



جامعة بجاية
Tasdawit n Bgayet
Université de Béjaïa

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 Master en Psychologie

Option : Psychologie Clinique

La dissociation traumatique chez les adolescents victimes d'agressions sexuelles :

Étude Clinique de 04 cas âgés entre 13 et 17 ans au CHU de Tlemcen

Réalisé par :

HAMED MOHAMED

Encadreur

Pr. HATEM Wahiba

Soutenu le 11 septembre 20223

Devant les Membres du jury

Dr. MEKHOUKH Halima : Présidente

Pr. HATEM Wahiba : Rapporteure

Dr. BOUCHERMA Samia : Examinatrice

Année universitaire 2022/2023

Remerciements

J'aimerais commencer par exprimer toute ma reconnaissance à l'attention du Professeur Hatem Wahiba, dont la gentillesse indéniable, le soutien constant sans faille, les conseils inappréciables et la patience inflexible m'ont accompagné durant toutes mes années d'études à l'université. Avoir eu comme mentor une telle chance a été inestimable pour moi et cette expérience.

C'est un honneur pour moi d'adresser mes sincères remerciements remplis d'une profonde reconnaissance envers la Professeur Dib Zahira qui a gracieusement offert sa précieuse aide et ses conseils inestimables tout au long de mes études universitaires à l'université de Tlemcen.

Mes parents, maman et papa, méritent un immense merci pour l'inébranlable soutien qu'ils m'ont apporté ainsi que les nombreux sacrifices faits au cours des années. À quel point je serai en mesure de rembourser ou de remercier suffisamment mes héros, cela restera une énigme pour moi. Ma vie sera vécue d'une manière honorant vos sacrifices, à laquelle je m'efforcerai. Lorsque j'en avais le plus besoin, l'encouragement constant et l'humour de mes sœurs et mes frères ont été d'un grand réconfort dont je tiens également à exprimer ma gratitude.

Je tiens à adresser mes remerciements sincères envers ma psychologue qui a été présente tout au long de mon parcours de guérison.

Mes amis, qui ont partagé avec moi certains des meilleurs souvenirs de ma vie, méritent vraiment un grand merci de ma part.

Mohamed ...

Table des matières

Table des matières

Remerciements	I
Table des matières.....	II
Liste des abréviations :	VII
INTRODUCTION.....	1

CADRE GENERAL DE LA PROBLEMATIQUE

Contextualisation.....	11
Etudes antérieures :	13
Problématique.....	17
Hypothèse :.....	17
L'opérationnalisation des concepts.....	18
L'objectif de recherche:	19

PARTIE THEORIQUE

CHAPITRE I : LES AGRESSIONS SEXUELLES

Préambule :	22
1. Définition des violences sexuelles :	22
2. Prévalence des violences sexuelles :.....	25
3. Types d'agression sexuelle :	26
4. Victime d'agression sexuelle :	28
5. Les réactions psychologiques après l'agression sexuelle :.....	29
6. Les problèmes psychologiques et psychiatriques à long terme.....	29
7. Les facteurs de prédisposition aux réactions psychologiques :.....	30
8. Les conséquences des agressions sexuelles :	31
9. La clinique des adolescents après une agression sexuelle :	33
10. Stratégies de survie pour les victimes d'agression sexuelle :.....	33
11. Formes cliniques de violence sexuelle :	35
12. Problèmes liés au diagnostic des victimes d'agressions sexuelles :	35
13. Évaluation des symptômes chez les victimes d'agression sexuelle :.....	37
14. Manifestations cliniques chez les adolescents victimes d'agressions sexuelles : ...	38
15. Les effets de la mémoire traumatique : décomposition, amnésie et dépersonnalisation :	70
Synthèse.....	41

CHAPITRE II : LA DISSOCIATION TRAUMATIQUE

Partie 1 : Le traumatisme psychique

Préambule :.....	43
1. Histoires de traumatisme :	44
2. Définition de traumatisme :	45
3. Prévalence des événements traumatisants :	48
4. Types de traumatisme : différentes formes de traumatisme :	49
5. Risque de développer un TSPT selon le type de traumatisme:	53
6. Traumatisme et cerveau :.....	54
7. Symptômes de traumatisme psychique :.....	57
8. Traumatisme psychologique dans la classification mondiale :.....	58
9. Deuil post-traumatique :	59
10. Mémoire Traumatique et Différence avec un Souvenir Normal :	60
11. La dissociation péritraumatique : un mécanisme de défense contre le traumatisme:.....	62
12. Les réactions des adolescents face à un événement traumatisant :	63
13. Les facteurs influençant les troubles psychotraumatiques chez les adolescents : .	65
14. Symptômes du trouble de stress post-traumatique (TSPT) et signes d'alerte de deuil traumatique chez les adolescents :	66

Partie 2 : La dissociation traumatique

Préambule :.....	67
1. Histoire de la dissociation :	68
2. La Dissociation: Un Mécanisme de Défense Face aux Traumatismes :.....	68
3. De la dissociation normale à la dissociation dysfonctionnelle : du normal au pathologique :	70
4. Parties dissociatives de la personnalité : fonctions et défis :.....	73
5. Difficultés rencontrées par les personnes traumatisées :	74
6. Systèmes d'actions évolutifs :.....	74
7. Prévalence :.....	75
8. Type de dissociation :.....	76
9. Dissociation structurelle :	78
10. Neurobiologie de la symptomatologie dissociative :.....	79

11. Symptômes de dissociation traumatique :	80
12. Dissociaion dans la classification mondiale :	88
13. La peur de la perte dans l'état de dissociation traumatique (Steele et al, 2018) :.	91
14. l'attachement désorganisé et les processus dissociatifs chez les adolescent :.....	92
Synthèse.....	93

PARTIE PRATIQUE

CHAPITRE III : METHODOLOGIE DE LA RECHERCHE

Préambule	96
1- La démarche de la recherche :.....	96
1.1 La Pré-enquête :	96
La Démarche Clinique :.....	97
La Méthode Descriptive :	97
L'Étude de Cas :	98
2- Présentation du cadre de la recherche :.....	98
Synthèse :.....	103

CHAPITRE IV : PRESENTATION, ANALYSE DES RESULTATS ET DISCUSSIONS DES HYPOTHESES

Préambule :.....	106
Présentation de cas 01:.....	106
Synthèse de l'entretien:	107
Les scores obtenus sur les échelles d'évaluations :	108
Synthèse des données des questionnaires :	108
Présentation de cas 02	108
Synthèse de l'entretien :	109
Les scores obtenus sur les échelles d'évaluations :	110
Synthèse des données des questionnaires :	110
Présentation de cas 03 :.....	110
Synthèse de l'entretien :.....	112
Les scores obtenus sur les échelles d'évaluations :	112
Synthèse des données des questionnaires :	112
Présentation de cas 04 :.....	112

Synthèse de l'entretien :	114
Les scores obtenus sur les échelles d'évaluations :	114
Synthèse des données des questionnaires :	114
Analyse et discussion des résultats :	115
Discussion résultats et vérification des hypothèses :	119
Hypothèse générale :	119
Hypothèse partielle 2 :	120
Hypothèse partielle 3 :	121
Synthèse :	121
Conclusion.....	124

Bibliographie

Annexes

Liste des tableaux et des figures

Liste des Tableaux

Tableau 01 : "Tableau des Phénomènes Dissociatifs et Leurs Manifestations Associées" -----	85
Tableau 02 " Stress Aigu, Dissociation Péri- traumatique et Trouble de Stress Post-Traumatique : Observation Comparative" -----	85
Tableau 03 : Tableau récapitulatif des caractéristiques de groupe d'étude-----	99

Liste des Figures

Figure 01 : Les parties dissociatives qui gèrent le quotidien et les parties dissociatives liées au trauma. -----	77
---	----

Liste des abréviations :

A-DES : Échelle d'Auto-évaluation de la Dissociation pour les adolescents.

APA : American Psychological Association.

CHU : Centre Hospitalier Universitaire.

CIM-10 : Classification internationale des maladies 10.

CIM-11 : Classification internationale des maladies 11.

DSM-5 : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 5e édition.

Et al. : Et Autres

Etc. : Et Cetera

OMS : Organisation Mondiale de la Santé.

PCL-5 : Échelle de Diagnostic du Trouble de Stress Post-Traumatique pour le DSM-5.

PTSD : Trouble de Stress Post-Traumatique (en anglais).

SPSS : Statistical Package for the Social Sciences (logiciel statistique).

TSPT : Trouble de Stress Post-Traumatique (abréviation en français).

Introduction

Introduction

De graves préoccupations au sein des communautés et des systèmes de santé se trouvent suscitées par la violence sexuelle envers les adolescents qui constitue un problème majeur de santé publique à l'échelle mondiale, profondément impactant la vie des victimes. L'exposition d'un adolescent à une agression sexuelle entraîne souvent des séquelles psychologiques et émotionnelles profondes qui deviennent un obstacle majeur pour sa qualité de vie actuelle ainsi que pour son avenir. Suscitant une attention croissante dans la communauté scientifique et médicale, la dissociation traumatique est l'une des séquelles.

Dans le cadre du phénomène psychologique complexe qu'est la dissociation traumatique, il se manifeste une disjonction entre l'identité des individus ainsi que leurs émotions, sensations corporelles et conscience de soi. S'exprimant sous diverses formes, elle inclut notamment la dépersonnalisation, la déréalisation et l'amnésie traumatique. Souvent observée chez ceux qui ont subi des traumatismes intenses, tels que des agressions sexuelles, cette réaction psychologique se manifeste chez certaines personnes.

Des cas traités dans le Service de Médecine Légale du Centre Hospitalo-Universitaire de Tlemcen (CHU De Tlemcen). Afin d'examiner combien il y a de personnes souffrant de dissociation traumatique dans cette population vulnérable, L'objectif de l'étude clinique est d'analyser la dissociation associée à l'agression sexuelle subie pendant l'adolescence. De plus, elle vise à évaluer l'impact de cette expérience sur la santé mentale des individus concernés .

Les chapitres théoriques de cette étude seront entièrement ancrés dans des concepts théoriques à travers nos quatre chapitres complets. Le premier chapitre approfondira spécifiquement le sujet de l'agression sexuelle chez les adolescents. Ce chapitre fournira une analyse approfondie de ses diverses formes, y compris les facteurs de risque et les séquelles psychologiques fréquemment associées à de tels abus. De plus, nous explorerons les implications socioculturelles et légales des agressions sexuelles chez les adolescents.

Dans le deuxième chapitre, notre attention sera dirigée vers le thème du traumatisme et de ses conséquences sur les adolescents. Plus précisément, nous étudierons les réponses psychologiques et physiologiques qui émergent lorsque les adolescents sont confrontés à des événements traumatisants, tels que la violence sexuelle. Les théories du traumatisme, notamment le modèle du trouble de stress post-traumatique, seront examinées en détail. De plus, nous analyserons les réponses spécifiques et singulières que les adolescents présentent lorsqu'ils font face à des expériences traumatisantes. Par ailleurs, nous mettrons l'accent sur la dissociation, un mécanisme de défense psychologique fréquemment employé par les victimes d'agression sexuelle. Notre analyse portera sur les différentes manifestations de la dissociation, son émergence chez les adolescents, ainsi que sa corrélation avec l'agression sexuelle. En outre, nous approfondirons les théories explicatives de la dissociation et leur impact sur le bien-être psychologique des jeunes ayant vécu un tel traumatisme.

Les deux chapitres pratiques de ce mémoire seront centrés sur deux sujets principaux : la méthodologie de la recherche et l'application pratique des connaissances théoriques aux études empiriques. Le premier de ces chapitres pratiques offrira un aperçu de la méthodologie de recherche utilisée dans l'étude. Cet aperçu détaillera les procédures d'échantillonnage employées pour sélectionner les participants, les instruments de collecte de données utilisés et les méthodes employées pour analyser les résultats obtenus à partir de ces efforts.

