôt tenté de fournir une sorte de diagnostic différentiel, en plaçant en évidence les comportements problématiques de l'adolescent et de les différencier de ceux apparus après l'abus.

Nous tenons à préciser que pour respecter la vie privée de nos victimes et tenir compte des codes déontologiques, nous avons dû changer les prénoms des adolescents et rester anonymes.

Groupe d'étude	Caractéristiques
L'Age	Adolescents âgés de 12 à 18ans
Le sexe	Masculins et féminins
La nature de l'abus sexuel	Abus sexuel extra-familial

Titre : Tableau récapitulatif des caractéristiques de groupe d'étude

5- Les techniques de recherche

À travers ce point, nous allons présenter les différents outils que nous avons utilisés afin d'avoir un maximum d'information sur notre sujet de recherche, pour répondre à notre problématique et vérifier nos hypothèses, qui sont l'entretien clinique et un questionnaire trauma-Q.

Le premier outil qui permet à notre sujet de bien s'exprimer sur l'évènement qui a vécu, des éléments sur son histoire antérieure, ainsi il sert à nous fournir une description générale de l'expérience en question dans cette recherche, le second outil il s'agit d'un questionnaire qui est censé de mesurer le traumatisme psychique chez l'adolescent abusé sexuellement afin de confirmer ou infirmer nos hypothèses de recherche.

- **L'entretien semi-directif :**

Dans ce type d'entretien, le clinicien dispose d'un guide d'entretien ; il a en tête un certain nombre de questions correspondant aux thèmes sur lesquels il se propose de mener son enquête. Ces questions ne sont pas posées de manière hiérarchisée ni ordonné De même dans ce type d'entretien, le clinicien pose une question puis s'efface pour laisser la parole au sujet ; ce qui est proposé avant tout, c'est un cadre à partir duquel le sujet pourra développer son discours. L'aspect spontané des associations de sujets est moins présent dans ce type d'entretien car c'est le clinicien qui cadre le discours, cependant, le clinicien adopte toujours une attitude non directive : il n'interrompt pas le sujet pour permettre une association libre mais uniquement sur le sujet proposé (**Chahraoui K. et Benony H. 2013, p16**).

En effet, l'entretien semi-directif est largement utilisé dans les sciences humaines et sociales, incorporant à la fois des attitudes non directionnelles pour favoriser l'expression d'idées dans un environnement de confiance et de prévisibilité. Une certaine souplesse puisque l'enquêteur dispose d'un guide d'entretien selon lesquelles il posera des questions dans l'ordre adaptées au discours des répondants (**Sauvayre, 2013**).

- **L'entretien avec l'adolescent :**

Puisque notre population d'étude impliquait sur les adolescents, il est donc important de discuter de l'entretien de recherche avec ces derniers.

Par ailleurs, ce qui est particulier dans La conduite de l'entretien avec l'adolescent c'est qu'une relation assez semblable à celle des adultes qui s'établissent alors qu'ils sont encore subordonnés de leurs parents. C'est pourquoi il est préférable d'avoir le premier entretien avec l'adolescent seul et de ne voir les parents qu'après. Il est important de lui faire comprendre qu'il faut d'abord connaître ses parents, connaître leur point de vue sur sa situation, savoir comment ils comprennent et ressentent ses inquiétudes. Une relation de confiance avec le psychologue est fondamentale ; ce dernier doit l'assurer de la confidentialité des informations échangées, ne rencontrer ses parents qu'en sa présence, et lui signaler toute communication entre eux et lui. (Chahraoui, Benoy, 2013).

- **Présentation des axes et des guides d'entretiens :**

Tout entretien de recherche clinique doit être accompagné d'un guide d'entretien plus ou moins structurées. Par conséquent, le chercheur prépare à l'avance des consignes qui seront identiques pour tous les sujets d'étude sans être inductives afin de réunir un maximum d'information sur l'adolescent que ça soit avant et après l'évènement de l'abus sexuel

- ✓ **Le guide d'entretien** Il s'agit de la première étape de la traduction des hypothèses de recherche en indicateurs spécifiques et de la reformulation des questions de recherche (pour elles-mêmes) en questions d'enquête (pour les personnes interrogées). Le degré de formalisation du guide dépend du sujet de l'étude (multi dimensionnalité), de l'utilisation de l'enquête (exploratoire, primaire ou complémentaire), et du type d'analyse que l'on entend effectuer. (Blanchet, Otman, 2014. p.58).

Par ailleurs nous avons élaboré un guide d'entretien qui se compose de 10 questions en 3 axes. En plus de l'information personnelle sur le sujet qui sont prénom de l'adolescent, son âge, son sexe, le nombre de la fratrie, la position de celle -ci, également son niveau scolaire

- 1- **Ensuite Dans le premier axe** comprend Trois questions qui abordent (l'anamnétique du sujet et son entourage).
- 2- **Puis dans le second axe** Cinq question portent sur (renseignement concernant l'évènement de l'abus sexuel).
- 3- **En dernier dans le troisième axe** portent sur (la qualité du sommeil et de l'alimentation du sujet adolescent).

- **Le test Trauma-Q**

Le questionnaire TRAUMAQ est un questionnaire qui évalue les syndromes post-traumatiques après exposition à un événement entraînant une menace de mort pour le sujet ou d'autres personnes (constituant le critère A du DSM-IV). Le traumatisme, à travers ce questionnaire, est regardé globalement, contrairement à la plupart des psychométries actuelles qui sont typiquement construites à partir de la classification du DSM. En effet, en plus des symptômes couramment observés, à savoir le syndrome de répétition de la pathologies pour le traumatisme ainsi que l'évitement de la phobie et les symptômes neurovégétatifs, il évalue les symptômes qui lui sont couramment associés, en particulier la dépression et les états somatiques, ainsi que les expériences de douleur, de honte, de culpabilité et d'agressivité et l'impact sur la qualité de vie (**Damiani & Pereira, 2009**).

De plus, TRAUMAQ vise à évaluer les troubles traumatiques aigus et chroniques, voire les changements de personnalité suite à un événement traumatique. Il contribue également à la recherche épidémiologique et participe à la validation des traitements. Elle est donc fortement intégrée dans la pratique clinique comme aide au diagnostic, comme outil de recherche pour les études épidémiologiques, ou pour le suivi de l'efficacité de la thérapie. Psychologie (**Damiani & Pereira, 2009**).

Il est important de souligner que TRAUMAQ est un outil destiné aux adultes, à partir de 18 ans, qui font face directement et brutalement à la réalité de décès. Ce sont également des sujets ayant une perception directe de l'incident tels que les adultes qui sont directement victimes ou témoins d'un acte criminel (agression sexuelle, viol, coups et blessures volontaires, agression armée, prise d'otages, arrestations, etc). Ceux qui ont été victimes ou témoins d'une catastrophe majeure courent un risque de décès ou d'accident de la route de (**Damiani et Pereira, 2009**).

TRAUMAQ se compose de deux parties ; Le premier représente une mesure de l'expérience pendant l'événement et la réponse après l'événement. Il constitue la base du questionnaire utilisé pour établir le diagnostic. La deuxième section mesure le délai d'apparition et la durée des troubles décrits, qui représente une échelle facultative qui fournit des informations supplémentaires qui peuvent être utiles au clinicien, au spécialiste ou au chercheur de secours. De plus, avec le fait qu'une grande quantité d'informations peuvent être recueillies pour faire une évaluation complète, il comprend également des informations

générales liées au sujet sous la forme de rubrique située sur les deux premières pages du questionnaire. (**Damiani & Pereira, 2009**).

Elles se répartissent en informations événementielles et thématiques. L'information que porte sur l'événement lui-même, renvoie tout d'abord au fait que cet ensemble de dénégations, à l'origine des troubles constatés, doit représenter un danger potentiel de mort. , une véritable menace de mort pour les victimes directes ou les témoins. L'événement peut être individuel s'il n'y a qu'une seule victime comme dans le cas de viol d'une seule personne ou viol collectif si plus d'une personne est impliquée en même temps. La nature de l'événement y est également évoquée, à savoir s'il s'agit d'une catastrophe naturelle (avalanche, tremblement de terre, tsunami, etc.), catastrophe aérienne, catastrophe maritime ou ferroviaire (accident d'avion, naufrage, accident de train, etc.)) accident sur la voie publique , voies de fait, accident domestique, possession à main armée ou vol qualifié, coups et blessures involontaires, tentative de meurtre, agression sexuelle, viol, coups de barrage, conflit armé, torture, menaces de mort, autres. Il y a aussi la date et l'heure de l'événement, l'intervention de la cellule de psychologie médicale les Informations relatives au sujet concernant sa situation familiale et professionnelle, ses problèmes de santé avant l'événement, s'il recevait un traitement médical et s'il était suivi ou non depuis l'événement, forme de psychothérapie avant ou après l'événement. Car les événements précédents ont profondément marqué les personnes (**Damiani & Pereira, 2009**).

Si nous nous concentrons sur les deux parties du questionnaire, il est important pour nous de déterminer que les items qui les composent sont établis par des psychologues cliniciens, psychiatres spécialisés en anthropologie. Les items clairs font l'objet d'études pré-test pour lever l'ambiguïté et les items non pertinents. La partie 1 traite des réactions immédiates aux troubles traumatiques événementiels et post-événementiels, dont comportent dix échelles et se répartissent comme suit :

Dans l'événement, l'échelle « A » se compose de 8 items, à savoir les réactions immédiates, physiques et psychologiques à l'événement. Depuis l'événement, il reste neuf échelles ; L'échelle « B » comprend 4 items, plus précisément les symptômes caractéristiques de la répétition : revécu, sentiment de se souvenir de l'événement, flash et anxiété associés à ces répétitions. Une échelle « C », composée de 5 items liés aux troubles du sommeil. L'échelle « D » comprend 5 items liés à l'anxiété et aux états d'insécurité et d'évitement obsessionnel. L'échelle "E" comprend 6 items à savoir l'irritabilité, la perte de contrôle,

l'hypovigilance et l'hypersensibilité .L'échelle "F" comprend 5 catégories liées à réactions psychologiques et physiques et troubles addictifs. L'échelle « G » comprend 3 catégories de troubles cognitifs (mémoire, concentration, attention). L'échelle H comprend 8 items liés à troubles dépressifs, à savoir le désintérêt général, la perte d'énergie et d'enthousiasme, la tristesse, la fatigue et le désir suicidaire. L'échelle "I" se compose de 7 items liés aux expériences traumatiques , qui sont la culpabilité, la honte, l'estime de soi endommagée, les sentiments de violence et la colère et les impressions d'avoir fondamentalement changé et l'échelle "J" qui comprend 11 items liés à la qualité de vie (**Damiani & Pereira, 2009, p.13**).

La partie 2 traite du délai et de la durée des troubles décrits, qui représentent l'échelle optionnelle. Ainsi, cette partie permet de signaler les manifestations qui ont pu disparaître au moment de l'administration du questionnaire. Il est composé de 13 items répondant aux principaux groupes de symptômes évalués dans la première partie du questionnaire (**Damiani & Pereira, 2009**).

L'administration du questionnaire a été réalisée de manière hétéro-passation, et la durée d'administration variait d'une personne à l'autre. La méthode d'auto test dans les conditions strictes peut être utilisée, ce qui permet de visualiser une récompense collective. Leur état émotionnel doit également être suffisamment stable pour que le recueil des réponses soit valide. Il est essentiel qu'un professionnel soit présent (**Damiani & Pereira, 2009**).

- ❖ **La consigne** générale est la suivante : « *Vous devez répondre à toutes les questions. Vous pouvez revenir en arrière et sauter une question si vous avez du mal à y répondre à ce moment-là, mais vous devrez revenir à cette question plus tard* » (**Damiani & Pereira, 2009, p.15**).

La cotation s'effectue pour la partie 1 du questionnaire (sauf pour l'échelle J), sujet sélectionne parmi 4 modalités de réponse correspondant à l'intensité ou à la fréquence d'expression : pas de niveau 0, faible niveau 1 Degré élevé 2 très fort 3. L'échelle J comprend neuf items auxquels le sujet doit répondre oui ou non, la nature du comportement mesuré ne permet pas une évaluation nuancée. Certaines items sont inversées : la cotation est appropriée en utilisant la grille présentée dans le tableau suivant pour laquelle la réponse oui ira dans le sens du syndrome post-traumatique et les réponses au mot est non. dans cette direction. Le score brut sur l'échelle est de comme suit : pour l'échelle d A à I, le score sur l'échelle est obtenu en additionnant les réponses du sujet à chaque item (0,1,2 ou 3 points). Le score varie

de 0 à 24 pour l'échelle A et H, de 0 à 12 pour l'échelle B, de 0 à 15 pour l'échelle C, D et F, de 0 à 18 pour l'échelle E, et de 0 à Note G. Pour l'échelle J, le tableau ci-dessous doit être utilisé et calcule 1 point pour chaque case grise et 0 point pour la case blanche (**Ibid, 2009, p.16**).

Tableau 1: Grille de cotation des items a l'echelle J

Reponse	J1	J2	J3	J4	J5	J6	J7	J8	J9	J10	J11
Oui				****	****	****					****
Non	****	****	****				****	****	****	****	

Source : (**Damiani & Pereira , 2009,p.16**)

La note brute totale est obtenue en additionnant les scores sur différentes échelles. L'étendue théorique des notes brutes va de 0 à 164. Le calcul du score total se fait grâce à la grande homogénéité du questionnaire. Également liées à la deuxième partie, les informations recueillies sont de nature qualitative et visent à compléter l'évaluation clinique. L'échelle utilisée est une échelle en neuf points qui permet d'évaluer le délai et la durée des perturbations depuis l'événement. L'étalonnage standardisé est effectué en cinq niveaux. En fait, pour indiquer la gravité différente du syndrome post-traumatique et pour calculer l'échelle et donner le score total de la section 2. La sélection du nombre de classes correspond à un niveau de lisibilité idéal pour les utilisateurs du questionnaire (**Damiani & Pereira, 2009**).