CADRE GENERAL DE LA PROBLEMATIQUE

Contextualisation

La dissociation, en particulier chez les personnes ayant survécu à des agressions sexuelles, a suscité un intérêt croissant au cours des dernières années. Plusieurs études ont établi un lien significatif entre l'exposition à des traumatismes sexuels et l'émergence de symptômes dissociatifs (APA, 2006). Alors que certaines recherches se sont penchées sur les abus sexuels survenant dans l'enfance (Haffaf & Hatem, 2017), d'autres ont examiné les relations entre les agressions sexuelles à l'âge adulte et les symptômes dissociatifs (Khemakhem et al, 2023). Il est possible que la fréquence élevée des traumatismes sexuels signalés dans diverses études ait contribué à l'augmentation de la prévalence des phénomènes dissociatifs. De plus, il a été constaté que la dissociation chez les adolescents est positivement corrélée au stress ou à la maltraitance subie pendant l'enfance (Sanders et al, 1991).

Bien que la dissociation ait été principalement associée à la victimisation infantile, des recherches ont également révélé son lien avec une faible estime de soi et des symptômes de détresse psychologique, comme l'ont démontré (Power & Duggan, 2000).

Tout au long de leur vie, il est courant que des individus, y compris des enfants et des adolescents, soient confrontés à des événements traumatiques (APA, 2006). Selon l'American Psychological Association (APA), le traumatisme est une réponse émotionnelle à un événement terrible, comme une catastrophe naturelle, une agression sexuelle ou un accident grave. Le choc initial et le déni sont des réactions typiques à de tels événements. Les réponses à long terme peuvent inclure des explosions émotionnelles imprévisibles, des flashbacks, des relations tendues et des symptômes physiques tels que des nausées ou des maux de tête. Bien que ces réactions certaines personnes peuvent avoir du mal à avancer dans leur vie (Gilles, 2020).

L'expérience d'un traumatisme peut entraîner un niveau élevé de stress, ce qui exige une grande capacité d'adaptation de la part de ceux qui l'ont vécu. Pour éviter les effets négatifs liés à la mémoire de l'événement traumatique, la plupart des individus ont tendance à recourir à la dissociation comme mécanisme d'adaptation (APA, 2001). Le DSM-5 définit la dissociation comme une perturbation ou une discontinuité anormale

dans l'intégration de plusieurs fonctions cognitives, émotionnelles et comportementales, telles que la conscience, la mémoire, l'identité, l'émotion, la perception, le contrôle moteur et la représentation corporelle (Duret, 2020).

Selon l'APA (2013), l'adolescence est définie comme la période de développement humain qui commence à la puberté (généralement entre 10 et 12 ans) et se poursuit jusqu'à la maturité physiologique (environ 19 ans), bien que sa durée puisse varier d'une personne à l'autre. Tout au long de cette phase, de nombreux changements surviennent dans les caractéristiques physiques, les caractéristiques sexuelles et les orientations sexuelles, ce qui peut avoir des répercussions significatives sur l'image corporelle, la perception de soi et l'estime de soi (Disord, 2018).

En raison de leur immaturité et de leur inexpérience, les adolescents sont plus vulnérables aux événements traumatiques, tels que les agressions sexuelles (Dupont, 2015). L'American Psychological Association (APA) définit l'agression sexuelle comme une activité sexuelle non consensuelle, pouvant impliquer l'utilisation de la force, des menaces ou l'exploitation de l'incapacité de la victime à donner son consentement. Les réactions initiales à une agression sexuelle peuvent inclure le choc, la peur ou l'incrédulité. À long terme, les personnes ayant subi une agression sexuelle peuvent développer des symptômes tels que l'anxiété, la peur ou le trouble de stress post-traumatique (TSPT) (APA, 2022).

Selon Haffaf & Hatem (2017), les victimes d'agressions sexuelles proviennent de divers milieux socioéconomiques et raciaux.

L'agression sexuelle est un acte odieux qui peut laisser des cicatrices permanentes sur la victime (Baril et al, 2019). Pour les adolescents, les séquelles d'une agression sexuelle peuvent être particulièrement dévastatrices, car ils sont encore en train de développer leur estime de soi et d'explorer leur sexualité (Roy, 2011). Les adolescents survivants d'une agression sexuelle peuvent éprouver des sentiments de honte, de culpabilité et de confusion à l'égard de l'incident (Villeneuve cyr, 2012). Ils peuvent également rencontrer des difficultés pour établir des relations de confiance et rencontrer des complications lorsqu'ils tentent de développer des relations saines (Roy, 2011).

Des études ont indiqué que les traumatismes tels que les abus physiques ou sexuels, la négligence ou le fait d'être témoin de violences peuvent augmenter la probabilité de dissociation pendant l'adolescence (Gušić et al, 2016). Ces événements peuvent provoquer une anxiété considérable et entraver les performances dans les milieux académiques, professionnels et communautaires (Özdemir et al 2015).

Le phénomène de dissociation traumatique à l'adolescence est un phénomène complexe à multiples facettes, souvent mal compris, qui peut avoir des implications profondes pour la santé mentale et le bien-être général des jeunes (Diseth et al, 2005). La dissociation est un mécanisme de défense du cerveau pour faire face à un stress ou à un traumatisme intense, et elle peut se manifester sous différentes formes, telles que la dépersonnalisation, la déréalisation et l'amnésie dissociative (Kedia, 2009).

Un domaine d'étude d'un intérêt particulier est la réponse dissociative chez les adolescents ayant survécu à des agressions sexuelles. Étant donné que les symptômes dissociatifs peuvent avoir des répercussions profondes et durables sur la santé mentale et le bien-être général de la victime, il est impératif d'approfondir notre compréhension du traumatisme dissociatif chez ces jeunes (Denis et al, 2020). Ce mémoire se concentre sur l'exploration du phénomène de traumatisme dissociatif chez les adolescents victimes d'agressions sexuelles. En utilisant une gamme de recherches dans ce domaine, ce travail examinera la prévalence et les caractéristiques des symptômes dissociatifs chez les adolescents ayant subi des agressions sexuelles, en se penchant spécifiquement sur le lien entre la dissociation et les traumatismes sexuels. De plus, nous analyserons comment les traumatismes peuvent influencer la manifestation de symptômes dissociatifs chez les adolescents ayant subi des agressions sexuelles. En menant une analyse complète de la littérature pertinente, ce mémoire vise à élargir notre compréhension de ce domaine critique et à fournir des informations qui peuvent éclairer les stratégies de prévention et les interventions psychologiques pour les adolescents concernés.

Études antérieures :

1. Étude: "Dissociation and Child Trauma in Psychologically Disturbed

Adolescents" (Andress& Giolas, 1991)

Le but de cette recherche est d'étudier le lien entre la dissociation et le stress, les abus ou les traumatismes vécus dans l'enfance par des adolescents en difficulté. Les résultats démontrent une corrélation notable entre la dissociation et les cas autodéclarés de violence physique, sexuelle et psychologique, ainsi qu'un environnement familial nocif.

2 Étude: "The Relationship Between Dissociation and Trauma in Psychiatric Patients" (Steinberg & SSteinberg, 1993)

L'enquête se penche sur la corrélation entre le phénomène psychologique de dissociation et le traumatisme chez les patients recevant des soins psychiatriques. Les résultats indiquent qu'il existe un lien considérable entre la dissociation et des antécédents de traumatisme dans ce groupe particulier de patients.

3 Étude: "Dissociation and Childhood Trauma in Psychiatric Outpatients" (Kolk et al, 1996)

L'objectif de cette analyse est la corrélation entre la dissociation et le traumatisme de l'enfance chez les patients psychiatriques qui ne sont pas hospitalisés. Les résultats révèlent un lien significatif entre la dissociation et un contexte d'expériences traumatisantes.

4 Étude: "Dissociation and Childhood Trauma in Male Psychiatric Inpatients" (Lawrens, 1996)

Dans cette recherche, la corrélation entre la dissociation et le traumatisme de l'enfance est étudiée au sein d'une population d'hommes hospitalisés en psychiatrie. Les résultats indiquent un lien significatif entre les expériences de traumatisme dans le passé et la survenue de dissociation.

5 Étude: "Childhood Trauma, Dissociation, and Self-Harming Behavior: A Pilot Study" (Lox et al, 2000)

Dans cette enquête préliminaire, l'accent est mis sur l'étude des processus intermédiaires

qui se situent entre les expériences traumatisantes précoces et l'automutilation chez les détenues qui se trouvent dans un établissement à haute sécurité. Les résultats démontrent une corrélation claire entre les cas d'automutilation et l'augmentation des niveaux de dissociation.

- 6 Étude: "Profil psychologique d'adolescentes agressées sexuellement et prises en charge par les services de la protection de la jeunesse" (Daigneaul et al, 2003)

Cette recherche porte sur le profil psychologique de 30 adolescentes qui ont subi des agressions sexuelles et qui sont maintenant prises en charge par les services de protection de la jeunesse. Selon les résultats, ces adolescents sont confrontés à de multiples problèmes psychologiques, nécessitant une intervention clinique. La fréquence et la cohérence des services pour ces victimes d'agressions sexuelles sont inadéquates, la gravité de l'agression et la qualité des services reçus étant directement liées aux symptômes et à leur durée.

- 7 Étude: "Étude de la dissociation, du stress physiologique et de la mémoire en fonction de la présence d'un état de stress post-traumatique chez des adolescents" (Audrey, 2006)

L'objectif de cette étude est de comparer les adolescents souffrant de trouble de stress post-traumatique (SSPT) à d'autres adolescents sur la base de la dissociation, du stress physiologique et de la mémoire. Les résultats suggèrent que les adolescents atteints de SSPT ont des niveaux élevés de dissociation par rapport à ceux sans trouble. Néanmoins, il n'y avait pas de variation significative en termes de stress physiologique et de mémoire entre les deux groupes.

8 Étude: "Dissociation and Traumatic Memory in Adolescents with Physical Disabilities" (Andolo-Kathungu, 2023)

L'objectif de cette étude est d'étudier l'effet de la mémoire traumatique sur la dissociation chez les adolescents qui ont des handicaps physiques. Sur la base des résultats, on peut déduire qu'il existe un lien direct entre le souvenir d'événements traumatisants et la dissociation dans ce groupe d'individus.

Les études menées offrent de précieuses perspectives sur la corrélation entre la dissociation, le traumatisme de l'enfance et ses répercussions psychologiques chez les patients psychiatriques et les adolescents. Ces résultats soulignent l'importance de tenir compte de ces facteurs lors de l'évaluation et de la prise en charge des personnes qui ont subi des expériences traumatisantes.

Problématique

La préoccupation première de notre étude est centrée sur la question de la dissociation traumatique chez les adolescents ayant subi une agression sexuelle. La dissociation, un mécanisme de défense psychologique, implique que les individus se séparent de leurs émotions, de leurs pensées et de leur sens de soi afin de se détacher de leurs expériences. Dans le contexte des adolescents victimes d'agressions sexuelles, la dissociation peut jouer un rôle déterminant dans leur processus d'adaptation suite aux événements traumatisants qu'ils ont subis.

L'importance de cette question est que les effets de la dissociation traumatique peuvent avoir des conséquences durables sur la santé émotionnelle et psychologique des jeunes survivants. En approfondissant les mécanismes de dissociation chez ces adolescents, il serait possible de cibler plus efficacement les interventions cliniques et les mesures préventives pour renforcer leur rétablissement et leur résilience globale.

L'étude que nous avons entreprise s'appuie sur une base de questions de recherche, qui sont les suivantes :

Quels sont les symptômes de dissociation les plus fréquemment rapportés chez les adolescents ?

Quel est le taux d'occurrence de la dissociation traumatique chez les adolescents victimes d'agression sexuelle ?

Notre mémoire cherche à approfondir les questions de recherche et à améliorer la compréhension de la dissociation traumatique chez les adolescents victimes d'agression sexuelle.

Hypothèse :

Hypothèse générale :

1. Les adolescents victimes d'agressions sexuelles sont susceptibles de présenter une fréquence élevée de dissociation traumatique.

Hypothèse partielle :

1. Les symptômes de dissociation qui seront le plus fréquemment rapportés par les adolescents ayant subi une agression sexuelle seront la dépersonnalisation, la déréalisation et l'amnésie.
2. Les adolescents survivants qui subissent une dissociation traumatique sont susceptibles de souffrir d'un déclin de leur bien-être émotionnel et psychologique.

L'opérationnalisation des concepts

1. Le traumatisme psychique chez l'adolescent (12-18 ans) :

- La présence d'un sentiment de peur intense, d'horreur et d'impuissance chez l'adolescent.