Le tableau qui suit permet de rendre compte de la conversion des notes brutes en notes étalonnées par échelle.

Tableau 2: Conversion des notes brutes en notes étalonnées, par échelle

Echelles	1	2	3	4	5
Echelles A	0-6	7-12	13-18	1-23	24
Echelle B	0	1-4	5-7	8-9	24
Echelle C	0	1-3	4-9	10-13	10et+
Echelle D	0	1-4	5-9	10-13	14et+
Echelle E	0-1	2-4	5-9	10-14	15et+
Echelle F	0	1-3	4-6	7-9	10et+
Echelle G	0	1-2	3-5	6-7	8et+
Echelle H	0	1-3	4-11	12-17	18et+
Echelle I	0	2-5	6-9	10-16	17et+
Echelle J	0	1	2-5	6-7	8et+

Source : (Damiani & Pereira , 2009,p.22)

Aussi dans le tableau qui va suivre nous allons exposer l'interprétation des différents scores obtenus à travers les dix échelles réunies :

Tableau 3: Interprétation des scores obtenus au questionnaire

Classes	1	2	3	4	5
Note brut	0-23	24-54	55-89	90-114	115et +
Evaluation clinique	Absence de traumatisme	Traumatisme léger	Traumatisme moyen	Traumatisme fort	Traumatisme très fort

Source : (Damiani & Pereira , p.22)

La validité de ce questionnaire a été étudiée sur la base de deux critères concurrents avec une note de l'impact Event Scale Modification (Weiss et Marmar) et une évaluation clinique. Les données ont été établies à partir d'un sous-échantillon de 125 sujets composé de 42 hommes et 83 femmes âgés de 18 à 85 ans (âge moyen 40,7 ans). Le diagnostic établi à partir du TRAUMAQ a également fait face à une évaluation clinique réalisée par des psychologues exposés aux sujets. Pour obtenir une évaluation quantitative standardisée, il a été demandé à chaque psychologue chargé du suivi des victimes d'évaluer l'intensité du traumatisme psychologique sur la base d'entretiens menés et de différentes procédures de prise en charge. A cet effet, les échelles citées ci-dessus vont de 0 à 4. Les deux indicateurs de validité hors se sont révélés satisfaisants et ont montré une cohérence entre l'évaluation

réalisée avec TRAUMAQ et les autres mesures (significativement corrélé 981 seuil 05). (Ibid, 2009).

De plus, il est important pour nous de souligner le fait que nous n'avons pas observé, à première vue, les éléments du questionnaire qui vont à l'encontre de son utilisation auprès des sujets de notre étude, pour le fait que ces entrées décrivent les manifestations cliniques des blessures sont dans l'ordre universel sans nier le fait que la culture a clairement toujours pesé dans les manifestations du phénomène étudié. Enfin, du fait que dans notre étude nous n'avons pas pris en compte la langue de la matière ni le niveau d'instruction comme critères de sélection, nous avons donc ressenti le besoin de TRAUMAQ en arabe. Cette adaptation (voir annexe 3) a été utilisée dans son travail par Samai-Hadaddi (2011) pour obtenir le Magister.

5- Difficultés de la recherche

Toute recherche bien menée rencontre toujours des difficultés, qui semblent parfois être les principaux obstacles à son bon développement. En tant qu'étudiants en psychologie clinique, nous avons été les premiers à faire face à ces problèmes, et ces problèmes n'accumulent pas les experts eux-mêmes. Cependant, ces difficultés ne sont pas des complications insurmontables à la recherche ; Lorsqu'ils trouvent la bonne solution pour les réparer, ils enrichissent l'analyse.

Ainsi dans notre étude, les difficultés les plus importantes auxquelles nous avons été confrontés ont été :

1. D'abord la difficulté à aborder notre thème "Abus sexuelle" qui est considérés comme sensibles, en particulier dans notre société dite conservatrice
2. Des difficultés à accéder à la littérature spécialisée et aux études antérieures connexes pour notre sujet, car les études concernent majoritairement les adolescents,
3. la difficulté d'accéder à certaines structures et établissements pour faire notre stage par faute de grèves des psychologues,
4. Un manque de cas, même en médecine légale, surtout au début de notre stage pratique,

Tout ça nous a mis dans un dilemme entre changer ou continuer le même sujet, et ralentir le processus de nos recherches.

Nous avons rencontré d'autres obstacles par exemple :

1. des difficultés à traduire nos outils de recherche, dont la plupart sont en anglais, ou bien c'est très superficiel ou éloigné du véritable sens originel, ce qui peut entraîner une modification du sens caché inhérent au "vouloir dire " Par conséquent, pour traduire les éléments ou bien les items de la mesure psychométrique dans notre recherche ,
2. nous avons aussi trouvé des obstacles qui réduisent en fait le sens, nous avons donc donné à autres personnes les lire ensemble pour vérifier la validité de notre traduction, et il nous a fallu beaucoup de temps pour obtenir, comme nous l'espérions, une traduction honnête, et finalement l'émergence de la modernité

Synthèse

Nous avons sanctifier ce chapitre à la méthodologie qui joue un rôle essentiel dans notre recherche qui est « Le traumatisme psychique chez les adolescents victime d'abus sexuel», elle nous a permis d'assurer une bonne organisation de notre travail d'investigation de son enquête, et de comprendre et connaître la nécessité des études de cas dans la recherche en psychologie clinique. Cependant, aussi pour assimiler l'utilisation des techniques à suivre, vu par exemple le guide d'entretien, et le questionnaire d'évaluation du traumatisme psychique "TRAUMA-Q" afin de collecter et recueillir des informations sur les sujets traités (les adolescents victime d'abus sexuel), pour enfin répondre à nos questions et vérifier nos hypothèses.

Chapitre 5

Présentation et analyse des cas et discussions des hypothèses

Préambule

A travers ce dernier chapitre, nous allons présenter la partie pratique de notre recherche qui a pour objet « Le traumatisme psychique chez les adolescents victimes d'abus sexuels », présenter les données et l'analyse des entretiens effectués avec les adolescents, ainsi que la psychologue du service. Par la suite nous irons à la discussion des résultats, et ce en infirmant ou en confirmant notre hypothèse de recherche.

A. Présentation et analyse des résultats

1 Présentation et analyse des résultats du 1er cas « YANIS » :

1.1 Présentation du cas

Yanis est un adolescent âgé de 16ans, le sixième d'une fratrie composé de huit garçons, Élève en 1ere année CEM. Son père est décédé et sa mère est une femme au foyer il a une excellente relation avec cette dernière ainsi que avec ces frères. Yanis souffre d'un handicap moteur (malentendant) depuis sa naissance, et un faible retard mental.

D'après ce que la psychologue nous a informé, il a été orienté en médecine légale par une réquisition de police, après un dépôt de plainte faite par sa maman sur l'agresseur qui est son voisin âgé de 45ans. Pour une agression sexuelle qui a été découverte par d'autres voisins à cause des allées et retour que faisait l'enfant, cette dernière a été révélée par l'examen médico-légal qui a démontré une présence de liquide spermatozoïde et à confirmer un rapport sexuel contre nature.

1.2 Présentation de l'entretien

Notre premier entretien s'est déroulé en mars 2023 directement avec Yanis sachant qu'il était déjà pris en charge par la psychologue du service pendant un mois, en premier nous avons abordées quelques questions sur l'évènement, au cours de cet entretien on a rencontrées quelques difficultés à cause de son handicap, ici la psychologue intervient à chaque fois avec lui afin de bien nous expliquer les détails de cet évènement traumatique qu'il a vécu.

Tout d'abord il nous a raconté le déroulement de l'évènement, il dit en Kabyle : « *Tchey3iyi imma gh tehanout, oumbe3 ligh tataregh g drouj n le bloc, almi idifegh argaz eni ljar iw, inayid arwah kchem uhwajeghk, oumbe3 kchmegg ikh dem zyi ayen iyekhdem* ».

En français, ma mère ma envoyer à l'épicerie, je descendais les escaliers du bloc, ensuite mon voisin est sortie en me demandant de rentrer chez lui en me disant qu'il avait besoin de moi, je suis rentré et il a commencé de me toucher et me prendre en force vers lui.

Yanis était limité d'en parler sur l'évènement car il était innocent de tous ce qu'il lui est arrivé, donc la psychologue a manifestée avec lui pour l'aider à nous donner un maximum d'informations, et elle nous a dévoilées que c'est une agression à répétition pendant 1mois et demie, et à chaque fois que l'agresseur termine son acte il lui donne 100DA pour qu'il ne dévoile la vérité à personne

Ainsi, la psychologue nous a rapportées que depuis l'évènement traumatisant que Yanis manifeste des nouveaux comportements tels que l'agressivité, et l'isolement du reste de son entourage, la perte de confiance en soi et il ressent un sentiment de honte, trouble de mémoires et de concentration.

Après avoir fait passer un entretien à cet adolescent on lui a proposé de lui faire passer le test TRAUMAQ en lui expliquant l'objectif de celui-ci qui est la mesure de l'intensité de son traumatisme.

1.3 Synthèse de l'entretien semi directif de Yanis :

A partir des dires de Yanis, nous pouvons constater que malgré l'aide qu'a pu lui apporter la psychologue du service, notre sujet présente des manifestations claires du traumatisme psychique ainsi que le bouleversement et les effets pathogènes et durables qu'il provoque dans l'organisation psychique. Yanis présente des reviviscences qui est un caractère pathognomonique au traumatisme psychique, un isolement, un manque d'intérêt vis-à-vis des activités qu'il a l'habitude d'effectuer, de la tristesse, un problème de concentration.

1.4 Présentation et analyse des résultats du TRAUMAQ de Yanis :

Dans ce qui suit nous allons convertir les notes brutes obtenues par Yanis aux échelles du questionnaire TRAUMAQ en note étalonnées :

Echelle	Notes brutes obtenue	Notes étalonné
A	18	03
B	09	04
C	10	04
D	12	04
E	13	04
F	08	04
G	04	03
H	17	04
I	11	04
J	02	03
Totale	104	37

Tableau 1 : conversion des notes brutes obtenues par Yanis en notes étalonnées.

Le tableau précédent reflète la conversion des notes brutes obtenues à chaque échelle en Notes étalonnés. Nous pouvons en déduire qu'à l'échelle A, Yanis a obtenu la note brute de 18 ce qui équivaut à la note étalonné de 3, à l'échelle B la note obtenue est celle de 09 ce qui équivaut à la note étalonnée de 4, à l'échelle C, il a obtenu la note de 10 ce qui revient à la note étalonnée de 4. À l'échelle D, la note obtenue est de 12 ce qui équivaut la note étalonnée de 4, à l'échelle E, la note obtenue et celle de 13 ce qui équivaut la note étalonnée de 4. La note obtenue à l'échelle F est de 08 ce qui revient à la note étalonnée de 4, à l'échelle G Yanis a obtenu la note de 04 ce qui revient à la note étalonnée de 3. La note obtenue à l'échelle H est de 17 ce qui équivaut la note étalonnée de 4, celle obtenue à l'échelle I est de 11, elle équivaut la note étalonnée de 4. La note obtenue à l'échelle J est de 02, elle renvoie à la note étalonnée de 3. Le totale obtenu par Yanis au questionnaire est de soit une note étalonnée de 4.

Ainsi à l'échelle A, qui représente les réactions immédiates physiques et psychiques pendant l'événement, aux items A1 « avez-vous ressenti de la frayeur ? » A2 « Avez-vous ressenti de l'angoisse ? » A3 « Avez-vous eu le sentiment d'être dans un état second ? » Yanis a coché la case 2 qui correspond à une intensité forte de ses manifestations. A4 « avez-vous eu des manifestations physique comme, par exemple, des tremblements, des suées, une

augmentation de la tension, des nausées ou des battements du cœur ? ». A5 « Avez-vous eu la conviction que vous alliez et/ou d'assister à un spectacle insoutenable ? ». A7 « vous êtes – vous senti seul(e), abandonner par les autres ? » Et A8 « Vous êtes-vous sentis impuissant(e) » Yanis a coché la case 3 qui correspond à une intensité très forte de ses manifestations. Aux items restant, à savoir l'item A6 « Avez-vous eu la conviction que vous allez mourir et/ou d'assister à un spectacle insoutenable ? » Yanis a coché la case 0 qui correspond à une intensité nulle de la manifestation.

À l'échelle B, qui représente le symptôme pathognomonique de répétition à savoir les reviviscences, l'impression de revivre l'événement, les flashes et l'angoisse attachée à ces répétitions, aux items B1 « Est-ce que des souvenirs ou des images reproduisant l'événement s'imposent à vous durant la journée ou la soirée » B3 « Est-il difficile pour vous de parler de l'événement » Yanis a coché la case 3 qui correspond à une très forte intensité des manifestations. B2 « revivez-vous l'événement dans des rêves ou des cauchemars ? » il a coché la case 2 qui correspond à une faible intensité des manifestations. À l'item restant à savoir B4 « Ressentez-vous de l'angoisse lorsque vous repensez à ces événements ? » la case cochée est la 1 qui correspond à une faible intensité de la manifestation.

À l'échelle C, qui représente les troubles du sommeil, à l'item C5 « êtes-vous fatigué au réveil ? » Yanis a coché la case 3 qui correspond à une très forte intensité de la manifestation. Aux items C1 « Depuis l'événement avez-vous plus de difficultés d'endormissement qu'auparavant ? » C2 « Faites-vous d'avantage de cauchemars ou de rêves terrifiants (au contenu sans rapport direct avec l'événement) » et C3 « Avez-vous plus de réveils nocturnes ? » Yanis a coché la case 2 qui correspond à une forte intensité de la manifestation. Au dernier item de l'échelle à savoir C4 « Avez-vous l'impression de ne pas dormir du tout » Yanis a coché la case 1 qui correspond à une faible intensité de la manifestation.

À l'échelle D qui représente l'anxiété, l'état d'insécurité et les évitements, aux items D1 « Etes-vous devenu anxieux (se), tendu(e) depuis l'événement ? », D3 « Craignez-vous de vous rendre sur des lieux en rapport avec l'événement ? » D4 « Vous sentez-vous en état d'insécurité ? ». et D5 « Evitez-vous des lieux, des situations ou des spectacles (TV, cinéma) qui évoquent l'événement ? » Yanis a coché la case 3 qui correspond à une très forte intensité des manifestations. Enfin à l'item D2 « Avez-vous des crises d'angoisse ? » Yanis a coché la case 0 qui correspond à une faible intensité de la manifestation.

À l'échelle E qui représente l'irritabilité, la perte de contrôle, l'hypervigilance et l'hypersensibilité, aux items E3 «Etes-vous plus irritable que vous ne l'étiez avant ? » et E5 « Vous sentez vous plus agressif ou craignez-vous de ne plus contrôler votre agressivité depuis l'événement ? » Yanis a coché la case 3 qui correspond à une très forte intensité des manifestations. A l'item E2 « Vous estimez vous plus méfiant qu'auparavant ? » E4 « Avez-vous plus de mal à vous maîtriser (crise de nerfs) ou avez-vous davantage tendance à fuir une situation insupportable ? » E6 « Avez-vous eu des comportements agressifs depuis l'événement ? » Yanis a coché la case 2 qui correspond à une forte intensité de la manifestation. Enfin à l'item E1 « Vous sentez vous plus vigilant (e), plus attentif aux bruits qu'auparavant, vous font-ils sursauter ? » la case coché est la 1 qui correspond à une faible intensité de la manifestation.

À l'échelle F qui représente les réactions psychosomatiques, physiques et les troubles addictifs, Aux items F1 « Lorsque vous y repensez ou que vous êtes dans des situations qui vous rappellent l'événement avez-vous des réactions physiques telles que par exemple maux de tête, nausées, palpitations, tremblements, sueurs respiration difficile ? ». F2 « Avez-vous observé des variations de votre poids ? », F3 « Avez-vous constaté une détérioration de votre état physique général ? » la case cochée est la 2 qui correspondent à une forte intensité de la manifestation. Enfin à l'item et F4 « Depuis l'événement avez-vous des problèmes de santé dont la cause a été difficile à identifier ? ». Et F5 « Avez-vous augmenté la consommation de certaines substances (café, cigarette, alcool, médicaments, nourriture, etc.) ? » Yanis a coché la case 1 qui correspond à une faible intensité de la manifestation.

À l'échelle G qui représente les troubles cognitifs soit la mémoire, la concentration et l'attention, Aux trois items de cette échelle à savoir G1 « Avez-vous plus de difficulté à vous concentrer qu'auparavant ? » Yanis a coché la case 2 qui correspond à une forte intensité des manifestations. G2 « Avez-vous plus de trous de mémoire qu'auparavant ? » et G3 « Avez-vous des difficultés à vous rappeler l'événement ou certains éléments de l'événement ? » Yanis a coché la case 1 qui correspond à une faible intensité des manifestations.

À l'échelle H qui représente les troubles dépressifs, aux items H1 « Avez-vous perdu l'intérêt pour des choses qui étaient importantes pour vous avant l'événement ? », H2 « Manquez-vous d'énergie et d'enthousiasme depuis l'événement ? », H3 « Avez-vous des impressions de lassitude, de fatigue et d'épuisement ? » H7 « Depuis l'événement votre avenir vous a-t-il paru ruiné ? » et H8 « Avez-vous tendance à vous isoler ou à refuser les contacts ? » Yanis a coché la case 3 qui correspond à une très forte intensité de ces manifestations.

Ensuite aux items H4 « êtes-vous d'humeur triste et /ou avez-vous des crises de larmes ? » Yanis a coché la case 2 qui correspond à une forte intensité de ces manifestations. Enfin, à l'item H5 « Avez-vous l'impression que la vie ne vaut pas la peine d'être vécue, voire des idées suicidaires ? » H6 « éprouvez-vous des difficultés dans vos relation affectives et/ou sexuelles ? » il a coché la case 0 qui correspond à une faible apparition de la manifestation.

À l'échelle I qui représente le vécu traumatique, à l'item I7 pensez-vous que vous n'êtes plus comme avant ? » Yanis a coché la case 2 qui correspond à une forte intensité de cette manifestation. Aux items I2 « Vous sentez vous coupable de ce que vous avez pensé ou fait durant l'événement ? », I5 « Ressentez-vous depuis l'événement de la colère violente ou de la haine ? », I6 « Avez-vous changé votre façon de voir la vie, de vous voir vous-même, ou de voir les autres ? » Yanis a coché la case 1 qui correspond à une faible intensité de ces manifestations. I3 « Vous sentez vous humilié(e) par ce qui s'est passé ? », I4 « Depuis l'événement vous sentez-vous dévalorisé(e) ? ». Yanis a coché la case 3 qui correspond à une très forte intensité de cette manifestation.

À l'échelle J qui représente la qualité de vie Nous pouvons constater que Yanis poursuit son activité professionnelle (item J1) et qu'il a l'impression que ses capacités sont équivalentes à avant (itemJ2). Il ne continue pas avoir ses amis avec la même fréquence (itemJ3) mais il n'a pas rompu de relations avec des proches depuis l'événement (itemJ4). Aussi Yanis ne se sent pas incompris par les autres (item J5) mais se sent abandonné par eux (itemJ6) et a trouvé du soutien auprès de ses proches (itemJ7). Aussi Yanis recherche davantage la compagnie d'autrui (item J8), et pratique autant de loisir qu'auparavant (itemJ9) et trouve le même plaisir qu'auparavant (itemJ10). Enfin Yanis n'a pas l'impression d'être moins concerné par les événements qui touchent son entourage (itemJ11).

À partir de ces données, en utilisant le tableau nous pouvons conclure que Yanis présente un traumatisme fort à la suite de son Abus sexuelle.

1.5 Synthèse des données du questionnaire TRAUMAQ De Yanis :

À travers les résultats de l'analyse du TRAUMAQ , nous pouvons déduire que le score totale enregistré par Yanis est de 107 équivalent à une note total étalonné de 4 qui est selon le manuel un traumatisme fort à la suite de son événement d'abus sexuelle. En effet. Yanis présente un syndrome psycho traumatique intense selon le manuel, le questionnaire met en évidence la présence de réaction immédiate, physique et psychique de moyenne intensité étant donné le score à l'échelle A. Aussi en référence à l'échelle B de très fortes manifestations

pathognomoniques de reviviscences sont observées, ainsi qu'une forte symptomatologie concernant les troubles du sommeil transmis par le score à l'échelle C. Aussi Yanis présente également une forte anxiété, un état d'insécurité et des évitements phobiques comme le témoigne le score à l'échelle D, une forte hypersensibilité traduite par un score très élevé à l'échelle E, de très fortes réactions psychosomatiques et physiques vu le score très élevé à l'échelle F, une forte manifestation des troubles de la mémoire de la concentration et de l'attention observée à l'aide du score très élevé à l'échelle G, une très forte symptomatologie dépressive traduite par l'échelle H, une forte manifestation d'un vécu traumatique comme en témoigne le score à l'échelle I ainsi qu'une moyenne altération de la qualité de vie mise à l'évidence grâce au score à l'échelle J.

1 Présentation et analyse des résultats du 2^{ème} cas (Mélinda)

2.1 Présentation du cas

Melinda est une jeune fille âgée de 18 ans, l'ainée d'une fratrie composée de 2 sœurs, élève en 2AS, leur situation familiale est bonne. Elle a été orientée par une réquisition de police au service médecine légale, après le dépôt de plainte du père contre un jeune (son petit ami âgé de 27 ans) pour une agression sexuelle et une tentative de kidnapping, on tient à préciser que la plainte contre cette agression sexuelle n'a pas été déposée tout de suite, car Melinda n'a rien dévoilé à ses parents, presque après 2 ans de l'événement qui a été découvert par l'époux de sa tante. Après l'avoir vu avec ce jeune homme devant sa maison, l'agresseur a perdu le contrôle, et a frappé ce dernier et il a kidnappé Melinda. Et suite à cela le père a déposé plainte contre son kidnappeur.

Melinda a été examinée par le médecin légiste pour but d'expertise-médecino-légale. Et l'examen a révélé une déchirure de l'hymen. La psychologue du service qui l'a prise en charge pendant 8 mois depuis le 27 JUIN 2022, et elle nous a informées que Melinda se sentait à l'aise avec elle et que c'était à ces consultations mais qui sont devenues moins fréquentes depuis la maladie de sa sœur.

2.2 Présentation de l'entretien

Le premier entretien s'est déroulé le 1^{er} février 2023, directement avec Melinda, au début de l'entretien elle était très méfiante et avait des difficultés d'exprimer sa souffrance, puis en la rassurant que ce qu'elle racontera restera anonyme, elle a commencé à nous tout dévoiler. Ensuite on a abordé nos questions de guide d'entretien sur l'événement qu'elle a vécu, elle nous a dit en Kabyle : « *Damdakliw sneght safi 2ans, nella bien, oumbe3 ar yiwen* »

was iqareyid anrouh akham, au début ligh goumagh après mitesnegh bien qblegh digh dides akham is, itefiyi iforseyi iwthayi oumbe3 iwlid felli almi ikhdem cheghlis, oufigh idamen dawaw khl3egh, trough, sehoussegh imaniw da3egh lhayatiw tfouk ». En français elle dit : c'est mon petit amie je le connais depuis 2ans, ont été bien ensemble, jusqu'à un jour il m'a demandé de partir avec lui dans son appartement , au début je n'ai pas acceptée ensuite après l'avoir connu, j'ai accepté je suis allé avec lui à la maison, il m'a forcé, frappé, ensuite il s'est allongé sur moi et à commencer à me toucher et me faire ses truc, puis à la fin j'ai trouvé du sang, j'avais peur, je pleurais, je sentais que ma vie était fini.

Ensuite, elle nous a dévoilé qu' après cet évènement elle subissait des menaces et des chantages et la forçait à aller aux rendez-vous et faire des rapports sexuel avec lui, également avec le temps elle a découvert que c'est un toxicomane, elle voulait vraiment se séparer et s'éloigner de lui.... Elle dit que : « *mi iyitra anechtayi, itmenaseyi itefoseyi iqareyid adenghegh babam loukan outetedout ara didi watynet didi, neki oubghigh ara yerna découvrighed belik ikath la drogue, bghigh grave asiparigh dides neta igouma* ». Apre avoir subi tout ça il me menacé en me disant qu'il allée tuer mon père si je n'obéissais pas à son chantage.

Elle nous a aussi rapporté les nouveau comportements qu'elle a subi après l'évènement, elle nous dit qu'elle est devenu très sensible, elle s'isolé, elle a des perturbations dans le sommeil, fait des cauchemars, elle a perdu l'appétit, toujours triste et elle a perdu le gout à la vie, elle pleurs souvent sans raison, et nous a rapporté qu'elle a vraiment régressé dans ses études. D'Alleur elle les a abondées.

Elle dit en kabyle : « *machi ikel aka illigh, gasmi iyitra anechteni, klegh thibigh kn adeqimegh imaniw, qlegh outetegh ara ikl, tkhemimegh kn fanchteni, ouganegh ara ikl, mayla ynegh azouh atargough kn ajournée eni, qlegh outoqi3 ara lme 3na g koulehs, meme lqraya ynou outreghed mliih.....* »

La psychologue nous a dit aussi que Melinda au début de ses consultations présentait des troubles psychiatrique comme la dépression, et avait des idées suicidaire et pour cela la psychologue la orienté chez un pédopsychiatre et qu'elle a été suivie pendant 6mois. Et d'après les propos de la psychologue ; après un excellent suivie psychologique et psychiatrique, Melinda a beaucoup amélioré comparé au début.de ses consultations.

2.3 Synthèse de l'entretien avec Melinda :

A partir de tous ce que Melinda a dévoilés, nous pouvons constater qu'elle présente des manifestations claires du traumatisme psychique. Melinda présente des reviviscences qui est un caractère pathognomonique au traumatisme psychique, elle est devenue très sensible, s'isole beaucoup, a des perturbation de sommeil, fait des cauchemars, un manque d'intérêt vis-à-vis des activités qu'il a l'habitude d'effectuer, un problème de concentration, de la tristesse, un manque d'appétit, des pleurs souvent sans raison, elle a perdu le gout à la vie.

2.4 Présentation et analyse des résultats du TRAUMAQ de Melinda :

Dans ce qui suit nous allons convertir les notes brutes obtenues par Melinda aux échelles du questionnaire TRAUMAQ en note étalonnées :

Echelle	Note brutes obtenues	Note étalonnées
A	24	5
B	12	5
C	15	5
D	15	5
E	17	5
F	12	5
G	06	4
H	23	5
I	19	5
J	04	3
Totale	147	47

Tableau 2: conversion des notes brutes obtenues par Melinda en notes étalonnées.