- La fréquence des reviviscences traumatiques et des flash-back .

- L'évaluation de la difficulté à ressentir certaines émotions .

- La difficulté à trouver le sommeil.

- L'enregistrement de la respiration rapide, de la transpiration excessive, des tremblements et des frissons.

2. La dissociation traumatique :

- Le score obtenu dans l'échelle de mesure de la dissociation A-DES pour évaluer la fréquence et la sévérité des expériences dissociatives.

- Les symptômes de la dissociation, tels que l'amnésie dissociative ou la dépersonnalisation.

3. L'agression sexuelle :

- L'identification d'activités sexuelles inappropriées à l'âge et au développement de la personne.

- Les tactiques utilisées par l'agresseur, telles que la violence, la séduction ou la

manipulation.

4. L'adolescent (13-17 ans) :

En utilisant l'âge comme critère de mesure, généralement défini comme étant entre 13 et 17 ans. L'âge exact peut être déterminé à l'aide de documents d'identité ou d'entretiens avec les participants.

5. La victime :

Un préjudice conformément à des textes légaux, lois ou règlements spécifiques. L'identification des victimes peut se faire en utilisant des déclarations officielles, des rapports de police, ou des évaluations cliniques pour déterminer si une personne répond aux critères de victimisation définis par la loi.

L'objectif de cette recherche:

L'objectif principal serait d'approximer le taux d'occurrence des symptômes dissociatifs chez les adolescents survivants d'agressions sexuelles grâce à des mesures de dissociation validées, afin de déterminer la prévalence de ces symptômes.

L'investigation des différents éléments qui contribuent au développement de la dissociation chez les adolescents ayant subi une agression sexuelle vise à identifier les facteurs de risque potentiels ou les variables pouvant être associées à une émergence accrue de cette condition. Ces facteurs peuvent impliquer des influences individuelles, familiales, sociétales ou environnementales.

PARTIE THEORIQUE

CHAPITRE I : LES AGRESSIONS SEXUELLES

Préambule :

La violence sexuelle, qu'elle soit sous la forme d'abus sexuel ou d'agression sexuelle, est un fléau silencieux qui touche de nombreuses victimes à travers le monde (Vincent, 2022). Les conséquences psychologiques de ces actes dévastateurs sont profondes et durables, particulièrement chez les adolescents, qui sont souvent les plus vulnérables. Dans ce chapitre, nous aborderons en détail la prévalence des violences sexuelles, les différents types d'agressions sexuelles, les réactions psychologiques qui surviennent après de tels traumatismes, ainsi que les facteurs de prédisposition aux réactions psychologiques.

Nous explorerons également les conséquences dévastatrices que ces agressions peuvent avoir sur les victimes, en mettant l'accent sur la clinique des adolescents après une agression sexuelle. Les stratégies de survie mises en place par les victimes seront examinées, ainsi que les formes cliniques spécifiques de violence sexuelle. Nous discuterons des problèmes liés au diagnostic des victimes d'agressions sexuelles et de l'évaluation des symptômes qui se manifestent chez ces victimes.

Enfin, nous plongerons dans l'univers complexe de la mémoire traumatique, en abordant la décomposition, l'amnésie et la dépersonnalisation, autant de phénomènes qui peuvent influencer la manière dont les victimes se rappellent et vivent leur expérience traumatique.

1. Définition des violences sexuelles :**1.1. Violence sexuelle :**

Reconnue par l'Organisation mondiale de la santé comme un problème majeur de santé publique, la violence sexuelle consiste en l'utilisation délibérée de la force physique ou de la force sur soi-même ou sur autrui, entraînant un traumatisme, un préjudice psychologique, un développement ou une privation (Salmona, 2018). L'OMS définit également l'abus sexuel des enfants comme l'exploitation sexuelle d'un enfant à des fins de gratification sexuelle personnelle par un adulte ou une personne beaucoup plus âgée (Tarquinio & Auxemery, 2022).

La violence sexuelle comprend le viol, l'agression sexuelle, l'exhibitionnisme, le harcèlement sexuel, l'abus sexuel d'enfants, le proxénétisme, l'intimidation et les

mutilations génitales féminines. La violence sexuelle peut survenir dans des situations où la personne concernée est incapable de donner son consentement, comme sous l'influence de l'alcool ou de drogues (Salmona, 2018).

La violence sexuelle se caractérise par la surprise, la menace et la coercition. Des effets profonds de la violence sexuelle, y compris le risque de préjudice physique et psychologique, la peur ou la menace d'être tué, et la fréquence des tentatives de suicide, de l'automutilation et d'autres comportements autodestructeurs, notamment chez les adolescents (Aubut, 2016).

La violence sexuelle peut être un acte unique ou un schéma répété avec des implications plus larges pour le développement humain et la formation du caractère (Kathleen et al, 2022)

1.2. L'abus sexuel :

L'abus sexuel est un terme utilisé pour décrire des situations dans lesquelles une personne utilise la sexualité d'une autre personne de manière abusive sans son consentement ou pour exploiter sa vulnérabilité (Partielle, 2009). Le mot « abus » est dérivé du mot latin « abusus », qui signifie littéralement « abus ». Choisir le terme « abus sexuel » plutôt que d'autres termes tels que, « exploitation sexuelle », « agression sexuelle » ou « viol » peut inclure des situations où il n'y a pas de violence manifeste ou qui ne relèvent pas de la traite des êtres humains (Thibaut, 2015). La définition de la psychiatrie peut varier selon que la victime est une victime, un thérapeute ou un législateur (Collart, 2017).

(Thibaut, 2015) a donné la définition de M.Tourigny du concept d'abus sexuel pour faciliter la comparaison entre différentes études. L'abus sexuel est une forme de perversion humaine impliquant une relation hétérosexuelle ou homosexuelle entre un enfant et une ou plusieurs personnes en situation d'autorité. L'agresseur est généralement un supérieur ou une personne ayant autorité sur la victime (Partielle, 2009).

L'abus sexuel peut impliquer une gamme de gestes, d'actions et de paroles, voire des actions sans contact physique (UNHCR, 2001). Tous sont conçus pour manipuler et contraindre les enfants afin de pouvoir satisfaire sexuellement ceux qui commettent ces frasques ou ceux qui font des demandes à leurs victimes (Collart, 2017). L'abus sexuel prend de nombreuses formes et se produit principalement au sein de la famille ou dans

un cadre extérieur. Dans les familles, les enfants connaissent souvent l'agresseur en raison de leur relation (Haffaf, 2017). Dans les situations à l'extérieur de la maison, les enfants connaissent souvent aussi l'agresseur grâce à des relations de confiance liées à la position de l'agresseur ou à la position dans la vie de l'enfant. Dans le cyberspace, la victime connaît rarement son agresseur, qui l'aborde via des forums, des sites de jeunesse (Joulain, 2018).

1.3. L'agression sexuelle :

L'agression sexuelle est définie dans le Code pénal comme toute agression sexuelle commise par violence, contrainte, menace ou surprise (Aubut, 2016). Le Code pénal établit également des niveaux d'agression sexuelle, qu'il y ait pénétration ou non, et distingue les crimes des délits. La gravité de l'agression de la victime n'a pas été appréciée de la même manière (Kedia et al, 2013). Les conséquences sont dévastatrices et multiples, en fonction de plusieurs facteurs tels que les circonstances de l'agression, la vulnérabilité de la victime, le parcours de l'agresseur, etc (Collart, 2017).

Au cours de l'activité sexuelle, les victimes sont incitées ou forcées à participer contre leur volonté, que ce soit par la manipulation émotionnelle, physique, matérielle ou l'usage de l'autorité (Kedia et al, 2013).

L'agression sexuelle peut être commise directement sur la victime ou indirectement par le biais d'activités telles que la pornographie, la prostitution et la prostitution d'hommes et de femmes (Baril et al, 2023).

Selon l'Organisation mondiale de la santé(OMS), l'agression sexuelle est définie comme tout comportement sexuel, toute tentative d'obtenir des avances sexuelles, des commentaires ou des avances de nature sexuelle, ou un comportement destiné à trafiquer ou cibler sexuellement une personne (Collart, 2017). Toute personne qui commet un crime sous la contrainte en toutes circonstances, y compris, mais sans s'y limiter, au domicile et sur le lieu de travail, quelle que soit sa relation avec la victime. (Ronai et al, 2021)

Les définitions de l'agression sexuelle varient selon les points de vue de la communauté juridique ou médicale (Ronai et al, 2021). Les crimes et délits d'agression sexuelle comprennent le viol, l'agression sexuelle, l'agression sexuelle, l'affichage sexuel et le harcèlement sexuel (Bonnardel, 2015). Ces infractions sont différenciées en

fonction des crimes commis contre les mineurs. Il y a une différence entre l'agression sexuelle (lorsque l'acte est commis par un adulte sur un mineur) et l'agression sexuelle (avec ou sans viol, c'est-à-dire avec ou sans pénétration sexuelle) (Thibaut, 2015).

Selon (Ronai et al, 2021) après une agression sexuelle, les réponses des victimes peuvent être divisées en trois grandes catégories : celles qui essaient de s'éloigner de l'événement et continuent à vivre comme avant, celles qui ne peuvent pas reprendre leurs activités quotidiennes et celles qui, malgré le traumatisme, essaye de comprendre ce qui s'est passé.

2. Prévalence des violences sexuelles :

L'étude dresse un regard inquiétant sur les violences sexuelles dans le monde sur la base des données recueillies. En se référant aux données fournies par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) (Salmona, 2018), on constate qu'environ une fille sur cinq et un garçon sur treize sont victimes d'abus sexuels (Thibaut, 2015). Les statistiques présentées en (Thibaut, 2015) montrent que onze pour cent des femmes françaises ont subi au moins une forme de violence sexuelle au cours de leur vie. Par ailleurs pour (Kedia et al, 2013), il convient de souligner que plus de 75 % des victimes d'agressions sexuelles hors domicile ont fait le choix conscient et actif de ne pas signaler ces actes à la police d'Île-de-France en raison d'une incapacité personnelle ou afin de trouver des alternatives viables. Dans le monde, on estime qu'une fille sur 10 a été violée, tandis que près de 20 % des femmes et 5 à 10 % des hommes ont été abusés sexuellement dans leur enfance (Salmona, 2018).

Les séquelles psychologiques durables sont fréquentes chez les victimes de crimes impliquant des agressions sexuelles (Hébert, 2011), avec des taux élevés estimés à environ 60 % et dépassant même près de 80 % en cas de viol sur mineur.

La gravité de la violence sexuelle ne peut être sous-estimée, et lorsque les adolescents sont victimes d'agression sexuelle, cela peut se manifester par une tendance à l'automutilation par la consommation de substances ou la fuite. Pendant cette période, les jeunes enfants ont souvent des comportements sexuels excessifs (Salmona, 2018).

Prévalence des violences sexuelles chez les adolescents :

Les chiffres sur l'incidence de la violence sexuelle varient selon diverses études et analyses approfondies. Les recherches montrent qu'en moyenne, environ 15 à 30 % des filles et 5 à 15 % des garçons sont victimes de violences sexuelles avant l'âge de 18 ans (Marsicano, 2023).

Les résultats d'une méta-analyse menée en 2013 ont montré que 9 % des filles et 3 % des garçons ont été victimes de viol, tandis que 13 % des filles et 6 % des garçons ont été victimes de contacts sexuels (Banvard-Fox, 2020).

Une autre méta-analyse menée en 2011 a montré une prévalence globale des violences sexuelles de 18 % chez les filles et de 7,6 % chez les garçons. En Europe, les données de l'OMS indiquent une prévalence de 13,5% chez les filles et de 5,6% chez les garçons (Wiley & Sons, 2019).

D'autres rapports ont également souligné l'ampleur du problème. Par exemple, selon un rapport de l'UNICEF, environ 120 millions de filles (soit environ une sur 10) de moins de 20 ans dans le monde sont victimes de rapports sexuels forcés ou d'autres comportements coercitifs (Gabster et al, 2022).

En France, le chiffre des comportements sexuels compulsifs varie entre 1 % et 15,4 %. Dans une enquête de 1994 de l'INSERM en collaboration avec l'Éducation nationale, 1 % des 8 255 adolescents de 13 à 20 ans déclarent avoir été victimes de rapports sexuels forcés (Wiley & Sons, 2019).