Le tableau précédent reflète la conversion des notes brutes obtenu à chaque échelle en Notes étalonnés. Nous pouvons en déduire qu'à l'échelle A, Melinda a obtenu la note brute de 24 ce qui équivaut à la note étalonné de 5, à l'échelle B la note obtenu est celle de 12 ce qui Équivaut à la note étalonnée de 5, à l'échelle C, elle a obtenu la note de 15 ce qui revient à la Note étalonnée de 5. À l'échelle D, la note obtenue est de 15 ce qui équivaut la note étalonnée de 5, à l'échelle E, la note obtenue et celle de 17 ce qui équivaut la note étalonnée de 5. La note obtenue à l'échelle F est de 12 ce qui revient à la note étalonnée de 5, à l'échelle G Melinda a obtenu la note de 06 ce qui revient à la note étalonnée de 4. La note obtenue à l'échelle H est de 23 ce qui équivaut la note étalonnée de 5, celle obtenue à l'échelle I est de

19, elle équivaut la note étalonnée de 5. La note obtenue à l'échelle J est de 04, elle revoit à la note étalonnée de 3. Le totale obtenue par Melinda au questionnaire est de soit une note étalonnée de 5.

Ainsi à l'échelle A, qui représente les réactions immédiates physiques et psychiques pendant l'événement, aux items A1 « avez-vous ressenti de la frayeur ? » A2 « Avez-vous ressenti de l'angoisse ? » A3 « Avez-vous eu le sentiment d'être dans un état second ? » A4 « avez-vous eu des manifestations physique comme, par exemple, des tremblements, des suées, une augmentation de la tension, des nausées ou des battements du cœur ? ». A5 « Avez-vous eu la conviction que vous alliez et/ou d'assister à un spectacle insoutenable ? ». A6 « Avez-vous eu la conviction que vous allez mourir et/ou d'assister à un spectacle insoutenable ? » A7 « vous êtes –vous senti seul(e), abandonner par les autres ? » Et A8 « Vous êtes-vous sentis impuissant(e) » Melinda a coché la case 3 qui correspond à une intensité très forte de ses manifestations.

À l'échelle B, qui représente le symptôme pathognomonique de répétition à savoir les reviviscences, l'impression de revivre l'événement, les flashes et l'angoisse attachée à ces répétitions, aux items B1 « Est-ce que des souvenir ou des images reproduisant l'événement s'imposent à vous durant la journée ou la soirée ». B2 « revivez-vous l'évènement dans des rêves ou des cauchemars ? » B3 « Est-il difficile pour vous de parler de l'événement ? ». Et B4 « Ressentez-vous de l'angoisse lorsque vous repensez à ces évènements ? » » Melinda a cochée la case 3 qui correspond à une intensité très forte de ses manifestations.

À l'échelle C, qui représente les troubles du sommeil. Aux items C1 « Depuis l'événement avez-vous plus de difficultés d'endormissement qu'auparavant ? » C2 « Faites-vous d'avantage de cauchemars ou de rêves terrifiants (au contenu sans rapport direct avec l'événement) » et C3 « Avez-vous plus de réveils nocturnes ? » C4 « Avez-vous l'impression de ne pas dormir du tout ». C5 « êtes-vous fatigué au réveil ? » Melinda cochée la case 3 qui correspond à une faible intensité de la manifestation.

À l'échelle D qui représente l'anxiété, l'état d'insécurité et les évitements, aux items D1 « Etes-vous devenu anxieux (se), tendu(e) depuis l'événement ? ». D2 « Avez-vous des crises d'angoisse ? ». D3 « Craignez-vous de vous rendre sur des lieux en rapport avec l'événement ? » D4 « Vous sentez vous en états d'insécurité ? ». et D5 « Evitez-vous des lieux, des situations ou des spectacles (TV, cinéma) qui évoquent l'événement ? ». Elle a cochée la case 3 qui correspond à une très forte intensité des manifestations.

À l'échelle E qui représente l'irritabilité, la perte de contrôle, l'hypovigilance et l'hypersensibilité, aux items E2 « Vous estimez vous plus méfiant qu'auparavant ? » E3 « Etes-vous plus irritable que vous ne l'étiez avant ? ». E4 « Avez-vous plus de mal à vous maîtriser (crise de nerfs) ou avez-vous davantage tendance à fuir une situation insupportable ? ». E5 « Vous sentez vous plus agressif (Ve) ou craignez-vous de ne plus contrôler votre agressivité depuis l'événement ? ». Et E6 « Avez-vous eu des comportements agressifs depuis l'événement ? » Melinda a coché la case 3 qui correspond à une très forte intensité de la manifestation. Enfin à l'item E1 « Vous sentez vous plus vigilant (e), plus attentif aux bruits qu'auparavant, vous font-ils sursauter ? » la case cochée est la 2 qui correspond à une forte intensité de la manifestation.

À l'échelle F qui représente les réactions psychosomatiques, physiques et les troubles addictifs, Aux items F1 « Lorsque vous y repensez ou que vous êtes dans des situations qui vous rappellent l'événement avez-vous des réactions physiques telles que par exemple maux de tête, nausées, palpitations, tremblements, sueurs respiration difficile ? ». F2 « Avez-vous observé des variations de votre poids ? » La case cochée est la 3 qui correspond à une très forte intensité de ces manifestations. F3 « Avez-vous constaté une détérioration de votre état physique général ? ». Et F5 « Avez-vous augmenté la consommation de certaines substances (café, cigarette, alcool, médicaments, nourriture ? » Melinda a coché la case 2 qui correspond à une forte intensité de la manifestation. Enfin à l'item F4 « Depuis l'événement avez-vous des problèmes de santé dont la cause a été difficile à identifier ? ». Elle a coché la case 0 qui correspond à une nulle intensité de ces manifestations.

À l'échelle G qui représente les troubles cognitifs soit la mémoire, la concentration et l'attention, Aux trois items de cette échelle à savoir G1 « Avez-vous plus de difficulté à vous concentrer qu'auparavant ? » Melinda a coché la case 3 qui correspond à une très forte intensité des manifestations. G2 « Avez-vous plus de trous de mémoire qu'auparavant ? » elle a coché la case 2 qui correspond à une forte intensité de la manifestation. Enfin à l'item G3 « Avez-vous des difficultés à vous rappeler l'événement ou certains éléments de l'événement ? » Melinda a coché la case 1 qui correspond à une faible intensité des manifestations.

À l'échelle H qui représente les troubles dépressifs, à l'item H1 « Avez-vous perdu l'intérêt pour des choses qui étaient importantes pour vous avant l'événement ? », Melinda a coché la case 2 qui correspond à une forte intensité de ces manifestations. Aux items restants, H2 « Manquez-vous d'énergie et d'enthousiasme depuis l'événement ? », H3 «

Avez-vous des impressions de lassitude, de fatigue et d'épuisement ? » H4 « êtes-vous d'humeur triste et /ou avez-vous des crises de larmes ? ». H5 « Avez-vous l'impression que la vie ne vaut pas la peine d'être vécue, voire des idées suicidaires ? » H6 « éprouvez-vous des difficultés dans vos relation affectives et/ou sexuelles ? » H7 « Depuis l'événement votre avenir vous a-t-il paru ruiné ? » et H8 « Avez-vous tendance à vous isoler ou à refuser les contacts ? » Melinda a coché la case 3 qui correspond à une très forte intensité de ces manifestations.

À l'échelle I qui représente le vécu traumatique, à l'item. I1 « Vous arrive-t-il de penser que vous êtes responsable de la façon dont les événements se sont déroulés ou que vous auriez pu agir autrement pour en éviter certaines conséquences ». I2 « Vous sentez vous coupable de ce que vous avez pensé ou fait durant l'événement ? », Melinda a coché la case 2 qui correspond à une forte intensité de cette manifestation. Aux items I3 « Vous sentez vous humilié(e) par ce qui s'est passé ? », I4 « Depuis l'évènement vous sentez-vous dévalorisé(e) ? ». I5 « Ressentez-vous depuis l'événement de la colère violente ou de la haine ? », I6 « Avez-vous changé votre façon de voir la vie, de vous voir vous-même, ou de voir les autres ? ». I7 « pensez-vous que vous n'êtes plus comme avant ? » Melinda a coché la case 3 qui correspond à une très forte intensité de ces manifestations.

À l'échelle J qui représente la qualité de vie Nous pouvons constater que Melinda poursuit son activité scolaire (item J1). Néanmoins elle a l'impression que ses performances scolaires et ses capacités ne sont pas équivalentes à avant (itemJ2). Elle continu à rencontrer ses amis avec la même fréquence (itemJ3). Ainsi elle n'a pas rompu de relations avec des proches depuis l'événement (itemJ4). Aussi Melinda ne se sent pas incomprise par les autres (item J5) ni abandonné par eux (itemJ6). Mais elle n'a pas trouvé du soutien auprès de ses proches (itemJ7). Aussi Melinda ne recherche pas d'avantage la compagnie d'autrui (item J8). Elle pratique toujours autant de loisir qu'auparavant (itemJ9). Et trouve toujours le même plaisir qu'auparavant (itemJ10). Enfin Melinda n'a pas l'impression d'être moins concerné par les événements qui touche son entourage (itemJ11).

À partir de ces données, en utilisant le tableau nous pouvons conclure que Melinda présente un traumatisme très fort à la suite de son Abus sexuelle.

2.5 Synthèse des données du questionnaire TRAUMAQ De Melinda :

A travers les résultats de l'analyse TRAUMAQ, on peut déduire que le score total de Melinda est de 147 équivaut à un score total étalonné de 5, qui est selon le manuel un

traumatisme fort suite à son événement d'abus sexuel. En effet, Melinda présentait un syndrome psycho traumatique sévère selon les recommandations, le questionnaire soulignait la présence d'une réaction immédiate, physique et psychologique de très forte intensité étant donné le score à l'échelle A. De plus, par rapport à l'échelle B, de très fortes manifestations pathologiques prononcées des résurrections ont été observées, ainsi qu'un fort symptôme associé aux troubles du sommeil de l'échelle C. De plus, Melinda pourrait également présenter une très forte anxiété, insécurité et évitement obsessionnel ressemblant comme témoigne l'échelle D, une forte hypersensibilité traduite par un score très élevé sur l'échelle E, de forte réaction psychosomatique et physiques vu le score élevés à l'échelle F, de fortes manifestations de troubles de la mémoire de la concentration et de l'attention sont observées à l'aide des scores élevés sur l'échelle G, un symptôme dépressif très fort est traduit par le score H, une très forte expression d'un vécu traumatique comme en témoignent les scores de l'échelle I ainsi que la baisse moyenne de la qualité de vie marquée de par les scores de l'échelle J.

3 Présentation et analyse des résultats du 3eme cas (Kamelia) :

3.1 Présentation du cas

Il s'agit d'une jeune adolescente nommée Kamelia âgée de 16ans, élève en 2eme année CEM, la deuxième fille d'une fratrie composée de 2enfants (un garçon et une fille), son père est fonctionnaire et sa mère est une femme ou foyer. L'adolescente s'est présentée au service de médecine légale accompagnée de son père sous réquisition de police étant victime d'une agression sexuelle et un harcèlement médiatique faite par un jeune adolescent âgé de 18ans qui est son petit amie.

L'examen médico-légal, n'a pas révélé de trace de violence récente car l'examen s'est passé un mois après l'agression, c'est pour cela que ses dernières avaient disparus. Ses parents ont découvert ce qui est arrivé à leur fille après que l'agresseur a publié des photos et des vidéos d'elle sur les réseaux sociaux entrains de la violé.

3.2 Présentation de l'entretien

Notre premier entretien s'est déroulé le 22 Mars 2023, suite à un RDV donnée par la psychologue au père de l'adolescente, ce jour la kamelia a été accompagnée par ses deux parents car la psychologue a indiqué la nécessité de leur présence,

En premier lieu, la psychologue a demandée à la mère d'entrée seule au bureau, ensuite elle nous a présentées en tant que stagiaires en psychologie, vue que cette damme était très expressive, elle nous a directement expliqué l'histoire de sa fille, on n'a pas pu intervenir on était seulement silencieuses et attentives. La maman nous a rapportée qu'elle a remarquée un changement radicale dans le comportement de sa fille, en disant en Kabyle « *aseggas ayi illi tenbedal mlih g koulesh, machi ikel aka ithella, ouytethessis ara asma ashedregh amaken machi dimas iliigh* », en Français : « cette année ma fille a grave changée, elle n'était pas comme ça, elle m'écoute pas quand je lui parle comme si je n'étais pas sa mère ». Et elle nous a rapportée aussi que sa fille a vraiment régressée dans ses études, elle dit que : « *kamelia tella tehache gleqraya, tethibi ateqra mlih toura teqel touq3it lme3na ikl* »

Elle nous a rapporté que ces changements néfastes et même l'évènement que sa fille a vécu à cause de sa mauvaise fréquentation,

Après l'entretien avec la mère, la psychologue a demandée de voir Kamelia seule, celle-ci était très à l'aise avec nous même elle nous a fait confiance et elle était très expressive, Donc elle a commencée à nous raconter en disant que En Kabyle : « *le3ajal n teqchichin n diri iwtegh gher wanechta, utreghed g leqraya mlih, lant twerayentyid irgazen bach adefghegh didsen iwaken aydefken idrimen, aubghigh ara parce que oudekiregh ara fwanchten et zrigh belik ouhrichegh ara i wanchten* ».

En français « à cause de la mauvaise fréquentation que je suis arrivée à ce stade, j'ai régressée dans mes études, les filles me présentait des jeunes afin de faire des relations avec eux, j'ai toujours pas acceptée et j'étais toujours contre.

Elle nous a aussi rapportée qu'avec le temps, parmi ses jeunes garçons elle a rencontré son agresseur qu'au début ils étaient qu'ami et avec le temps leur relation s'est développés, ils ont eu une relation de 4mois, ensuite un jour le jeune est venue en colère au lycée la voir pour réglé un problème dont elle n'avait aucune idée, il se rapproché d'elle en lui demandant son téléphone, Kamelia a refusé, il la kidnappé, il la piégé et la emmené dans une forêt isolé, il a d'abord commencé a crié sur elle, ensuite il la tabassée jusqu'à son évanouissement, il a commencé à lui enlevé ses vêtements, il la ensuite prise en photos et vidéos en la violent En kabyle : « *neki ligh t3eyitegh khl3egh ifkayid lkef doukhegh direct,*

oumbe3 asmi idedkwalegh oufight ikseyi lqechiw, inayid aytejet adkhdmegh ayen ibghigh athan akmsewregh, t3eyitegh nighas alla ba3ed fellifkayi lkef iten doukhegh ou3limegh ara ikl anda illigh, asmi idekregh ouffigh ikhedmyi akn irna isewriyi ikl. »

Elle nous a dit aussi que après cet évènement l'agresseur la menacée de divulguer ses photos et vidéos si elle lui obéit pas, elle a accepté pour 2 ou 3 fois car elle avait peur de ses photos, ensuite elle la refusée et n'a pas acceptée de céder à son chantage, donc il a publié et partagé ses photos sur les réseaux sociaux et tout le monde les a vus (sa maman, son frère, sœur, famille, amis, profs, tous ses proche, sauf son père).

Kamelia nous a rapporter qu'elle s'est sentie humiliée devant tout le monde, et ne voulait plus sortir de chez elle, elle a même abandonnée ses cours et son sport et toute autres activité, elle a perdu toute sa vitalité et ne fait que pleurer et dormir.

3.3 Synthèse de l'entretien avec Kamelia :

A partir de tous ses dires, et tous ce qu'elle a dévoilés, nous pouvons constater qu'elle présente des manifestations claires du traumatisme psychique. Kamelia présente des reviviscences qui est un caractère pathognomonique au traumatisme psychique, s'isole beaucoup, de la tristesse, un manque d'appétit, a des perturbations de sommeil, fait des cauchemars, elle est devenue très sensible, un manque d'intérêt vis-à-vis des activités qu'elle a l'habitude d'effectuer, un problème de concentration, , des pleurs souvent sans raison, elle a perdu toute sa vitalitéetc.

3.4 Présentation et analyse des résultats du TRAUMAQ de « Kamelia » :

Dans ce qui suit nous allons convertir les notes brutes obtenues par Kamelia aux échelles du questionnaire TRAUMAQ en note étalonnées :

Echelles	Note brutes obtenue	Note étalonnée
A	23	4
B	12	5
C	09	3
D	13	4
E	18	5
F	08	4
G	09	5
H	21	5
I	17	5
J	08	5
Totale	138	45

Tableau 3 : conversion des notes brutes obtenues par Kamelia en notes étalonnées :

Le tableau précédent reflète la conversion de notes brutes obtenues à chaque échelle en Notes étalonnés. Nous pouvons en déduire qu'à l'échelle A, Kamelia a obtenu la note brute de 23 ce qui équivaut à la note étalonné de 4, à l'échelle B la note obtenue est celle de 12 ce qui Équivaut à la note étalonnée de 5, à l'échelle C, elle a obtenue la note de 09 ce qui revient à la Note étalonnée de 3. À l'échelle D, la note obtenue est de 13 ce qui équivaut la note étalonnée de 4, à l'échelle E, la note obtenue et celle de 18 ce qui équivaut la note étalonnée de 5. La note obtenue à l'échelle F est de 08 ce qui revient à la note étalonnée de 4, à l'échelle G Kamelia a obtenue la note de 09 ce qui revient à la note étalonnée de 5. La note obtenue à l'échelle H est de 21 ce qui équivaut la note étalonnée de 5, celle obtenue à l'échelle I est de 17, elle équivaut la note étalonnée de 5 .La note obtenue à l'échelle J est de 08, elle revoit à la note étalonnée de 5. Le totale obtenue par Kamelia au questionnaire est de soit une note étalonnée de 5.

Ainsi à l'échelle A, qui représente les réactions immédiates physiques et psychiques pendant l'événement, aux items A1 « avez-vous ressenti de la frayeur ? » A2 «Avez-vous ressenti de l'angoisse ? » A3 « Avez-vous eu le sentiment d'être dans un état second ? » Kamelia a couchée la case 2 qui correspond à une intensité forte de ses manifestations. A4 « avez-vous eu des manifestations physique comme, par exemple, des tremblements, des

suées, une augmentation de la tension, des nausées ou des battements du cœur ? ». A5 « Avez-vous eu la conviction que vous alliez et/ou d'assister à un spectacle insoutenable ? ». A6 « Avez-vous eu la conviction que vous allez mourir et/ou d'assister à un spectacle insoutenable ? ». Et A8 « Vous êtes-vous sentis impuissant(e) » Kamelia a cochée la case 3 qui correspond à une intensité très forte de ses manifestations. A l'item A7 « vous êtes –vous senti seul(e), abandonner par les autres ? ». Elle a cochée la case 2 qui correspond à une forte intensité des manifestations.

À l'échelle B, qui représente le symptôme pathognomonique de répétition à savoir les reviviscences, l'impression de revivre l'événement, les flashes et l'angoisse attachée à ces répétitions, aux items B1 « Est-ce que des souvenir ou des images reproduisant l'événement s'imposent à vous durant la journée ou la soirée ». B2 « revivez-vous l'évènement dans des rêves ou des cauchemars ? » B3 « Est-il difficile pour vous de parler de l'événement ? ». Et B4 « Ressentez-vous de l'angoisse lorsque vous repensez à ces évènements ? » » Kamelia a cochée la case 3 qui correspond à une intensité très forte de ses manifestations.

À l'échelle C, qui représente les troubles du sommeil. L'item C1 « Depuis l'événement avez-vous plus de difficultés d'endormissement qu'auparavant ? ». Kamelia a cochée la case 3 qui correspond à une très forte intensité des manifestations. A l'item C2 « Faites-vous d'avantage de cauchemars ou de rêves terrifiants (au contenu sans rapport direct avec l'événement) ? ». Elle a coché la case 0 qui correspond à une nulle intensité des manifestations. Aux items restants, C3 « Avez-vous plus de réveils nocturnes ? » C4 « Avez-vous l'impression de ne pas dormir du tout ». C5 « êtes-vous fatigué au réveil ? » Kamelia a cochée la case 2 qui correspond à une forte intensité de la manifestation.

À l'échelle D qui représente l'anxiété, l'état d'insécurité et les évitements, aux items D1 « Etes-vous devenu anxieux (se), tendu(e) depuis l'événement ? ». D2 « Avez-vous des crises d'angoisse ? ». D3 « Craignez-vous de vous rendre sur des lieux en rapport avec l'événement ? » et D5 « Evitez-vous des lieux, des situations ou des spectacles (TV, cinéma) qui évoquent l'événement ? ». Kamelia a cochée la case 3 qui correspond à une très forte intensité des manifestations. A l'item D4 « Vous sentez vous en états d'insécurité ? ». Elle a cochée la case 1 qui correspond à une faible intensité de la manifestation.

À l'échelle E qui représente l'irritabilité, la perte de contrôle, l'hypovigilance et l'hypersensibilité, a tous les items l'item E1 « Vous sentez vous plus vigilant (e), plus attentive aux bruits qu'auparavant, vous font-ils sursauter ? » E2 « Vous estimez vous plus

méfiant qu'auparavant ? » E3 «Etes-vous plus irritable que vous ne l'étiez avant ? ». E4 « Avez-vous plus de mal à vous maîtriser (crise de nerfs) ou avez-vous davantage tendance à fuir une situation insupportable ? ». E5 « Vous sentez vous plus agressif (Ve) ou craignez-vous de ne plus contrôler votre agressivité depuis l'événement ? ». Et E6 « Avez-vous eu des comportements agressifs depuis l'évènement ? ». Kamelia a coché la case 3 qui correspond à une très forte intensité de la manifestation.

À l'échelle F qui représente les réactions psychosomatiques, physiques et les troubles addictifs, Aux items F1 « Lorsque vous y repensez ou que vous êtes dans des situations qui vous rappellent l'événement avez-vous des réactions physiques telles que par exemple maux de tête, nausées, palpitations, tremblements, sueurs respiration difficile ? ». F3 « Avez-vous constaté une détérioration de votre état physique général ? ». Kamelia a coché la case 3 qui correspond à une très forte intensité de la manifestation. A l'item F2 « Avez-vous observé des variations de votre poids ? ». Elle a coché la case 2 qui correspond à une forte intensité de ces manifestations. Aux items restants F4 « Depuis l'événement avez-vous des problèmes de santé dont la cause a été difficile à identifier ? ». Et F5 « Avez-vous augmenté la consommation de certaines substances (café, cigarette, alcool, médicaments, nourriture, etc.)? » Kamelia a coché la case 0 qui correspond à une nulle intensité de la manifestation.

À l'échelle G qui représente les troubles cognitifs soit la mémoire, la concentration et l'attention, Aux trois items de cette échelle à savoir G1 « Avez-vous plus de difficulté à vous concentrer qu'auparavant ? » G2 « Avez-vous plus de trous de mémoire qu'auparavant ? » Et G3 « Avez-vous des difficultés à vous rappeler l'événement ou certains éléments de l'événement ? » Kamelia a coché la case 3 qui correspond à une très forte intensité des manifestations.

À l'échelle H qui représente les troubles dépressifs, tous les item H1 « Avez-vous perdu l'intérêt pour des choses qui étaient importantes pour vous avant l'événement ? », H2 « Manquez-vous d'énergie et d'enthousiasme depuis l'événement ? », H3 « Avez-vous des impressions de lassitude, de fatigue et d'épuisement ? » H4 « êtes-vous d'humeur triste et /ou avez-vous des crises de larmes ? ». H5 « Avez-vous l'impression que la vie ne vaut pas la peine d'être vécue, voire des idées suicidaires ? H7 « Depuis l'événement votre avenir vous a-t-il paru ruiné ? » et H8 « Avez-vous tendance à vous isoler ou à refuser les contacts ? ». Kamelia a coché la case 3 qui correspond à une très forte intensité de ces manifestations. A l'item H6 « éprouvez-vous des difficultés dans vos relation affectives et/ou sexuelles ? ». Elle a coché la case 0 qui correspond à une nulle intensité de la manifestation.

À l'échelle I qui représente le vécu traumatique, à l'item. I1 « Vous arrive-t-il de penser que vous êtes responsable de la façon dont les événements se sont déroulés ou que vous auriez pu agir autrement pour en éviter certaines conséquences ». I2 « Vous sentez-vous coupable de ce que vous avez pensé ou fait durant l'événement ? », Kamelia a coché la case 1 qui correspond à une faible intensité de cette manifestation. Aux items I3 « Vous sentez-vous humilié(e) par ce qui s'est passé ? », I4 « Depuis l'évènement vous sentez-vous dévalorisé(e) ? ». I5 « Ressentez-vous depuis l'événement de la colère violente ou de la haine ? », I6 « Avez-vous changé votre façon de voir la vie, de vous voir vous-même, ou de voir les autres ? ». I7 « pensez-vous que vous n'êtes plus comme avant ? ». Elle a coché la case 3 qui correspond à une très forte intensité de ces manifestations.

À l'échelle J qui représente la qualité de vie Nous pouvons constater que Kamelia poursuit son activité scolaire (item J1). Néanmoins elle a l'impression que ses performances scolaires et ses capacités ne sont pas équivalentes à avant (itemJ2). Elle ne continue pas à rencontrer ses amis avec la même fréquence (itemJ3). Ainsi elle a rompue de relations avec des proches depuis l'événement (itemJ4). Aussi elle se sent incomprise par les autres (item J5) et abandonné par eux (itemJ6). Elle n'a pas trouvée du soutien auprès de ses proches (itemJ7). Aussi Kamelia ne recherche pas d'avantage la compagnie d'autrui (item J8). Elle ne pratique plus autant de loisir qu'auparavant (itemJ9). Et ne trouve plus le même plaisir qu'auparavant (itemJ10). Enfin Kamelia a l'impression d'être moins concernée par les événements qui touche son entourage (itemJ11).

À partir de ces données, en utilisant le tableau nous pouvons conclure que Kamelia présente un traumatisme très fort à la suite de son Abus sexuelle.