3. Types d'agression sexuelle :

L'agression sexuelle peut prendre plusieurs formes et peut être très traumatisante pour eux. Des différents types d'agressions sexuelles existent (Baril et al, 2023):

- L'agression sexuelle sans contact comprend les appels téléphoniques à motivation sexuelle, l'exhibitionnisme, le voyeurisme, l'exploitation sexuelle de la victime et l'incitation verbale à l'inconduite sexuelle (Thibaut, 2015).

- L'agression sexuelle physique comprend les caresses, les attouchements, les baisers, les frottements et les actes sexuels tels que la masturbation, le sexe oral ou le cunnilingus (Baril et al, 2023).

- Le viol ou la tentative de viol est une agression sexuelle caractérisée par une pénétration ou une tentative de pénétration du vagin, de l'anus ou de la bouche avec un doigt, un pénis ou un objet (Thibaut, 2015). Ces abus peuvent se produire au sein de la famille (inceste) ou en dehors de la famille, et impliquent parfois une utilisation commerciale ou pornographique de la victime, la prostitution des enfants ou la pédophilie (Baril et al, 2023).

- Le viol est considéré comme la forme la plus grave d'agression sexuelle, impliquant des agressions sexuelles sur des femmes ou des hommes (Thibaut, 2015).

- D'autres types d'agressions sexuelles sont les contacts sexuels par violence, coercition, menace ou accident en l'absence de toute pénétration sexuelle (Kedia et al, 2013).

- L'agression sexuelle intrafamiliale, également connue sous le nom d'inceste, implique l'abus sexuel par un membre de la famille, comme un parent, un beau-parent, un grand-parent, un oncle, une tante ou un frère/sœur (Joulain, 2018).

- Une agression sexuelle extrafamiliale se produit lorsque l'agresseur est une personne extérieure à la famille, comme un étranger, un enseignant, un imam ou un ami (Thibaut, 2015). Ces attaques peuvent avoir lieu dans des lieux tels que des clubs sportifs, des centres de loisirs, des services éducatifs ou des agences de services sociaux (Joulain, 2018).

- L'abus sexuel dans le cyberspace est une forme d'agression qui se produit en ligne. Cela peut inclure la consommation ou la fourniture de matériel pornographique montrant des abus sexuels sur la victime, ainsi que la préparation, y compris la tentative d'approcher la victime via les réseaux sociaux, les plateformes de jeux en ligne ou les sites Web ciblant spécifiquement les jeunes (Joulain, 2018).

Ces différents types d'agressions sexuelles illustrent les différents contextes dans lesquels ces violences peuvent se produire, que ce soit à l'intérieur ou à l'extérieur du domicile, en ligne ou dans le monde réel (Collart, 2017).

4. Victime d'agression sexuelle :

Les divers comportements et symptômes associés aux agressions sexuelles sont le résultat de la détresse émotionnelle associée aux victimes, notamment en ce qui concerne les jeunes enfants (Cantin-Nantel, 2018) il est important de reconnaître les signes de comportements sexuels inappropriés, tels que la consommation excessive de pornographie ou la masturbation qui n'est pas saine afin de prévenir le développement de problèmes émotionnels graves. (Gamet et al, 2010)

Il est courant que les victimes voient leur image de soi altérée, ce qui entraîne souvent un sentiment d'impuissance et des difficultés à maintenir leur estime de soi (Lalande, 2003). De plus, leur état pourrait les empêcher d'effectuer des actions ou des défenses contre l'attaquant, ce qui conduirait à un sentiment de désespoir accru. Une réponse courante à l'agression est la culpabilité, qui atténue souvent l'émotion de culpabilité des victimes, les aidant ainsi à éviter une perte totale d'émotion (Aubut, 2016).

Une autre forme de comportement sexuel excessivement inhibé ou débridé est courante chez les personnes qui ont subi un traumatisme, les problèmes émotionnels sont courants chez ces femmes qui incluent une perte de désir sexuel ainsi qu'une réticence à éprouver du plaisir en plus des symptômes typiques, parfois rempli d'un sentiment général de culpabilité concernant les questions sexuelles (Labat, 1996). Les problèmes relationnels comme le manque de communication ou les disputes sont souvent causés par les effets traumatisants de l'agression sexuelle sur l'amour et le comportement conjugal (Aubut, 2016).

Lorsque des adolescents sont agressés de manière romantique, il existe différentes méthodes par lesquelles ils peuvent communiquer leur expérience ; il s'agit notamment d'écrire dans un journal, d'envoyer une lettre à leur famille ou de demander une contraception (Collart, 2017). Il n'est pas rare que les adolescents traversent des moments difficiles, mais les comportements troublants comme les fugues ou les comportements violents doivent être pris au sérieux (Thibaut, 2015).

La présence d'agresseurs peut entraîner des émotions négatives comme la colère et l'hostilité chez les victimes, la réponse à la violence est différente selon le sexe : chez les femmes, cela peut entraîner une perte de leur identité, tandis que chez les

hommes, ce sera très probablement une agression physique (Collart, 2017)..

5. Les réactions psychologiques après l'agression sexuelle :

Les réactions psychologiques précoces après une agression sexuelle peuvent varier d'une personne à l'autre, mais voici quelques réactions couramment observées (Billette, 2005) :

Honte : La honte associée à la victimisation par une agression sexuelle a un impact significatif sur leur confiance en soi. Cela s'accompagne d'un sentiment de manque de pouvoir et d'incapacité à faire quoi que ce soit, ce qui pousse les gens à éviter les autres. La honte est souvent associée à la vision personnalisée de l'événement plutôt qu'à l'événement lui-même. Il attend un mauvais ajustement psychologique et est lié à la dépression et au trouble de stress post-traumatique. La honte supprime la résolution du traumatisme en empêchant la combinaison des pensées et des souvenirs, et est associée à une faible estime de soi. Cela peut également entraver la recherche d'aide et diminuer le désir de s'associer avec les autres (Salmona, 2018).

Culpabilité : La victime peut se sentir redevable d'avoir causé la violence ou de ne pas avoir la capacité de se défendre. Ce sentiment de culpabilité peut être exacerbé par la peur et l'intimidation ressenties lors de l'agression (Billette, 2005).

Réactions émotionnelles : Immédiatement après l'attaque, la victime peut ressentir diverses émotions, notamment la douleur émotionnelle, les pleurs, la colère, l'absence de réaction émotionnelle et le déni de l'agression (Thibaut, 2015).

Symptomatologie physique : Des symptômes physiques, tels que des tremblements, des vomissements, des troubles du sommeil et des symptômes physiques (douleur, fatigue, etc.) peuvent être présents (Thibaut, 2015).

Épisode de stress aigu : Occasionnellement, un état de stress aigu se développera à la suite de l'agression, cet état se caractérise par une anxiété intense, des troubles du sommeil, des cauchemars, des ruminations et des flashbacks (récit involontaire de l'agression) (Billette, 2005).

6. Les problèmes psychologiques et psychiatriques à long terme peuvent inclure :

Trouble de stress post-traumatique (TSPT) : Il s'agit d'un état qui résulte d'une

expérience traumatisante et se caractérise par des symptômes comme des cauchemars, des flashbacks, une sensibilité accrue, une irritabilité et un évitement des situations qui rappellent la violence. (Aubut, 2016)

Problèmes sexuels : les victimes d'agression sexuelle peuvent avoir des problèmes sexuels, comme une incapacité à avoir une érection chez les hommes, des douleurs pendant les rapports sexuels ou un manque d'orgasme chez les femmes, ainsi qu'un comportement sexuel dangereux. (Thibaut, 2015)

Problèmes de comportement : les victimes peuvent présenter des comportements dangereux, comme la consommation d'alcool, la consommation de drogues, l'impulsivité ou l'automutilation. (Thibaut, 2015)

Plaintes somatiques : les victimes peuvent se plaindre de problèmes somatiques, comme des douleurs chroniques (pelviennes, abdominales, etc.) qui ne sont pas attribuées à une cause organique. (Thibaut, 2015)

Troubles de la personnalité : certaines personnes peuvent avoir des troubles de la personnalité, dont l'un des plus courants est le trouble de la personnalité limite, ce trouble se caractérise par un manque de stabilité dans le domaine émotionnel, des difficultés relationnelles et un comportement erratique (Billette, 2005).

Troubles psychiatriques : ces troubles comprennent la dépression, l'anxiété à long terme, les phobies, les attaques de panique et les pensées suicidaires à la suite d'abus sexuels. (Cherry, 2014)

Il est crucial de reconnaître que chaque individu réagit différemment et que ces réponses ne sont pas complètes.

7. Les facteurs de prédisposition aux réactions psychologiques :

Facteurs personnels et familiaux : Des antécédents de violence physique dans la famille, ainsi que des troubles dans la famille, en particulier chez les parents des victimes, peuvent contribuer au développement de problèmes psychologiques chez les victimes de violences sexuelles (Gamet et al, 2010). Chez les adultes, certains traits de personnalité, une dépression préexistante ou une dépendance à l'alcool peuvent également contribuer à la probabilité de réponses négatives (Bernoit et al, 2015).

Facteurs prédisposant génétiques : Des études ont indiqué qu'il existe des

interactions entre les facteurs génétiques et l'environnement dans la façon dont les gens réagissent aux traumatismes. Par exemple, des changements génétiques dans le système sérotoninergique, qui est impliqué dans la régulation de l'humeur, peuvent contribuer au développement de la dépression et de l'anxiété à la suite d'abus sexuels. (Gamet et al, 2010).

La fonction des hormones du stress : L'axe hypothalamo-hypophyso-surrénal, qui est responsable de la production de cortisol (l'hormone du stress), peut être impliqué dans le développement de la dépression suite à un traumatisme (Duret, 2019).. Les modifications génétiques des récepteurs du CRF associées à la dépression surviennent après un traumatisme (Gamet et al, 2010).

Problèmes sexuels : les victimes d'agression sexuelle peuvent avoir des problèmes sexuels en raison du traumatisme émotionnel associé au traumatisme. La peur, la violence, la dévalorisation, la perte d'estime de soi, l'indolence et l'asservissement peuvent être manifestés par les victimes de la sexualité. La peur de nuire à leur santé mentale peut les amener à éviter les discussions sexuelles, ce qui peut entraîner des problèmes non résolus dans la sexualité du couple (Lindsay, 2014).

8. Les conséquences des agressions sexuelles :

Le sexe violent a des effets psychologiques et neurobiologiques sur les victimes, cela se traduit par un traumatisme qui affecte le cerveau et les circuits de la mémoire et les réponses émotionnelles (Bigras, 2014). Ces traumatismes sont courants et universels, mais sont souvent mal interprétés et sous-évalués. Les victimes, en particulier les jeunes, présentent des lésions neurobiologiques visualisables par neuroimagerie, ainsi que des dissociations et des souvenirs traumatiques. (Billette, 2005). Ces effets sont plus graves lorsque des violences répétées sont commises par un membre de la famille et accompagnées de menaces de mort et de barbarie. La méconnaissance de ces états psychotraumatiques se traduit par un manque de reconnaissance et d'accompagnement des victimes, souvent décriées ou décriées (Denis et al, 2020). La violence sexuelle est considérée comme un problème de santé publique important qui affecte directement la santé mentale et physique des victimes ainsi que leur vie personnelle et sociale. Une intervention précoce et des soins appropriés sont

cruciaux pour éviter les conséquences psychologiques de cette violence. (Tarquinio & Auxemery, 2022)

Processus psychotraumatiques : la violence sexuelle peut entraîner des blessures psychologiques, qui peuvent entraîner des conséquences neurobiologiques. Les victimes peuvent avoir un trouble de stress post-traumatique (SSPT) (Billette, 2005), des flashbacks, de l'anxiété, de la dépression et d'autres symptômes liés au traumatisme comme la périodisation et la dissociation. (Salmona, 2018)

Les effets sur la sexualité : les violences sexuelles peuvent avoir un impact important sur la sexualité de la victime. (Bigras, 2014) Ils peuvent héberger des sentiments de répulsion, d'inconfort, de peur ou de manque d'intimité dans les relations. Certaines personnes peuvent avoir des problèmes sexuels comme l'incapacité à maintenir une érection, l'anorgasmie ou l'inactivité sexuelle (Denis et al, 2020).

Conséquences sur les efforts académiques et professionnels : Les victimes de violences sexuelles peuvent avoir une difficulté accrue à se concentrer, à réussir sur le plan académique ou professionnel, et peuvent avoir une diminution du désir de poursuivre des efforts académiques ou professionnels. Les problèmes psychologiques causés par la violence sexuelle peuvent entraîner un manque d'assiduité, des problèmes d'adaptation et des troubles d'apprentissage, ces problèmes peuvent nuire à leurs efforts scolaires ou professionnels (Baird, 2002).

Conséquences sur la vie sociale (Billette, 2005) : les violences sexuelles peuvent entraîner un retrait social et des problèmes pour nouer des relations saines et engagées avec les autres. Les victimes peuvent avoir des préoccupations sociales, de la méfiance, de la solitude et un manque de confiance envers les autres (Salmona, 2018). Cela peut également avoir un effet sur leur capacité à participer à des activités sociales ou à entretenir des relations positives.

Conséquences psychopathologiques : la violence sexuelle peut entraîner le développement de problèmes psychopathologiques tels que la dépression, l'anxiété, l'alimentation, la dissociation et les comportements d'automutilation (Thomas, 2015). Les victimes peuvent également présenter des symptômes traumatiques complexes et avoir du mal à contrôler leurs émotions (Billette, 2005).

9. La clinique des adolescents après une agression sexuelle :

Des troubles dissociatifs et de l'identité ou de la personnalité sont observés chez les adolescents victimes d'agressions sexuelles. Cependant, des problèmes tels que les troubles de l'alimentation, les tentatives de suicide, l'automutilation, les fugues, les comportements hypersexuels et antérieurs au crime, ainsi que l'abus d'alcool et de drogues peuvent survenir (Roman, 2004). Ces comportements d'automutilation peuvent être interprétés comme des tentatives d'échapper à des états pénibles de vide, de détachement et d'ennui émotionnel (Haesevoets, 2001). Les symptômes les plus courants chez les victimes adolescentes sont des pensées intrusives récurrentes et des symptômes phobiques, tandis que l'irritabilité et les cauchemars récurrents sont moins fréquents. La divulgation d'abus sexuels peut exacerber les problèmes, surtout si la victime a du mal à briser le silence (Lemitre, 2006). En cas de traumatisme de type II, le risque suicidaire est présent, ainsi que la présence d'une dépendance complexe. Les complications psychosociales peuvent inclure des problèmes relationnels, l'isolement, des difficultés à l'école et au travail, la délinquance ou la prostitution (Aubut, 2016).

10. Stratégies de survie pour les victimes d'agression sexuelle :

Les stratégies de survie des victimes d'agressions sexuelles peuvent être regroupées en deux grandes catégories : les comportements d'évitement et de contrôle accompagnés d'une hypervigilance constante, et les comportements dissociatifs anesthésiques (Hébert et al, 2002).

Selon (Ronai et al, 2021) les victimes mettent en œuvre des comportements d'évitement et de contrôle pour éviter les déclencheurs de leur mémoire traumatique. Ils se retirent de nombreux aspects de leur vie, notamment sur le plan sexuel et émotionnel, et développent des phobies et des troubles obsessionnels compulsifs. Ils créent un monde parallèle sûr où ils se sentent en sécurité, à la fois physiquement et mentalement (Salmona, 2021). Tout changement est perçu comme menaçant, entraînant une hypervigilance constante, un sentiment de danger constant, une hyperactivité, une irritabilité et des troubles de l'attention. Ces comportements sont épuisants et ont un impact important sur la vie sociale et personnelle des victimes (Lindsay, 2014).

Les victimes de traumatismes utilisent également des comportements dissociatifs pour éteindre la mémoire traumatique. Ces comportements visent à provoquer une disjonction émotionnelle et peuvent inclure l'automutilation, la dangerosité de soi, la consommation de substances, la délinquance et un comportement violent envers les autres (Duret, 2020). Ces comportements permettent d'anesthésier les émotions liées aux événements traumatisants et de créer une dissociation pour éviter de revivre la souffrance. (Gilles, 2020)

Ces stratégies d'adaptation sont souvent nécessaires pour les victimes, mais elles peuvent être invalidantes sur le plan personnel, professionnel et social (Salmona, 2018). Les situations quotidiennes deviennent des sources de panique et d'anxiété, et les victimes peuvent développer une hypersensibilité aux stimuli évoquant la violence. (DonGiovanni, 2015) Ces réactions au stress peuvent être extrêmement invalidantes, empêchant les victimes de fonctionner normalement à l'école, au travail et dans la vie sociale. Les comportements dissociatifs peuvent entraîner des sentiments de culpabilité, de solitude et une vulnérabilité accrue (Duret, 2020).

Les comportements dangereux des adolescents, en particulier ceux qui sont victimes de violences, se caractérisent par des comportements à risque, des négligences graves et des accidents (Salmona, 2018). Il peut s'agir d'accidents de voiture, d'accidents domestiques, d'accidents sportifs, ainsi que de comportements tels que la consommation d'alcool, de drogues et de tabac, les comportements sexuels à risque et les troubles de l'alimentation (Cannard, 2019)

Ces comportements perturbateurs ont de graves conséquences sur la santé et la qualité de vie et peuvent perpétuer le cycle de la violence (Billette et al, 2005). Cependant, ils ne sont souvent pas compris par les membres de la famille et les professionnels, qui ne les associent pas à la violence subie (Salmona, 2018). Les campagnes de prévention basées sur la peur et les approches punitives sont souvent inefficaces car elles ne s'attaquent pas à l'origine traumatique de ces comportements et à leur rôle d'automédication lié à la souffrance et à l'inconfort (Gilles, 2020).

Il est important de reconnaître que ces comportements dissociatifs ne sont pas simplement des comportements d'exploration ou de défi à l'autorité des adultes (Salmona, 2018). Pour les limiter et les éliminer, il est essentiel de reconnaître la

souffrance des adolescents, de garantir leur sécurité, d'identifier les violences subies et les traumatismes associés, et de traiter ces aspects de manière appropriée (Lindsay, 2014).

11. Formes cliniques de violence sexuelle :

Les formes cliniques de violence sexuelle peuvent varier et se présenter de différentes manières (Coutanceau, 2012). Les attaques peuvent être uniques ou répétées dans le temps (Roman, 2004), Ils peuvent être perpétrés avec une apparente brutalité ou sous forme de manipulation et de douce séduction. Les agressions peuvent être commises par un seul agresseur ou par plusieurs auteurs, et il est important de noter que dans les cas d'abus sexuels d'enfants, la grande majorité des agresseurs sont des proches de la victime (Gilles, 2020).

Les caractéristiques de sexe et de genre peuvent également influencer les formes cliniques d'agression sexuelle (Coutanceau, 2012).

L'âge au moment de l'agression est un facteur déterminant qui peut influencer les conséquences psychologiques et sexuelles de la victime (Roman, 2004). Les réactions émotionnelles et les défenses mobilisées varient selon l'âge de développement de la victime (Coutanceau, 2012).

Les liens d'attachement et la répétition d'actes peuvent entraîner un sentiment de culpabilité chez la victime, qui peut se reprocher de n'avoir pu empêcher que cela se reproduise (Lemitre, 2017).

Les agressions sexuelles sont généralement entourées de silence et de secret imposés par des menaces plus ou moins explicites, ce qui rend difficile pour la victime de parler de ce qui s'est passé (Roman, 2004).

Un soutien familial solide joue un rôle crucial dans l'évaluation des capacités de résilience de la victime. Un environnement familial rassurant, qui pose clairement les interdits, peut favoriser un meilleur pronostic évolutif (Lemitre, 2017).

12. Problèmes liés au diagnostic des victimes d'agressions sexuelles :

Les problèmes de diagnostic des victimes d'agressions sexuelles peuvent se résumer comme suit (Milot et al, 2018) :

1. Limites du diagnostic de l'état de stress post-traumatique (ESPT) : L'ESPT ne capte pas tous les symptômes observés chez les victimes d'agressions sexuelles, ce qui peut entraîner de la négligence ou de l'incompréhension chez certaines victimes. Ils ne répondent pas à tous les critères diagnostiques (Vacher-Boulogne, 2015)

2. Stigmatisation des victimes qui ne répondent pas aux critères diagnostiques : Les victimes qui ne répondent pas à tous les critères diagnostiques du SSPT risquent d'être perçues comme moins traumatisées, ce qui peut minimiser leur expérience et leurs besoins. Cette stigmatisation peut avoir des conséquences néfastes pour les victimes (Haskell et al, 2019).

3. Affectations de diagnostics multiples : Les victimes d'agression sexuelle peuvent se voir attribuer plusieurs diagnostics de santé mentale, qui peuvent refléter la complexité des traumatismes subis. Cependant, cela peut également fragmenter l'expérience de la victime et rendre difficile son adaptation aux besoins spécifiques liés à l'agression sexuelle (Milot et al, 2018).

4. Isolement et manque de soutien : les victimes d'agressions sexuelles peuvent se retrouver isolées de leur réseau de soutien en raison de la captivité physique et psychologique qu'elles ont vécue. Cet isolement prolongé peut entraver leur capacité à établir et à maintenir des relations sociales satisfaisantes, affectant négativement leur bien-être généra (Bergeron et al, 2016).

5. Effets du stress traumatique sur le cerveau : L'exposition chronique au stress traumatique, comme celui vécu par les victimes d'agression sexuelle, peut avoir des effets néfastes sur le développement neuroanatomique et la fonction cérébrale. Cela peut entraîner des altérations des régions du cerveau et des réponses physiologiques associées au stress (Dupont, 2015).

Ces problèmes soulignent la complexité du diagnostic des victimes d'agression sexuelle et soulignent la nécessité de tenir compte de la diversité des symptômes et des réactions post-traumatiques (Milot et al, 2018).. Il est essentiel de fournir le soutien adéquat et de comprendre l'impact à long terme des traumatismes sexuels sur la santé mentale et le bien-être des survivants (Bergeron et al, 2016).

13. Évaluation des symptômes chez les victimes d'agression sexuelle :

Les agressions sexuelles sont des actes traumatisants qui laissent des cicatrices profondes chez les victimes (Salmona, 2018). L'évaluation des symptômes chez ces survivants est d'une importance cruciale pour comprendre les conséquences psychotraumatiques de tels actes (Coutanceau, 2012).

Manifestations corporelles (Bunce, 2023) : Les agressions sexuelles peuvent avoir des conséquences physiques directes, comme des blessures, mais aussi des symptômes corporels liés au stress post-traumatique. Ces symptômes comprennent des tensions musculaires, des troubles du sommeil et de l'appétit et des troubles sexuels. Les victimes peuvent présenter des comportements sexuels compulsifs, des troubles de la fertilité et des problèmes de comportement alimentaire.

Manifestations anxieuses et émotionnelles (Coutanceau, 2012): Les victimes d'agression sexuelle sont souvent sujettes à une anxiété intense et à des symptômes émotionnels. Ces symptômes comprennent un trouble de stress aigu dans le mois suivant l'événement, ainsi qu'un trouble de stress post-traumatique qui persiste au-delà d'un mois. Les manifestations courantes comprennent des flashbacks, des attaques de panique, des cauchemars, des phobies et des troubles du sommeil. Certaines personnes peuvent également développer des comportements addictifs pour faire face à l'anxiété (Salmona, 2018).

Troubles sexuels : Les agressions sexuelles peuvent provoquer des troubles sexuels chez les victimes (Denis et al, 2020) Cela peut se manifester par des comportements sexuels compulsifs, une impuissance ou une dyspareunie. De plus, certains troubles de la fertilité peuvent avoir une composante psychogène liée au traumatisme vécu. Les agressions sexuelles peuvent également altérer la sexualité des victimes en imposant des pratiques non désirées et traumatisantes (Narring et al, 2002)

Symptômes psychotraumatiques (Dupont, 2015) : Les victimes d'agression sexuelle peuvent présenter des symptômes propres au trouble de stress post-traumatique (TSPT). Ces symptômes comprennent des réminiscences intrusives, des évitements, des altérations de la cognition et de l'humeur, ainsi que des symptômes d'hyperactivité autonome. Des symptômes dissociatifs et des comportements à risque et addictifs peuvent également survenir.