3.5 Synthèse des données du questionnaire TRAUMAQ De Kamelia:

À travers les résultats de l'analyse du TRAUMAQ, nous pouvons déduire que le score total enregistré par Kamelia est de 138 équivalents à une note total étalonné de 5, qui est selon le manuel un traumatisme très fort à la suite de son évènement d'abus sexuelle. En effet. Kamelia présente un syndrome psycho traumatique intense selon le manuel, le questionnaire met en évidence la présence de réaction immédiate, physique et psychique de très forte intensité étant donné le score à l'échelle A. Aussi en référence à l'échelle B de très fortes manifestations pathognomoniques de reviviscences sont observées, ainsi qu'une forte symptomatologie concernant les troubles du sommeil transmis par le score à l'échelle C. Aussi Kamelia présente également une forte anxiété, un état d'insécurité et des évitements

phobiques comme le témoigne le score à l'échelle D, une très forte hypersensibilité traduite par un score très élevé à l'échelle E, de fortes réactions psychosomatiques et physiques vu le score très élevé à l'échelle F, une très forte manifestation des troubles de la mémoire, de la concentration et de l'attention observée à l'aide du score très élevé à l'échelle G, une très forte symptomatologie dépressive traduite par l'échelle H, une forte manifestation d'un vécu traumatique comme en témoigne le score à l'échelle I, ainsi qu'une moyenne altération de la qualité de vie mise à l'évidence grâce au score à l'échelle J.

4 Présentation et analyse des résultats du 3ème cas (Maïssa) :

4.1 Présentation du cas

Maïssa est une jeune adolescente âgée de 14 ans, élève en 4ème année CEM, l'aînée d'une fratrie composée de deux sœurs, son père est un fonctionnaire et sa mère est une femme au foyer, elle s'est présentée au service de médecine légale sous réquisition de police après que son père a déposé plainte sous prétexte qu'elle est disparue, sachant que cette adolescente s'est déjà présentée pour d'autres faits différents. Dans la première réquisition l'examen médico-légal révèle une déchirure de l'hymen (sous consultation de son dossier médical), et pour sa deuxième réquisition l'examen médico-légal révèle un rapport anal.

4.2 Présentation de l'entretien

Lors de la première consultation qui s'est déroulée le 15 mars 2023, moi et mon binôme étions déjà sur les lieux, Maïssa était accompagnée par une équipe de police, sans accompagnement de ses tuteurs. Lors de son entrée elle s'est assise et a été rassurée par nous qu'on était tenue sous le secret professionnel. Ensuite on a commencé à poser quelques questions à propos de ce qu'il lui était arrivé. Par chance elle était décontractée, expressive, et spontanée, elle nous a raconté qu'elle a rencontré un jeune adolescent âgé de 18 ans, qui lui avait proposé d'aller au cinéma, et ils avaient tardé jusqu'à une heure tardive 21H30, et que son père s'est inquiété et a déposé plainte au pré de la police. Et elle nous a assuré qu'il ne sait pas produit de rapport sexuel entre eux. En kabyle : « *ilou3ayid inayid iyad anrouh gh cinema anqim chwia wakmawigh atwellit, nrouh mahel n 17H30 nqim ami idnefeqh f 21H ouffighed tlam, ouytra oumadazouh garanegh.....* »

Elle nous a rapporté aussi qu'elle était incomprise par ses parents, et qu'elle n'avait pas la liberté de s'exprimer, et qu'elle est mal traitée par ses parents, excessivement par sa mère, et d'ailleurs elle nous a dit qu'elle a une mauvaise relation avec sa mère.

En kabyle : « *thoussough imaniw amaken hed ouyifehem g kham negh, am papa am mama, oufehmen oumadazouh asma asnhdreggh, surtout mama jamais jamais ikl tfehmiyi.....* ».

Vu que le temps était insuffisant car l'équipe de police était en train d'attendre, on la pas suffisamment questionné.

Le deuxième entretien s'est déroulé juste une semaine après, la jeune Maissa était accompagnée de ses parents, suite à la demande de la psychologue qui a pris en charge son dossier, la maman s'est présentée seul au bureau, et vue son mauvais état elle nous a directement tous racontée à propos de sa fille, en disant que : le comportement de sa fille a complètement changée et qu'elle s'isolée de son entourage, et après ce qu'elle a vue elle doute que Maissa insurge des substances ilégale. et elle nous a rapportée aussi que l'ex accompagnant de sa fille qui est actuellement en détention pour l'abus sexuel et psychique de celle-ci et pour le vol d'objets de valeur.

Et à propos de la deuxième affaire, elle nous a avouée que sa fille a fabulée une histoire, et qu'il s'est produit un rapport sexuelle entre eux. En kabyle : « *Maissa tnedal machi ikl aka ithella, lef3aylis nbedalen, tqel ouyetehehssis ara asma ashdreggh, teqel tethibi atqim kn imanis, yerna zright tsebla3 takachit misenigh dachout tnayid takachit listoma, 3lmegh teskadeb. Daqchich eni itsen isi3len aka iyella athan toura gelhabs parce que nchektha fellas miyewi illi irna iwekras dehbis. Mayla fwayi jamais gh cinéma itrouh, 3lmegh itra kra garasen* ». Suite à cela, la mère a demandé au psychologue de l'orienté vers un pédopsychiatre pour confirmer l'ingurgitation des substances. En Kabyle : « *bghigh kn ast3lem les analyse ad3lmegh dachou itessou myla d la drogue* ». Suite à toutes les révélations de la mère la psychologue la orienté vers un pédopsychiatre Effectivement les analyses et l'examen médico-légale démontrent et affirme les dires de la mère, et on lui a directement proposées d'entamées le test TRAUMAQ concernant notre recherche scientifique.

4.3 Synthèse de l'entretien avec Maissa:

A partir de tous ce que l'adolescente et sa mère ont dévoilées, nous pouvons constater qu'elle présente des reviviscences qui est un caractère pathognomonique au traumatisme psychique, s'isole beaucoup, un manque d'appétit, une forte envie de prendre des substances, des perturbation de sommeil, elle est devenue très, un problème de concentration, une rechute dans ses études, des pleurs souvent sans raison.

4.4 Présentation et analyse des résultats du TRAUMAQ de «Maissa » :

Dans ce qui suit nous allons convertir les notes brutes obtenues par Maissa aux échelles du questionnaire TRAUMAQ en note étalonnées :

Echelle	Notes brute obtenue	Notes étalonnées
A	24	5
B	12	5
C	12	4
D	14	5
E	18	5
F	12	5
G	06	4
H	21	5
I	21	5
J	07	4
Totale	147	47

Tableau 4: conversion des notes brutes obtenues par Maissa en notes étalonnées

Le tableau précédent reflète la conversion des notes brutes obtenues à chaque échelle en Notes étalonnés. Nous pouvons en déduire qu'à l'échelle A, Maissa a obtenu la note brute de 24 ce qui équivaut à la note étalonné de 5, à l'échelle B la note obtenue est celle de 12 ce qui Équivaut à la note étalonnée de 5, à l'échelle C, elle a obtenu la note de 12 ce qui revient à la Note étalonnée de 4. À l'échelle D, la note obtenue est de 14 ce qui équivaut la note étalonnée de 5, à l'échelle E, la note obtenue et celle de 18 ce qui équivaut la note étalonnée de 5. La note obtenue à l'échelle F est de 12 ce qui revient à la note étalonnée de 5, à l'échelle G Maissa a obtenu la note de 06 ce qui revient à la note étalonnée de 4. La note obtenue à l'échelle H est de 21 ce qui équivaut la note étalonnée de 5, celle obtenue à l'échelle I est de 21, elle équivaut la note étalonnée de 5 .La note obtenue à l'échelle J est de 07, elle revoit à la note étalonnée de 4. Le totale obtenue par Maissa au questionnaire est de soit une note étalonnée de 5.

Ainsi à l'échelle A, qui représente les réactions immédiates physiques et psychiques pendant l'événement, aux items A1 « avez-vous ressenti de la frayeur ? » A2 «Avez-vous ressenti de l'angoisse ? » A3 « Avez-vous eu le sentiment d'être dans un état second ? » A4 « avez-vous eu des manifestations physique comme, par exemple, des tremblements, des suées, une augmentation de la tension, des nausées ou des battements du cœur ? ». A5 «

Avez-vous eu la conviction que vous alliez et/ou d'assister à un spectacle insoutenable ?». A6 «Avez-vous eu la conviction que vous allez mourir et/ou d'assister à un spectacle insoutenable ? » A7 « vous êtes –vous senti seul(e), abandonner par les autres ? » Et A8 « Vous êtes-vous sentis impuissant(e) » Maïssa a coché la case 3 qui correspond à une intensité très forte de ses manifestations.

À l'échelle B, qui représente le symptôme pathognomonique de répétition à savoir les reviviscences, l'impression de revivre l'événement, les flashes et l'angoisse attachée à ces répétitions, aux items B1 «Est-ce que des souvenir ou des images reproduisant l'événement s'imposent à vous durant la journée ou la soirée ». B2 « revivez-vous l'évènement dans des rêves ou des cauchemars ? » B3 « Est-il difficile pour vous de parler de l'événement ? ». Et B4 «Ressentez-vous de l'angoisse lorsque vous repensez à ces évènements ? » » Maïssa a coché la case 3 qui correspond à une intensité très forte de ses manifestations.

À l'échelle C, qui représente les troubles du sommeil. Aux items C1 « Depuis l'événement avez-vous plus de difficultés d'endormissement qu'auparavant ? » C2 « Faites-vous d'avantage de cauchemars ou de rêves terrifiants (au contenu sans rapport direct avec l'événement) » Maïssa coché la case 3 qui correspond à une très forte intensité de la manifestation. Aux items C3 « Avez-vous plus de réveils nocturnes ? » C4 « Avez-vous l'impression de ne pas dormir du tout ». C5 «êtes-vous fatigué au réveil ? » Maïssa coché la case 2 qui correspond à une forte intensité de la manifestation.

À l'échelle D qui représente l'anxiété, l'état d'insécurité et les évitements, a l'item D1 « Etes-vous devenu anxieux (se), tendu(e) depuis l'événement ? ». Maïssa a coché la case 2 qui correspond à une forte intensité de la manifestation, aux items D2 « Avez-vous des crises d'angoisse ? ». D3 « Craignez-vous de vous rendre sur des lieux en rapport avec l'événement?» D4 « Vous sentez vous en états d'insécurité ?». et D5 « Evitez-vous des lieux, des situations ou des spectacles (TV,cinéma) qui évoquent l'événement ?». Elle a coché la case 3 qui correspond à une très forte intensité de la manifestation.

À l'échelle E qui représente l'irritabilité, la perte de contrôle, l'hypovigilance et l'hypersensibilité, aux items E1 « Vous sentez vous plus vigilant (e), plus attentive aux bruits qu'auparavant, vous font-ils sursauter ? » E2 « Vous estimez vous plus méfiant qu'auparavant ? » E3 «Etes-vous plus irritable que vous ne l'étiez avant ? ». E4 « Avez-vous plus de mal à vous maîtriser (crise de nerfs) ou avez-vous davantage tendance à fuir une situation insupportable ? ». E5 « Vous sentez vous plus agressif (Ve) ou craignez-vous de ne plus

contrôler votre agressivité depuis l'événement ? ». Et E6 « Avez-vous eu des comportements agressifs depuis l'événement ? » Maïssa a coché la case 3 qui correspond à une très forte intensité de la manifestation.

À l'échelle F qui représente les réactions psychosomatiques, physiques et les troubles addictifs, Aux items F1 « Lorsque vous y repensez ou que vous êtes dans des situations qui vous rappellent l'événement avez-vous des réactions physiques telles que par exemple maux de tête, nausées, palpitations, tremblements, sueurs respiration difficile ? ». F2 « Avez-vous observé des variations de votre poids ? » F3 « Avez-vous constaté une détérioration de votre état physique général ? ». F4 « Depuis l'événement avez-vous des problèmes de santé dont la cause a été difficile à identifier ? ». Maïssa a coché la case 3 qui correspond à une très forte intensité de la manifestation. A l'item F5 « Avez-vous augmenté la consommation de certaines substances (café, cigarette, alcool, médicaments, nourriture) ? » elle a coché la case 0 qui correspond à une nulle intensité de la manifestation.

À l'échelle G qui représente les troubles cognitifs soit la mémoire, la concentration et l'attention, Aux trois items de cette échelle à savoir G1 « Avez-vous plus de difficulté à vous concentrer qu'auparavant ? », et G2 « Avez-vous plus de trous de mémoire qu'auparavant ? » elle a coché la case 3 qui correspond à une très forte intensité de la manifestation. Enfin à l'item G3 « Avez-vous des difficultés à vous rappeler l'événement ou certains éléments de l'événement ? » Maïssa a coché la case 0 qui correspond à une nulle intensité des manifestations.

À l'échelle H qui représente les troubles dépressifs, aux items H1 « Avez-vous perdu l'intérêt pour des choses qui étaient importantes pour vous avant l'événement ? », H2 « Manquez-vous d'énergie et d'enthousiasme depuis l'événement ? », H3 « Avez-vous des impressions de lassitude, de fatigue et d'épuisement ? » H4 « êtes-vous d'humeur triste et /ou avez-vous des crises de larmes ? ». H5 « Avez-vous l'impression que la vie ne vaut pas la peine d'être vécue, voire des idées suicidaires ? H7 « Depuis l'événement votre avenir vous a-t-il paru ruiné ? » et H8 « Avez-vous tendance à vous isoler ou à refuser les contacts ? » Maïssa a coché la case 3 qui correspond à une très forte intensité de ces manifestations. A l'item » H6 « éprouvez-vous des difficultés dans vos relation affectives et/ou sexuelles ? », Elle a coché la case 0 qui correspond à une nulle intensité de la manifestation.