14. Manifestations cliniques chez les adolescents victimes d'agressions sexuelles

:

Les agressions sexuelles vécues par les adolescents ont des effets importants sur leur santé et leur développement. L'abus sexuel des adolescents a des effets importants sur leur santé et leur développement (Salmona, 2018).

Comportement répétitif : Les adolescents qui ont été agressés par des moyens sexuels peuvent montrer une propension à répéter l'événement traumatique. Ils peuvent avoir des rêves fréquents et récurrents sur l'agression et ils peuvent montrer une douleur émotionnelle lorsqu'ils sont confrontés à des images de l'événement. D'autres adolescents peuvent également avoir des idées délirantes, des hallucinations ou des flashbacks, qui sont tous associés à la croyance que la violence se répétera (Tarquinio & Auxemery, 2022).

Expressions d'évitement : Les survivants d'agression sexuelle peuvent utiliser des tactiques d'évitement pour faire face à leur traumatisme. Cela peut être observé comme le développement de préoccupations spécifiques concernant l'agression, accompagnées d'une incapacité à se séparer de leurs pairs et d'un assortiment d'autres comportements. Les adolescents peuvent également éviter les déclencheurs internes ou externes qui leur rappellent l'expérience traumatisante, diminuent leur intérêt pour des activités auparavant agréables et se sentent aliénés des autres (Gauthier-Duchesne et al, 2017).

Indications de neurovégétation hyperactive : Les adolescents victimes d'abus sexuels peuvent avoir du mal à s'endormir et avoir des problèmes de sommeil. Leurs résultats scolaires peuvent être altérés et ils peuvent réagir de manière excessive à des stimuli considérés comme inoffensifs, avec des réactions de sursaut accrues. Ils peuvent également présenter une irritabilité, une vigilance accrue et un comportement colérique (Dupont, 2015).

Autres signes cliniques : en plus des symptômes spécifiques mentionnés ci-dessus, les adolescents qui ont été agressés par des moyens sexuels peuvent présenter d'autres symptômes tels que la dysgynécologie et des problèmes sexuels (Salmona, 2018), l'anxiété et les crises de panique dans des situations spécifiques (Gauthier-Duchesne et al, 2017), des problèmes sensoriels associés à la violence, un sentiment

d'être dépassé et étranglé, ainsi que des comportements destructeurs (Dupont, 2015)..

De plus, les symptômes qui apparaissent suite à ces expériences traumatisantes sont divers et complexes, et ont de multiples symptômes associés (Salmona, 2018).

Phobies et troubles alimentaires : Certains adolescents maltraités peuvent développer des phobies spécifiques, telles que la peur du brossage des dents ou du soin des dents, ces troubles pouvant être associés à des cas antérieurs de maltraitance (Tarquinio & Auxemery, 2022). Des troubles de l'alimentation, tels que la boulimie-anorexie, des nausées et des vomissements, sont également présents (Dupont, 2015).

Problèmes gynécologiques et sexuels : les adolescents qui ont été agressés sexuellement peuvent présenter des symptômes tels que des douleurs pelviennes chroniques, de l'anxiété pendant la miction ou un dédain pour les examens gynécologiques et certains actes sexuels. D'autres peuvent également avoir une absence totale de désir sexuel ou avoir un vaginisme, ce qui provoque des douleurs lors de la pénétration (Denis et al, 2020).

Anxiété et attaques de panique dans des situations particulières : les survivants d'agression sexuelle peuvent avoir une tendance accrue à l'anxiété ou à la panique dans des situations où ils se sentent confinés, par exemple, dans un métro, un avion ou un ascenseur. En outre, une insomnie sévère peut être présente (Tarquinio & Auxemery, 2022).

Associations avec la sensation : des expériences sensorielles spécifiques peuvent provoquer des souvenirs traumatisants chez les victimes d'agression sexuelle qui sont spécifiques à l'agresseur. Par exemple, une odeur, une douleur intense ou un bruit peuvent être associés à une agression et entraîner une douleur émotionnelle (Gauthier-Duchesne et al, 2017).

Expérience d'étouffement et d'étranglement : Certains adolescents victimes d'agressions sexuelles peuvent avoir la sensation d'étouffement et d'étranglement, ils ont aussi un fort désir d'air frais. D'autres symptômes incluent des maux de tête, des bourdonnements d'oreilles et une perte de conscience (Salmona, 2018).

Comportement d'automutilation : certains adolescents qui ont été agressés par des moyens sexuels peuvent s'automutiler et avoir des pensées suicidaires, celles-ci étant souvent associées à des expériences antérieures mettant leur vie en danger (Gilles,

2020).

15. Les effets de la mémoire traumatique : décomposition, amnésie et dépersonnalisation :

Les effets de la mémoire traumatique sur les victimes, se concentrent sur trois conséquences spécifiques : la dépersonnalisation, l'amnésie traumatique et la décorporation (Salmona, 2018).

La mémoire traumatique se caractérise par un souvenir fantôme de la violence vécue et des actes d'agression perpétrés (Damsa et al, 2006). Il fonctionne comme une influence étrangère qui tourmente la victime, cette influence possède un pouvoir destructeur et constitue une menace pour sa liberté. La violence rompra l'estime de soi de l'individu, laissant un vide qui mènera à une perte d'identité (Salmona, 2020)

La dépersonnalisation est une symptomatologie fréquente qui induit une impression de distance, la victime semble avoir disparu ou patauge dans les nuages. Elle peut sembler avoir une capacité intellectuelle limitée en raison de son incapacité à se concentrer et à prêter attention à son environnement (Damsa et al, 2006). Ce mécanisme de dissociation prive la victime de ses capacités émotionnelles, l'empêche de se battre ou de fuir et augmente sa tolérance à la douleur. Cela augmente le risque de violence et d'abus (Salmona, 2018).

L'amnésie traumatique dissociative est un autre fréquent. Le souvenir d'événements violents peut être altéré partiellement ou entièrement (Francols, 2021). Les souvenirs traumatiques sont souvent mal interprétés, manquent de l'émotion associée au traumatisme, ce qui diminue leur valeur pour la victime (Salmona, 2018). Cette amnésie traumatique peut durer des décennies, voire des siècles, si l'individu reste dissocié. Lorsque la dissociation est passée, le passé traumatique peut réapparaître tibia-tiba, accompagné d'une réponse émotionnelle importante (Francols, 2021).

La décorporation est un événement effrayant qui se produit lorsque l'individu subit une anesthésie émotionnelle, ce qui le déconnecte de ses émotions naturelles et de sa capacité à réagir de manière appropriée à des situations dangereuses (Martial et al 2022). Cela peut amener la victime à devenir complaisante face à la violence grave sans réagir de manière appropriée. La décorporation peut également amener la victime à

acquiescer à une proposition anormale ou à recevoir une insulte ou un dédain sans exprimer aucune émotion ou douleur, résultat de la dissociation émotionnelle et physique associée au phénomène. La perte de propriété du corps peut entraîner une incapacité à ressentir la douleur, ce qui augmente le risque de blessures physiques et un manque de soins de santé (Salmona, 2018, 2020).

Synthèse

Ce chapitre met en lumière l'ampleur des problèmes liés à la violence sexuelle, en particulier chez les adolescents. Il explore les prévalences alarmantes, les différents types d'agressions sexuelles et les réactions psychologiques qui en découlent. Les facteurs de prédisposition à ces réactions sont également examinés.

Les conséquences dévastatrices de ces agressions sont clairement mises en évidence, notamment en ce qui concerne la clinique spécifique des adolescents. Les stratégies de survie utilisées par les victimes sont discutées, tout comme les formes cliniques variées de violence sexuelle.

Cependant, ces problèmes ne sont pas sans obstacles, notamment en ce qui concerne le diagnostic des victimes et l'évaluation des symptômes. Enfin, l'impact de la mémoire traumatique sur la façon dont les victimes se souviennent de leur expérience est exploré en profondeur, y compris la décomposition, l'amnésie et la dépersonnalisation.

CHAPITRE II : LA DISSOCIATION TRAUMATIQUE

Préambule :

L'exploration du traumatisme psychique et de ses ramifications occupe le cœur de ce chapitre, se déclinant en deux facettes essentielles. La première portion plonge au cœur du traumatisme psychique, dévoilant ses intrications complexes avec la psyché des individus.

La seconde partie, tout aussi cruciale, se penchera sur la dissociation traumatique. Dans ce contexte, nous explorerons les mécanismes psychologiques complexes que les individus déclenchent en réponse à des traumatismes, mettant l'accent sur la dissociation comme une stratégie de défense fréquemment employée.

Ainsi, en naviguant à travers ces deux volets interconnectés, nous chercherons à démystifier les intrications du traumatisme psychique et de la dissociation traumatique, jetant ainsi une lumière éclairante sur les multiples dimensions de ces phénomènes cruciaux pour la compréhension de la santé mentale des individus confrontés à des expériences traumatisantes.

I. LE TRAUMATISME PSYCHIQUE :**Préambule**

Au fil des pages de cette partie, nous nous plongerons dans le monde complexe et souvent obscur du traumatisme. Nous commencerons par explorer ce que le traumatisme signifie réellement, en définissant ses différentes facettes, du choc traumatique aux événements traumatiques, tout en examinant les prévalences troublantes de ces expériences dans la société.

Nous aborderons les multiples formes de traumatisme, qu'ils soient d'origine naturelle ou humaine, ainsi que les différentes classifications qui les distinguent. Vous découvrirez les distinctions entre les traumatismes de classe I, II et III, ainsi que les nuances entre les traumatismes simples et complexes, directs et indirects.

Au fur et à mesure que nous progresserons dans ce chapitre, nous explorerons le lien entre le traumatisme et le cerveau, en examinant les mécanismes neurobiologiques sous-jacents, tels que les rôles du thalamus et des corrélats neuronaux

du trouble de stress post-traumatique (TSPT). Nous mettrons également en lumière l'importance cruciale des émotions et des processus sous-corticaux dans la compréhension des réponses au rappel traumatique.

Enfin, nous plongerons dans les symptômes du traumatisme psychique, en explorant leur base neurobiologique et leurs manifestations cliniques. Vous découvrirez également comment le traumatisme psychologique est classé dans la classification mondiale, ainsi que les différences significatives entre le deuil et le deuil post-traumatique.

1. Histoires de traumatisme :

Dans son livre *Trauma and Recovery* de 1992, Judith Herman a identifié trois grandes périodes dans l'histoire du concept de traumatisme. Au 19^{ème} siècle, des chercheurs tels que Charcot, Freud et Janet ont commencé à étudier les effets d'expériences émotionnelles intenses dans l'enfance, y compris les abus sexuels. Cependant, Freud a fini par remettre en question sa théorie car il suggérait que de nombreuses femmes avaient été abusées sexuellement, ce qui lui paraissait inconcevable (Milot et al, 2018).

Pendant et après l'entre-deux-guerres, il y a eu un regain d'intérêt pour les traumatismes psychologiques. Les souffrances et les atrocités vécues par les soldats et les civils ont fait émerger des termes tels que « névrose de guerre » et « boulet de canon (Croq et al, 2010). Les premières versions du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM) reconnaissaient le traumatisme de la guerre, mais considéraient que les effets étaient temporaires pour les gens normaux (Josse, 2017).

Le concept de traumatisme ne s'est développé que dans la seconde moitié du XX^e siècle (Croq et al, 2010). La recherche sur le stress et les difficultés d'adaptation chez les anciens combattants, ainsi que sur le stress des groupes d'anciens combattants du Vietnam, contribue à une compréhension plus moderne des traumatismes (Josse, 2019). Le DSM-III, publié en 1980, a introduit le trouble de stress post-traumatique (SSPT) comme diagnostic moderne. Dans le même temps, la prise de conscience

croissante de la violence à l'égard des femmes a mis en évidence les conséquences psychologiques importantes des traumatismes (Gauthier, 2022) .

Ces différentes périodes de l'histoire du traumatisme illustrent l'évolution des connaissances et de la compréhension des effets du traumatisme sur les individus (Josse, 2017). Les travaux de Judith Herman et d'autres chercheurs ont contribué à accroître la sensibilisation aux effets des traumatismes et ont conduit au développement de traitements et d'approches de soutien adaptés aux personnes touchées (Milot et al, 2018).