À l'échelle I qui représente le vécu traumatique, à l'item. I1 « Vous arrive-t-il de penser que vous êtes responsable de la façon dont les événements se sont déroulés ou que

vous auriez pu agir autrement pour en éviter certaines conséquences ». I2 « Vous sentez-vous coupable de ce que vous avez pensé ou fait durant l'événement ? », I3 « Vous sentez-vous humilié(e) par ce qui s'est passé ? », I4 « Depuis l'évènement vous sentez-vous dévalorisé(e) ? ». I5 « Ressentez-vous depuis l'événement de la colère violente ou de la haine ? », I6 « Avez-vous changé votre façon de voir la vie, de vous voir vous-même, ou de voir les autres ? ». I7 « pensez-vous que vous n'êtes plus comme avant ? » Maïssa a coché la case 3 qui correspond à une très forte intensité de ces manifestations.

À l'échelle J qui représente la qualité de vie Nous pouvons constater que Maïssa poursuit son activité scolaire (item J1). Néanmoins elle a l'impression que ses performances scolaires et ses capacités ne sont équivalentes à avant (itemJ2). Elle ne continue pas à rencontrer ses amis avec la même fréquence (itemJ3). Ainsi elle a rompu de relations avec des proches depuis l'événement (itemJ4). Aussi Maïssa se sent incomprise par les autres (item J5) et abandonné par eux (itemJ6). Et elle n'a pas trouvé du soutien auprès de ses proches (itemJ7). Aussi Maïssa recherche d'avantage la compagnie d'autrui (item J8). Elle ne pratique plus autant de loisir qu'auparavant (itemJ9). Et ne trouve plus le même plaisir qu'auparavant (itemJ10). Enfin Maïssa n'a pas l'impression d'être moins concernée par les événements qui touche son entourage (itemJ11).

À partir de ces données, en utilisant le tableau nous pouvons conclure que Maïssa présente un traumatisme très fort à la suite de son Abus sexuelle.

4.5 Synthèse des données du questionnaire TRAUMAQ De Maïssa:

A travers les résultats de l'analyse TRAUMAQ, on peut déduire que le score total de Maïssa est de 147 équivaut à un score total étalonné de 5, qui est selon le manuel un traumatisme fort suite à son événement d'abus sexuel. En effet. Maïssa présentait un syndrome psycho traumatique sévère selon les recommandations, le questionnaire soulignait la présence d'une réaction immédiate, physique et psychologique de très forte intensité étant donné le score à l'échelle A. De plus, par rapport à l'échelle B, de très fortes manifestations pathologiques prononcées des réactions ont été observées, ainsi qu'un fort symptôme associé aux troubles du sommeil de l'échelle C. De plus, Maïssa pourrait également présenter une très forte anxiété, insécurité et évitement obsessionnel ressemblant comme témoigne l'échelle D, une forte hypersensibilité traduite par un score très élevé sur l'échelle E, de très forte réaction psychosomatique et physiques vu le score élevés à l'échelle F, de fortes manifestations de troubles de la mémoire de la concentration et de l'attention sont observées à

l'aide des scores élevés sur l'échelle G, un symptôme dépressif très fort est traduit par le score H, une très forte expression d'un vécu traumatique comme en témoignent les scores de l'échelle I ainsi que la baisse moyenne de la qualité de vie marquée de par les scores de l'échelle J.

B. Discussion des hypothèses

1. Hypothèse générale

Les résultats obtenus de l'analyse des entretiens avec quatre cas d'adolescent victime d'abus sexuel, dans le but de savoir si ces derniers présentaient une symptomatologie traumatique.

Démontrent que la totalité des cas avaient présentés une symptomatologie consécutive à l'évènement traumatique qu'ils ont subi, elle est similaire pour tous les adolescents, mais on doit préciser que les entrevues ce sont résumées à un seul entretien, ce qui nous a pas permis d'approfondir et d'avoir assez de données.

Donc on va essayer de rapporter les symptômes qu'on a pu conclure par tous les cas : Sentiment de honte, Baisse des performances avec difficulté d'acquisition mnésique et difficulté de concentration, colère et irritabilité, perte d'intérêt, l'isolement, trouble de sommeil, cauchemars, souvenirs répétitifs, la tristesse, perte d'intérêt.

On tient à préciser que tous les symptômes suscités ont été retrouvé dans nos références théoriques.

On constate donc que notre hypothèse générale qui spécifie que les adolescents victimes d'abus sexuel présentaient une symptomatologie traumatique se trouve confirmée avec tous nos cas.

2. Hypothèse partielle

L'abus sexuel détruit le devenir psychologique des victimes et entraîne divers troubles.

L'abus sexuel entraîne toujours de divers troubles que le PTSD, tel que : rejet et abandon, désespoir accompagné de troubles dépressifs, un sentiment de honte et culpabilité, des maladies psychosomatiques, trouble de sommeil, trouble de conduite, et troubles de l'humeur.

On a confirmé cette hypothèse à partir de nos trois cas suivants :

- Premier cas : Melinda

La vie de la demoiselle Melinda a totalement changé après son viol, à partir de l'entretien, la victime a révélé que le crime de son ex accompagnant a détruit sa vie, ce qui la poussé à tenter de mettre fin à sa vie.

Par le biais du questionnaire de TRAUMAQ, on a constaté que la victime souffre de divers troubles tel que : la dépression, l'anxiété, le sentiment de honte, trouble de sommeil, trouble de l'attachement, trouble de l'humeur, et un faible estime de soi.

- **Deuxième cas : Maissa**

Les entretiens avec Melle Maissa ont démontré que le viol, surtout avec l'incompréhension de la part de sa famille ou tout le monde l'accusé, ce qui a poussé Maissa à faire une fugue et développé des conduites déviantes comme par exemple la consommation de drogue et du tabac.

A partir du questionnaire de TRAUMAQ, on a constaté que la victime présente plusieurs troubles tel que : l'isolement, l'anxiété, un faible estime de soi, une dépression, un manque d'affection.

- **Troisième cas : Kamelia**

A compter des entretiens effectués avec Kamelia, on a trouvé que cette adolescente souffre de se viole, et surtout le fait qu'elle n'a pas trouvé le soutien de sa famille et que tout son entourage, proches, amis, se moque d'elle.

Et à partir du questionnaire de TRAUMAQ on a détecté l'existence de plusieurs troubles psychologique et psychosomatique tel que : une forte anxiété, trouble de l'humeur, l'isolement, trouble de sommeil, des troubles alimentaires.

Conclusion

A partir de notre étude de ces cas, on a pu confirmer nos hypothèses. En effet les quatre cas présentaient des symptômes du traumatisme psychique, et un ESPT intense. Et même leur devenir est détruit par les conséquences de cet abus sexuel qu'ils ont subi.

Conclusion

Conclusion

Pour conclure ce modeste travail, on pourra expliquer que ce qui nous a poussé à aborder ce sujet assez sensible dans notre société qui est « L'abus sexuel », c'est bien à la fois l'augmentation de son taux qui s'évolue de plus en plus, également le fait que ce phénomène est considéré comme un sujet tabou, et que personne n'ose d'en parler et essayent de l'ignorer pour cause de l'honneur et de la dignité. Excessivement, le manque d'éducation sexuelle chez les adolescents victimes de cet acte monstrueux.

Dans le cadre de notre recherche, nous avons abordés la thématique « Traumatisme psychique chez les adolescents victimes d'abus sexuel », afin d'arriver aux objectifs retracés pour notre recherche et de vérifier les hypothèses proposé au début. Nous avons effectuées notre recherche scientifique au sein de l'hôpital « Franz Fanon », qui a été limité à quatre cas. Dont on a utilisés comme instrument : l'entretien clinique semi-directif et le questionnaire TRAUMAQ, a fin de mesuré l'intensité de traumatisme psychique chez ses victimes.

A partir des entretiens effectués avec les adolescents qui ont vécus des abus sexuels, on a constatés la manifestation d'un Traumatisme psychique intense, divers troubles complexes tel que la dépression, sentiment de honte, la peur, trouble sexuelle, une perte d'estime de soi.

Pour finir, on pourra dire que ce travail reste un premier pas pour un long chemin, qui aura pour but de casser le tabou, afin de bien protégé les adolescents de ce danger. Nos éventualités sont donc de faire des éducations sexuelles, des valeurs culturelles et religieuses de notre société, et d'élaborer des programmes de prévention et de sensibilisation conte cette méchanceté.

La liste bibliographique

Références bibliographiques

1. American psychaitric association. (2015). DSM-5 : manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. Paris : Elsevier Masson.
2. Akvaag, HF et All. (2016). « étude de population sur la honte et la culpabilité liées aux traumatisme psychique après l'abus sexuel ».
3. Arden, MD. (2019). « l'abus sexuel des enfants et la moralisation de la pureté ».
4. Ait- zai, N. (2015). « étude sur les violences sexuelles à l'encontre des adolescents en Algérie ».
5. Barudy, J. (2007). « La douleur invisible de l'enfant : approche éco-systémique de la maltraitance. Toulouse, France.
6. Braconnier, A. (2013). Traumatisme psychique. et F. Parot , Dictionnaire de psychologie : 3 e éd, Paris, France
7. Bisson, B (2015) Séquelle de l'abus sexuel chez l'enfant selon la période développementale (doctoral dissertation ,université Laval
8. Bloch ,H chermana ,K (2000) Grand dictionnaire de la psychologie ,paris la Rousse
9. Blanchet, A. (2007). L'enquête et ses méthodes: l'entretien. Paris : Armand Colin.
10. BECK F, RICHARDS JB. Les comportements de santé des jeunes. Analyses du Baromètre santé 2010. Saint-Denis : Inpes, coll. Baromètres santé : 344, 2013.
11. Bertkand, J « Efficacité des médias de masse pour changer l'éducation au VIH/SIDA sur le comportement, les connaissances et les attitudes sexuelles. Revue en ligne. 2011.
12. Bouchard JP, Franchi C, Bourre´e C, Lepers C, Quillerou B. Psychotraumatologie : conséquences psychologiques de l'explosion de l'usine AZF de Toulouse sur le personnel d'une entreprise voisine. évaluation clinique post catastrophe et intérêt de développer un plan blanc psychologique et psychiatrique. Ann Med Psychol 2019
13. Bornefeld-Emanuel, P et All. « Fonctionnement sexuel après un abus durant l'enfance », 2018.
14. Bisson, B. (2015). Séquelles de l'abus sexuel chez l'enfant selon les périodes développementales (Doctoral dissertation, Université LAVAL).
15. Braconier,A. (2013). « Traitement psychique », 3ed Paris, France.
16. Charpentier, M. (2020). Inacceptable : témoignages de survivantes d'exploitation sexuelle et de proxénètes. Québec : Béliveau Éditeur.
17. Cottencin O. (2009). « Les traitements du psychotraumatisme. Stress et trauma ».

18. Cyrulnik, B. (2016). Postface. In S. Ionescu (Dir), Résiliences. Ressemblances dans la diversité Paris : Odile Jacob.,q
19. Chahraoui, Kh., et Benony, H. (2003), méthode évaluation et recherche en psychologie clinique. Paris : Dunod.
20. Crocq,L. (2007). « Traumatisme psychique, prise en charge psychologique des victimes. Paris, France ».
21. Crocq, L. (2011-2019). « Traumatisme psychique chez le nourissant, l'enfant, l'adolescent » : 2ed Dunod, Paris. France.
22. Diallo, B. (2017). S'outiller pour mieux agir : Guide d'information destiné aux proches des victimes d'exploitation sexuelle.
23. Daigneault, I., Cyr, M. & Tourigny, M. (2003). « Profil psychologique ».
24. Daniel Marcellin et Alain braconnier (adolescence et psychopathologie 8 eme édition année 2013 Paris.
25. Daligand, L. (2009). « Le psychotrauma de l'enfant. Stress et Trauma ».
26. Dimouro, J. et All (2018). « Traumatisme sexuel vs non sexuel, satisfaction et fonction sexuel ».
27. Direction de Santé Publique du Québec, «Les comportements sexuels consensuels chez les jeunes du secondaire agés de 14 ans et plus au Saguenay-Lac-Saint Jean,» Québec, 2017
28. Ecole de Santé Publique de Kinshasa, «Enquete sur les connaissances, attitudes, comportements et les habitudes par rapport au VIH/SIDA parmi les jeunes de 15 à 18 ans dans les milieux scolaires de la ville de Kinshasa en RDC.,» Kinshasa, Avril, 2007.
29. Florence, T. (2015). « Les abus sexuels », ed : Odile Jacob.
30. GODEAU E, (2012). ARNAUD C, NAVARRO F. La santé des adolescents à la loupe. 2012
31. GUIELLA G. (Janvier, 2012). Comportements sexuels chez les adolescents en Afrique sub-Saharienne: l'exemple du Burkina Faso, du Ghana,du Malawi et de l'Ouganda, Montréal,
32. Granot, M et All (2018). « Traumatisme, style d'attachement et somatisation ».
33. Granot,M et All (2020). « Antécédents de violences sexuelles et conséquences négatives associées ».

34. Hingray C, Aïm P, El-Hage W, Bilodeau M. Stratégies thérapeutiques des traumatismes. 11^e Rapport du Congrès de psychiatrie et de neurologie de langue française. Tours: Presses universitaires François Rabelais.
35. Jacobis M, Boyd SJ, Gray MJ (2020) Antécédents de violence sexuelle et
36. Conséquences négatives associées : le rôle médiateur de l'insatisfaction liée à l'image
37. Corporelle. Journal de la perte et du traumatisme.
38. KALAU MUTEY Jean Marie, «Etude de déterminants socio familiaux associés aux comportements sexuels à risque des adolescents de Lubumbashi : Une contribution à la théorie socio psychologique de la santé,» Lubumbashi, 2013.
39. Lopez, G(2013) Enfant violé et violenté le scandale ignoré. paris
40. Lalor, K et McEvanley, R (2013) , l'abus sexuel ;discussion de définition ,éléments de diagnostic et de prévention .paris
41. Lemoine, P (2015) Evolution des concepts de violence sexuelle à travers l'histoire, paris
42. Leibogot .F(2006) Le traumatisme psychique, Bruxelles Belgique
43. Layh M, Rudolph K, Littleton H. (2020) Comportement à risque sexuel et satisfaction sexuelle chez les victimes de viol : examen des motifs sexuels en tant que médiateur. Journal des traumatismes et de la dissociation.
44. MATHIEU Goyette et JORGE Flores-Aranda, «Consommation de substances psychoactives et sexualité chez les jeunes : une vision globale de la sphère sexuelle,»
45. NSAKALA Gabriel, (2014) «Communication stratégique pour améliorer la double prévention des IST/SIDA et des grossesses non désirées chez les adolescents à Kinshasa, RDC : Enjeux et perspectives de l'éducation sexuelle participative,» Bruxelles,
46. Nicolas, G (2020), les adolescents victimes et auteurs de violences sexuelles, hal Id : Dumas
47. ONUDCq : (2015), «Rapport mondial sur les drogues,» Vienne
48. Organisation Mondiale de la Santé. Classification statistique internationale des maladies 1288 et problèmes de santé connexes (11^e révision) ; 2018
49. Quillerou B, Bouchard JP. Les urgences psychiatriques.
50. Ricard-Guay, A. (2015). Exploitation sexuelle d'adolescentes et jeunes femmes au Québec : perceptions et interventions.
51. Ricard-Guy, A (2015) exploitation sexuelle d'adolescents et jeune femme au Québec : perception et intervention

52. Raffet, Y (2016) déficit à l'identification rapide des enfants ont été traités victimes de la traite à des fins d'exploitation sexuelle commerciale
53. Robitaille, C., & Tessier, D (2010). « Trente ans après...Les défis de l'intervention féministe dans les centres d'aide et de lutte contre les agressions à, Éditions du Remue-Ménage
54. Stéphane, J (2018) combattre l'abus sexuel des enfants ED des clés de browser
55. Sebastiao , M-P (2012) traumatisme et vieillesse et enjeux psychique , PARIS
56. Shapiro F. Manuel d'EMDR : principes protocoles et proce' dures. Inter Editions; 2007.
57. Schloenhardt, A., & Klung, B. (2011). « Traite des personnes et santé des victimes en Australie », dans Journal of Law and Medicine, vol. 19,
58. Snipes DJ, Calton JM, Green BA, Perrin PB, Benotsch EG. Viol et état de stress post-traumatique (ESPT) : examen du rôle médiateur des croyances explicites sur le pouvoir sexuel pour les hommes par rapport aux femmes.
59. Tarquinio C(2019) Bouchard JP. Psychologues et psychothérapies
60. Zerubavel N, Messman-Moore TL, DiLillo D, Gratz KL. L'abus sexuel pendant l'enfance et la peur de l'abandon modèrent la relation entre la violence conjugale et la sévérité de la dissociation. J Dissociation des traumatismes. février 2018

Site internet :

- www.cairn.com
- www.statista.com

Table des matières

Remerciement

Dédicace

Listes des annexes

Liste d'abréviation :

Introduction 3

Chapitre 01 : Cadre générale de la problématique

I-Problématique 5

II- Les hypothèses..... 10

III- Opérationnalisation des concepts 10

IV- Objectif de la recherche 11

Chapitre 02: L'abus sexuel

Préambule 10

1- Définition des concepts 10

2- L'histoire de l'abus sexuel..... 12

3- Facteurs de risque d'abus sexuel 16

1 Un milieu familial difficile..... 16

2. Des conflits entre les parents..... 17

3. Tout niveau socio-économique 17

4. Les lieux de placement plus à risque..... 18

4 - Les types d'abus sexuel..... 18

1 L'abus sexuel intrafamilial: la famille, lieu merveilleux mais parfois si dangereux 18

1-1 L'inceste de premier degré et ses conséquences..... 18

1-2 L'inceste par un autre membre de la famille 19

2 L'abus sexuel extrafamilial 19

2-1 L'abuseur est connu par la famille de la victime 20

2-2 L'abuseur est inconnu 21

3 L'abus sexuel collectif 21

4 Les abus sexuels qui se déroulent sur une longue période 22

5 - les caractéristiques de l'abus sexuel sur l'adolescent 22

6 - Les circonstances de la découverte 23

7 - conséquence d'abus sexuel 23

7-1 Conséquence physique..... 23

7-2 Conséquences psychique 24

7-3 Conséquences socio-économique	25
8. Prise en charge de la victime d'un abus sexuel.....	26
8-1 Thérapie cognitivo-comportementale (TCC) :.....	26
8-2 Thérapie centrée sur les émotions :.....	27
8-3 La thérapie psychodynamique à orientation psychanalytique:.....	27
8-4 Groupes de soutien :.....	28
8-5 La désensibilisation et retraitement par les mouvements oculaires :.....	28
8-6 Prise en charge de la famille	28
Conclusion.....	Erreur ! Signet non défini.

Chapitre 03: Le traumatisme psychique

Préambule	30
1- Définition du trauma :	30
2- Histoire du traumatisme psychique :	Erreur ! Signet non défini.
3-Les symptômes du trouble stress –post –traumatique :	38
3-1 Symptômes de la reviviscence de souvenirs traumatiques :	39
3-2 Symptômes d'évitement des stimuli pouvant déclencher la reviviscence de l'événement traumatique :.....	39
3-3 symptômes de dissociation (ce groupe de symptômes n'est pas personnalisé dans le DSM) :.....	39
3-4 Symptômes dysphoriques : ·	40
3-5 Les troubles Comorbides sont souvent associés à un état de stress traumatique.....	41
4- Types du traumatisme psychique :.....	41
4-1 Les traumatismes de type I, II et III, simples et complexes :.....	41
4-2 Les traumatismes directs et indirects	42
4-3 Les traumatismes indirects: la cicatrice sans la blessure	42
A. La transmission du traumatisme.....	43
B. La transmission intergénérationnelle des traumatismes	43
5- Clinique du trauma chez l'adolescent	44
A. La phase aigue	44
5-1 Les réactions immédiates chez l'adolescent	45
5-1.1 Réactions manifestes et traumatisme silencieux.....	45
A- Les réactions manifestes	45
B- Le traumatisme silencieux.....	45
C- Les réactions de stress dépassé.....	46
5.1.2 Réactions post-immédiates.....	48
5.1.3 L'apparition d'un syndrome post-traumatique.....	48

B La phase à long terme	50
5-2 Les syndromes psychotraumatique	50
52-1 L'état de stress post-traumatique	51
6- Les conséquences des traumatismes sexuels sur la sexualité des victimes :	53
6-1 conséquence aigue	Erreur ! Signet non défini.
6-2 Conséquences à long terme et facteurs aggravants	55
7- Conduite à tenir et prise en charge du traumatisme	55
7-1 Conduite à tenir avec l'adolescent :	55
A- L'abord psychothérapeutique.....	57
1- Le defusing (ou désamorçage).	57
2- Le débriefing	57
3- Les Thérapies Cognitivo-Comportementales	58
4- Les thérapies psychodynamiques.....	59
5- L'EMDR :	60
6- Autres thérapies :	61
B-L'abord pharmacologique	61
1- Les antidépresseurs	61
2- Les antipsychotiques atypiques.....	62
3- Les thymorégulateurs.....	62
Conclusion	Erreur ! Signet non défini.

Chapitre 04 : Adolescence

Préambule	63
1- Définition des concepts	63
1-1 L'adolescence	63
1-2 Adolescents	64
1-3 Crise d'adolescence	64
1-4 Le comportement sexuel	64
2- Les différents développements de l'adolescent	65
A. Le développement affectif.....	65
B. Le développement physique, cognitif, et psychologique	65
C. Le développement social de l'adolescent	71
D. Le développement sexuel de l'adolescent	71
3- Profil psychologique de l'adolescent abusé sexuellement	73
4- L'image du corps de l'adolescent abusé sexuellement	73
5-Le rôle du système nerveux central et de l'environnement :	74

6- Les déterminants du comportement sexuel a risque chez les adolescents	75
Conclusion.....	Erreur ! Signet non défini.

Chapitre 05: Méthodologie

Préambule	79
1- La démarche de la recherche et la population d'étude	79
1-1. La pré-enquête	79
1-2 La méthode clinique.....	80
1-3 L'étude de cas	80
2- Présentation du lieu de la recherche	80
3- La population d'étude.....	80
4- Les techniques de recherche	82
5- Difficultés de la recherche	89
Conclusion.....	Erreur ! Signet non défini.

Chapitre 06 : Présentation et analyse des cas et discussions des hypothèses

Préambule	90
A. Présentation et analyse des résultats	90
1 Présentation et analyse des résultats du 1er cas « YANIS » :.....	90
1.1 Présentation du cas	90
1.2 Présentation de l'entretien.....	90
1.3 Synthèse de l'entretien semi directif de Yanis :.....	91
1.4 Présentation et analyse des résultats du TRAUMAQ de Yanis :	91
1.5 Synthèse des données du questionnaire TRAUMAQ De Yanis :	95
2 Présentation et analyse des résultats du 2eme cas (Mélinda).....	96
2.2 Présentation de l'entretien	96
2.3 Synthèse de l'entretien avec Melinda:	98
2.4 Présentation et analyse des résultats du TRAUMAQ de Melinda :	98
2.5 Synthèse des données du questionnaire TRAUMAQ De Melinda :	101
3 Présentation et analyse des résultats du 3eme cas (Kamelia) :	102
3.1 Présentation du cas	102
3.2 Présentation de l'entretien.....	103
3.3 Synthèse de l'entretien avec Kamelia:	104
3.4 Présentation et analyse des résultats du TRAUMAQ de « Kamelia » :.....	104
3.5 Synthèse des données du questionnaire TRAUMAQ De Kamelia:.....	108
4 Présentation et analyse des résultats du 3eme cas (Maissa) :.....	109
4.1 Présentation du cas	109
4.2 Présentation de l'entretien.....	109

4.3 Synthèse de l'entretien avec Maissa:	110
4.4 Présentation et analyse des résultats du TRAUMAQ de «Maissa » :	111
4.5 Synthèse des données du questionnaire TRAUMAQ De Maissa:	114
B.Discussion des hypothèses	116
1. Hypothèse générale	116
2. Hypothèse opératoire.....	116
Conclusion	117
Conclusion Générale	118
Références bibliographiques	119
Annexes	

ANNEXE

Annexe 01

Annexe n°1 : Guide d'entretien semi-directif

Les données personnelles

- Prénom :
- Age :
- Sexe :
- Nombre de la fratrie :
- Position de la fratrie :
- La profession des parents :

Axe 01 : Renseignement concernant l'évènement de l'abus sexuel

- Peux-tu me parler de ce qui t'es arrivé ?
- Comment a été ta réaction pendant ce moment-là? (Manifestations relatives à la détresse péri traumatique). Quel était ton sentiment ?
- Peux-tu me décrire l'endroit où ça s'est passé et à quel rythme le temps passait ?
- Peux-tu me décrire ce que tu ressens quand on te parle de ce qui s'est passé ?

Axe 02 : Renseignement sur la sociabilité de l'adolescent après le vécu de l'abus sexuel

- Peux-tu me parler de ta relation avec les membres de ta famille ?
- Peux-tu me parler de ton école ? ta relation avec les enseignants et les camarades de classe ?
- Quelle est la personne la plus proche de vous ?

Axe 03 : La qualité du sommeil et de l'alimentation

- Comment est ton sommeil ?
- Est-ce que tu manges bien ?

Annexe 02

Résumé

Cette recherche a pour objectif de mesurer l'intensité du traumatisme psychique des adolescents victimes d'abus sexuel et de mettre en évidence les symptômes engendrés par celui-ci.

Nous avons effectué notre stage au sein du service médecine légale (CHU de Bejaia), sur quatre adolescents âgés de 12 à 18 ans. En utilisant l'entretien clinique semi-directif, ainsi que le questionnaire TRAUMAQ qui mesure l'intensité et la fréquence des manifestations du traumatisme psychique, ainsi que leur vécu traumatique c'est-à-dire leur réparation sociale.

Les résultats obtenus montrent que les victimes manifestent un traumatisme psychique très fort et entraînent divers

يهدف هذا البحث إلى قياس شدة الصدمات النفسية التي يتعرض لها المراهقون ضحايا الاعتداء الجنسي وإبراز الأعراض التي تسببها

أجرينا تدريبنا في قسم الطب الشرعي في بجاية على أربعة مراهقين تتراوح أعمارهم بين عاماً

باستخدام المقابلة السريرية شبه التوجيهية وكذلك استبيان الذي يقيس شدة وتكرار مظاهر الصدمة النفسية فضلاً عن تجربتهم المؤلمة وهذا يعني ظهورهم الاجتماعي مرة أخرى

تظهر النتائج التي تم الحصول عليها أن الضحايا يظهرون صدمة نفسية قوية للغاية وتؤدي إلى اضطرابات نفسية مختلفة

This research aims to measure the intensity of the psychological trauma of adolescent victims of sexual abuse and to highlight the symptoms caused by it.

We carried out our internship in the forensic medicine department (CHU of Bejaia), on four teenagers aged 12 to 18. By using the semi-directive clinical interview, as well as the TRAUMAQ questionnaire which measures the intensity and frequency of the manifestation of psychic trauma, as well as their traumatic experience, that is to say their social reappearance.

The results obtained show that the victims manifest a very strong psychological trauma and lead to various psychological disorders.