2. Définition de traumatisme :

Stress :

Le stress est la réponse normale du corps au stress qu'il subit et peut être défini comme une réponse conçue pour s'adapter à l'environnement en fonction des ressources dont dispose l'individu (Croq et al, 2010). Elle se manifeste à différents niveaux : neurologique, biologique, psychologique et comportemental. Différentes réponses possibles au danger, comme se battre, fuir ou se figer, sont considérées comme des traces d'évolution (Milot et al, 2018).

Traumatisme:

Le terme « traumatisme » désigne une blessure ou une blessure physique et psychologique. Sur le plan psychopathologique, le traumatisme se manifeste par des symptômes persistants du fonctionnement mental, tels que des souvenirs traumatiques récurrents, une anxiété chronique et des troubles de la personnalité (Peninon, 2018). Le traumatisme survient lorsque les ressources personnelles et sociales d'une personne sont insuffisantes pour faire face à une situation qui affecte son intégrité physique et mentale (Josse, 2019). Les expériences traumatisantes peuvent submerger la capacité développée d'une personne à faire face à une situation, ce qui peut entraîner des résultats négatifs à long terme. Les réactions des proches, comme les parents, jouent un rôle crucial dans la façon dont le traumatisme est vécu et traité (Peninon, 2018). Dans le langage courant, le terme « traumatisme » est généralement associé à un événement ou à un état

psychologique plutôt qu'à une blessure physique (Winn, 2001).

Dans le langage courant, le terme « traumatisme » est désormais davantage associé à un événement ou un état psychologique qu'à une blessure physique (Winn, 2001). Quant au traumatisme, il fait référence à un événement qui cause des dommages physiques au corps, un choc grave à l'esprit, ou les deux (Matsumot, 2009). Il peut également faire référence à des blessures causées par des événements traumatisants, comme un traumatisme crânien causé par un accident de voiture ou le stress causé par une poursuite injustifiée (Matsumot, 2009).

Choc traumatique :

Le choc traumatique, quant à lui, fait référence à une rupture partielle ou complète des processus psychosomatiques volontaires et volontaires normaux (Matsumot, 2009). Cela peut être dû à une chute brutale de la pression artérielle, à une lésion de la moelle épinière ou du système nerveux central, à une réaction allergique sévère ou à un stress psychologique intense (Josse, 2019).

La compréhension de ces notions de trauma, de trauma et de choc traumatique est primordiale afin de mieux soutenir et accompagner ceux qui ont vécu des événements traumatisants (Matsumot, 2009).

Événement traumatique :

Selon les auteurs Clercq et Lebigot (2001), les événements traumatiques dépassent leur composante énergétique qui fragilise les défenses psychiques. C'est aussi se confronter brutalement à la réalité de la mort, la sienne et celle des autres. Cette confrontation intense avec la mort est souvent associée à une incapacité à exprimer verbalement des expériences traumatisantes. De plus, Lemay (2006) a souligné que face au traumatisme, les sujets blessés développent des mécanismes de survie pour faire face à l'adversité.

Un événement traumatique est défini comme une situation comportant un risque élevé de décès, de blessures graves ou une atteinte à l'intégrité physique ou psychique

(Benny et al, 2016). Les actes de violence délibérés, surtout lorsqu'ils se produisent dans l'enfance ou sont répétés, laissent des cicatrices plus profondes que les traumatismes causés par des événements naturels (Wiley & Sons, 2019). Ces événements menacent la vie ou l'intégrité de la personne et provoquent des sentiments intenses de peur, d'impuissance et de remise en question des valeurs fondamentales de l'existence (Josse, 2019).

Effets psychologiques du traumatisme :

Les événements traumatiques peuvent avoir un impact puissant qui perturbe gravement le fonctionnement mental. Il provoque des troubles mentaux et empêche toute élaboration spirituelle. Cette agitation s'accompagne d'un important relâchement émotionnel et d'une confusion dans le système de référence de l'objet, face à la menace d'une mort imminente et inéluctable (Lachal, 2010). Le traumatisme est alors une confrontation directe avec la mort, ébranlant le moi et débordant les défenses (Josse, 2019). Le mouvement de ces luttes internes peut conduire à une confusion des pensées, des apparences et des émotions (Smith & Lemitre, 2012).

Impact de développement individuel et influences environnementales :

La perception du danger d'un événement traumatique et les réactions émotionnelles qui en résultent dépendent du développement individuel. Les jeunes enfants ont du mal à comprendre la mort ou des événements bouleversants, mais peuvent être affectés par la perte d'une figure d'attachement ou des interactions interrompues (Choquette, 2014). À mesure qu'ils vieillissent, leur compréhension de la gravité des décès et des blessures s'améliore, ce qui rend certains événements potentiellement traumatisants pour eux. Les réactions des adultes qui l'entourent peuvent également influencer la perception qu'a l'enfant de la gravité de l'événement (Josse, 2019).

Les événements traumatisants sont des expériences qui laissent une marque profonde sur un individu. Ces expériences de confrontation avec la mort peuvent avoir des conséquences physiques et psychologiques (Constant, 2016)

Réaction au traumatisme :

Lorsque la santé physique et mentale d'une personne est menacée, cela peut entraîner des conséquences traumatisantes, notamment le trouble de stress post-traumatique (TSPT). D'après (Benny et al, 2016)

Il convient de noter que les réponses au traumatisme peuvent se manifester à différents niveaux. Selon le (Wiley & Sons, 2019), la première est la réponse classique au stress, caractérisée par des réactions corporelles telles qu'un rythme cardiaque rapide ou un sommeil perturbé. Le syndrome de stress aigu survient alors dans les 4 semaines suivant le traumatisme et peut durer de deux jours à un mois (James, 2003). Si les symptômes persistent au-delà de cette période, on parle d'ESPT. De plus, (Wiley & Sons, 2019) mentionne que la dissociation est une réaction de stress aiguë qui provoque des changements dans la perception de soi, le temps et la mémoire.

De plus, les traumatismes complexes, tels que définis par Courtois et Ford dans leur livre, impliquent des expériences interpersonnelles répétées ou prolongées et peuvent avoir un impact significatif sur le développement (Milot et al, 2018).

3. Prévalence des événements traumatisants :

Incidence des événements traumatisants mentionnés dans différentes sources :

Selon (Benny et al, 2016):

Environ 60% des personnes ont vécu la mort subite d'un être cher.

Environ 38 % avaient subi des agressions physiques, sexuelles ou armées.

Environ 29 % ont été témoins de la mort ou de blessures graves d'une autre personne.

Environ 28% des personnes sont victimes d'accidents de la circulation graves.

Environ 17 % avaient subi une catastrophe naturelle.

Selon (Wiley & Sons, 2019):

Entre 14 % et 43 % des enfants ont vécu au moins un événement traumatisant.

Environ 60 % des enfants victimes d'abus sexuels souffrent de trouble de stress post-traumatique (TSPT).

Environ 40 % des enfants victimes de violence physique souffrent de SSPT.

D'après (Tarquinio & auxemery, 2022):

Plus de 20% des enfants sont victimes de violences, et plus de 50% des viols sont sur des mineurs.

Une étude menée au Royaume-Uni a montré que jusqu'à 31,1 % des enfants et des adolescents étaient exposés à des événements potentiellement traumatisants.

À l'âge de 18 ans, l'incidence du SSPT chez les adolescents peut atteindre 7,8%.

Les filles sont généralement plus susceptibles que les garçons de souffrir de TSPT.

En conclusion, les enfants et les adolescents connaissent des taux élevés d'événements traumatiques et de troubles traumatiques. Une proportion importante de jeunes ont vécu des événements traumatisants, dont un nombre important développent en conséquence un TSPT. Il existe également une forte comorbidité entre le TSPT, la consommation de substances, la dépression et l'anxiété chez les jeunes touchés. Ils peuvent également avoir des problèmes de comportement, des difficultés scolaires et être exposés à la violence (Hilaire, 2023)

4. Types de traumatisme : différentes formes de traumatisme :

En matière de traumatisme, il est important de reconnaître les différentes

catégories et types de ces expériences traumatisantes. D'après (Josse, 2019), il existe des différents types de traumatismes :

Traumatismes d'origine naturelle :

Les enfants et les jeunes peuvent être touchés par des aléas naturels tels que les ouragans, les inondations, les tremblements de terre et les aléas géologiques tels que les tsunamis et les éruptions volcaniques (Josse, 2019).

Traumatismes d'origine humaine :

Les traumatismes causés par l'homme comprennent de nombreuses formes de violence et d'abus, notamment (Perreault, 2000):

- Agression sexuelle, telle que l'inceste, l'abus sexuel, le viol, l'esclavage sexuel et la prostitution forcée.

- La violence physique, telle que la brutalité, l'exploitation domestique ou par le travail, et le recrutement d'enfants soldats.

- Agression interpersonnelle entre pairs, comme le chantage, les bagarres, les guerres de gangs, les vols et les jeux violents.

- Négligence flagrante, y compris le manque de soins, de nourriture, d'hygiène et la privation d'affection.

- La violence psychologique telle que l'intimidation, l'humiliation, le sarcasme, le rejet, le harcèlement et la cyberintimidation.

- Attitudes malsaines telles que climat et comportement sexualisés, promiscuité sexuelle, exhibitionnisme et confiance en la pornographie adulte.

- Traditions et pratiques néfastes, y compris les mutilations sexuelles, les mariages forcés et les rites d'initiation cruels.

- La violence collective, comme la guerre et les attentats terroristes.

La violence peut être commise par des membres de la famille, des connaissances ou des étrangers et les enfants peuvent être victimes de violence familiale, communautaire ou de groupe (Josse, 2019).

De plus, divers chercheurs ont proposé des typologies pour classer les traumatismes, voici un aperçu de ces typologies selon (Fossati, 2023):

Traumatisme de type I :

Un traumatisme de type I est causé par un événement unique, limité dans le temps, avec un début et un fin défini (Josse, 2019).

Traumatisme de type II :

Un traumatisme de type II survient lorsque l'événement traumatique se répète, dure pendant une période prolongée ou est susceptible de se reproduire à tout moment (Josse, 2019).

Traumatisme de type III :

Certains chercheurs, comme Eldra Solomon et Kathleen Heide, ont ajouté une troisième catégorie de traumatismes, appelés traumatismes de type III. Ce type de traumatisme décrit les séquelles à long terme de multiples événements traumatiques envahissants et violents, commençant souvent à un jeune âge (Josse, 2019).

Traumatisme simple et complexe :

Judith Herman (2013) a proposé la classification des traumatismes simples et complexes. Le traumatisme simple correspond essentiellement au traumatisme de type I précédemment défini, tandis que le traumatisme complexe découle de la victimisation et de la soumission chroniques d'une personne ou d'un groupe de personnes sur une longue période de temps avec un contrôle total sur l'auteur du comportement traumatique (Lebigot, 2009).

Il est important de noter que certains événements traumatisants, tels que les agressions, les accidents et les attentats terroristes, peuvent être des événements

ponctuels, tandis que les abus sexuels, physiques et sexuels, l'extorsion, l'esclavage sexuel, l'emprisonnement, le travail forcé, les traditions néfastes et l'exposition à la violence domestique se caractérise souvent par une accumulation et un continuum de violence (Sajus, 2020).

Il faut aussi distinguer les enfants qui ont vécu de multiples traumatismes simples (comme des accidents à répétition) de ceux qui ont vécu des traumatismes complexes (Milot et al, 2018).

Dans le contexte des traumatismes, il est également important de faire la distinction entre les traumatismes directs et indirects, comme indiqué dans (Josse, 2019).

Traumatisme direct :

Un traumatisme direct survient lorsqu'une victime est directement confrontée à une situation qui menace sa vie, son intégrité physique ou mentale ou celle d'autrui. Cela peut inclure des agressions, des accidents, des catastrophes naturelles, des abus sexuels ou le fait d'être témoin de violences telles que des combats, des viols ou des meurtres (Milot et al, 2018). Selon la classification ci-dessus (Josse, 2019), un traumatisme direct peut correspondre à un traumatisme simple de type I ou à un traumatisme complexe de type II ou III.

Traumatisme indirect :

Le traumatisme vicariant est une situation dans laquelle un enfant ou un adolescent souffre psychologiquement à la suite de l'expérience de quelqu'un d'autre (Milot, 2018) . La transmission du traumatisme se produit lorsqu'un enfant entretient une relation étroite avec une personne ou un groupe de personnes en détresse. Par exemple, pendant la Seconde Guerre mondiale, les enfants évacués lors des bombardements ont subi un traumatisme immédiat. Cependant, même les enfants qui restent à l'écart du mal peuvent subir des conséquences persistantes en raison du traumatisme subi par ceux qui les entourent. Il existe également une transmission intergénérationnelle des traumatismes, par exemple les enfants de survivants de l'Holocauste présentent des symptômes similaires à ceux de leurs parents, même s'ils

n'ont pas directement vécu l'horreur (Josse, 2019).

Leonor Terr a également fait la distinction entre les traumatismes de type I et les traumatismes de type II. Les blessures de classe I sont causées par un événement unique, imprévu et limité dans le temps, comme un accident de voiture. Les traumatismes de type II résultent d'une exposition répétée, prolongée et répétée à des événements extrêmes, généralement d'origine interpersonnelle, comme des situations de violence domestique (Milot, 2018).

Chez les enfants, le traumatisme de type I se manifeste par des réponses comportementales et physiologiques conditionnées à l'événement traumatique, telles que des souvenirs détaillés de l'événement, des peurs spécifiques, des hallucinations ou une recherche de sens pour expliquer ce qui s'est passé (Josse, 2019). Certains de ces symptômes sont similaires au trouble de stress post-traumatique (TSPT). Les traumatismes de type II ont des effets plus envahissants et durables. L'exposition répétée déclenche de puissants mécanismes de défense tels que le déni, la répression, le détachement et le renvoi de la colère sur soi, entraînant des changements majeurs dans la personnalité (Milot, 2018).

L'état de stress post-traumatique peut être divisé en deux grandes catégories : le TSPT simple et le TSPT complexe. L'ESPT simple survient après un événement traumatique isolé, tandis que le TSPT complexe se développe après un traumatisme répété, surtout s'il est causé par d'autres, en particulier pendant l'enfance (Josse, 2019). Les causes courantes du SSPT complexe comprennent la violence sexuelle, la violence physique, la violence urbaine, la violence conjugale à long terme, le traumatisme de la guerre (par exemple, la torture) (Milot, 2018), la perturbation d'une communauté ou d'une nation ou l'assistance à des actes de génocide. Les personnes atteintes de TSPT complexe ont généralement plus de symptômes et nécessitent une plus grande variété d'interventions que les personnes atteintes de TSPT non compliqué (Wiley & Sons, 2019).

5. Risque de développer un TSPT selon le type de traumatisme:

En fait, le risque de développer un état de stress post-traumatique (TSPT) varie

selon le type de traumatisme vécu. Les traumatismes causés par l'homme, comme ceux mentionnés, sont associés à un risque plus élevé de TSPT. Selon le National Center for Post Traumatic Stress (Wiley & Sons, 2019), les événements traumatiques les plus couramment associés au SSPT sont :

- Chez les femmes:
 - Viol et agression sexuelle.
 - les violences domestiques.
 - Menaces avec des armes.
 - Abus sexuel dans l'enfance.
- Pour les hommes:
 - Viol.
 - Expérience de combat.
 - Négligence ou violence physique pendant l'enfance.

Ces événements traumatisants sont souvent étroitement liés au développement du TSPT. Il est important de souligner que ces exemples ne sont pas exhaustifs et qu'il existe d'autres types de traumatismes qui peuvent également causer le TSPT. Tout le monde réagit différemment au traumatisme et le risque de développer un SSPT peut être influencé par des facteurs tels que le soutien social, les ressources personnelles, les antécédents de traumatisme et la résilience personnelle (Melancon, 1999)

6. Traumatisme et cerveau :

Les expériences traumatisantes peuvent avoir un effet profond sur les individus, affectant leur santé mentale et physique (Bonnell, 2021).

Les survivants de traumatismes peuvent vivre un cycle répétitif qui perpétue les traumatismes passés, sape leur estime de soi et exacerbe les troubles associés. Ces

personnes peuvent éprouver des souvenirs fragmentés et des réponses neurobiologiques réactivées (Vaiva, 2009), souvent sans l'utilisation du langage, entraînant des sensations corporelles intrusives, des images et des odeurs déroutantes, ainsi que des douleurs physiques et un handicap pour réguler leur activation (Bonnell, 2021) .

Ces réponses sensorimotrices témoignent d'un traumatisme antérieur, mais les individus ont souvent du mal à comprendre qu'il s'agit de traces d'un traumatisme (Vaiva, 2009). Ils interprètent donc ces réponses comme relevant de leur identité ou de leur estime de soi, renforçant ainsi des croyances négatives (Bonnell, 2021). Les tentatives de traitement basées sur la verbalisation ou la catharsis émotionnelle d'événements traumatisants peuvent déclencher des souvenirs somatiques sous la forme de sensations corporelles intenses, d'engourdissements, d'activations dérégulées et de mouvements involontaires (Lachal, 2010). Ces réactions physiques intenses peuvent à leur tour exacerber les émotions liées au traumatisme telles que la terreur, la peur, l'impuissance, la honte et la colère.

Au cours de ces expériences traumatisantes (Bonnell, 2021), le cortex frontal associé à la pensée et à la prise de décision est assommé, conduisant à des décisions impulsives, dangereuses ou inappropriées à la réalité actuelle. Les personnes traumatisées alternent souvent entre l'évitement émotionnel et l'engourdissement physique, et la reviviscence intrusive du traumatisme à travers des flashbacks, des rêves, des pensées et des symptômes physiques (Lachal, 2010).

La dissociation joue un rôle important dans les symptômes traumatiques (Bonnell, 2021), entraînant de graves déficits dans l'intégration de l'expérience. Les symptômes dissociatifs se manifestent psychologiquement par des effets envahissants, des difficultés de concentration, une amnésie et des troubles sensori-moteurs avec des distorsions sensorielles, une dérégulation de l'activation physiologique, des douleurs et des dyskinésies. Une approche de traitement intégrée qui tient compte de ces dimensions cognitives, affectives et sensorimotrices est nécessaire pour aider à atténuer les effets persistants du traumatisme et favoriser la guérison (Lachal, 2010).

La base neurobiologique du traumatisme psychique :

Le traumatisme peut avoir des effets significatifs sur le cerveau et le traitement de l'information.

Selon le modèle du cerveau triunique proposé par Ogden, le cerveau est composé de trois niveaux : le cerveau reptilien, le cerveau limbique et le néocortex. Chaque niveau est responsable d'un certain type de connaissance et joue un rôle dans le traitement des informations. Le cerveau reptilien est responsable des réponses instinctives et du mouvement programmé, le cerveau limbique régule l'humeur, la mémoire et le comportement social, tandis que le néocortex est responsable du traitement cognitif et de la pensée abstraite (Ogden et al, 2021).

Cependant, lorsqu'une personne est confrontée à un événement traumatisant, la capacité du cerveau à traiter efficacement les informations peut être submergée (Carletto, 2017) . Les déséquilibres peuvent survenir, ce qui entraîne une altération du traitement émotionnel et cognitif (Vaiva, 2009) . Cela se manifeste par une escalade émotionnelle, une pensée désorganisée et une interprétation inadaptée des stimuli environnementaux liés au traumatisme (Ogden et al, 2021).

Le thalamus, qui joue un rôle vital dans la transmission des informations sensorielles, peut également être dérégulé en cas de traumatisme (Vaiva, 2009). Cela entraîne une altération du traitement sensoriel, manifestée par des symptômes tels que l'hypervigilance et la surcharge sensorielle (Carletto, 2017).

Des études ont également montré que le traumatisme perturbe la latéralisation normale de la fonction cérébrale. Des déséquilibres hémisphériques peuvent survenir, affectant la régulation des émotions, la consolidation de la mémoire et les processus cognitifs chez les personnes atteintes de TSPT (Vaiva , 2009).

Concernant les corrélats neuronaux du TSPT, différentes régions du cerveau ont été identifiées comme étant impliquées dans la neurobiologie de ce trouble. L'amygdale, qui joue un rôle central dans le traitement de la peur et des réponses émotionnelles, est souvent activée de manière excessive chez les personnes atteintes de TSPT. Cela entraîne des symptômes d'hypervigilance et des réponses exagérées aux menaces(Ogden

et al, 2021).

Le cortex préfrontal médian, le cingulaire antérieur, l'hippocampe, l'insula et le cortex orbitofrontal sont d'autres régions du cerveau impliquées dans la régulation des émotions, la mémoire et la perception des stimuli émotionnels. Des altérations dans ces régions peuvent entraîner des difficultés de régulation émotionnelle, une réactivité accrue aux souvenirs traumatiques et des difficultés dans l'évaluation des récompenses et la prise de décision (Carletto, 2017).

Il est important de noter que les individus exposés au même traumatisme peuvent présenter des réponses différentes (Vaiva, 2009).

7. Symptômes de traumatisme psychique :

Un traumatisme peut avoir un effet profond sur la santé mentale d'une personne. Les symptômes post-traumatiques peuvent se manifester de différentes manières, allant de l'humeur dépressive à l'anxiété hyperactive.

Base neurobiologique des symptômes post-traumatiques :

Les événements traumatiques déclenchent une réaction de peur dans le cerveau, caractérisée par la libération d'adrénaline et la production de cortisol, l'hormone du stress (Corbo, 2011). Cependant, lorsque le stress persiste pendant une période prolongée, les modifications du système noradrénergique entraînent des manifestations cliniques paradoxales (Vaiva, 2009). D'une part, en raison du manque de norépinéphrine, des symptômes associés à une diminution du fonctionnement du système émotionnel se produisent. Les symptômes de suractivation, en revanche, surviennent lorsque les récepteurs deviennent hypersensibles à la noradrénaline (Corbo, 2011)

Manifestations cliniques des symptômes post-traumatiques :

Selon (Benny et al, 2016), les symptômes du trouble de stress post-traumatique (TSPT) comprennent la reviviscence constante d'événements traumatisants, des comportements d'évitement, des troubles cognitifs et émotionnels et des problèmes

d'hyperexcitation tels que les troubles du sommeil et l'irritabilité.

Les auteurs (Wiley & Sons, 2019) mettent en évidence trois principaux symptômes du TSPT: pensées intrusives récurrentes, évitement émotionnel et hypervigilance. Ces symptômes peuvent se manifester par des attaques de panique et une sensibilité accrue aux stimuli traumatiques.

Dans (Tarquinio & Auxemery, 2022), quatre principaux symptômes de traumatisme sont décrits: la renaissance, l'hyperactivation neurovégétative, l'évitement cognitif et comportemental et la dissociation. Ces symptômes peuvent s'accompagner de diverses manifestations psychopathologiques, notamment des troubles de l'humeur, des troubles anxieux, des changements de personnalité et des troubles du comportement.

Les symptômes post-traumatiques peuvent avoir un impact significatif sur différents aspects de la vie quotidienne. Les fonctions instinctives telles que le sommeil, l'alimentation et l'activité sexuelle peuvent être perturbées. Des troubles neuropsychologiques, tels que des difficultés d'attention et de mémoire, peuvent également se manifester. Les troubles des conduites et les changements de personnalité sont d'autres conséquences possibles (Dozio, 2020).

8. Traumatisme psychologique dans la classification mondiale :

Selon (Coutanceau, 2012), les critères diagnostiques officiels, tels que ceux fixés par le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM), ne permettent pas d'établir un diagnostic standard dans les deux premiers jours après l'événement traumatique. Introduit dans la quatrième édition du DSM en 1994, le diagnostic de stress aigu ne peut être posé qu'après 48 heures (Josse, 2009) . Cependant, la Classification Internationale des Maladies (CIM) permet de diagnostiquer une « réponse aiguë à un facteur de stress » dans les premiers jours suivant un événement traumatique. Ainsi, selon la CIM, les manifestations traumatiques initiales peuvent être classées comme d'autres entités syndromiques.

Cela met en évidence la complexité de l'évaluation et du diagnostic des réponses

précoces aux traumatismes. Il est important d'envisager différentes approches de diagnostic et de reconnaissance pour assurer des soins appropriés aux personnes qui ont vécu des événements traumatisants (Milot et al, 2018).

La directive diagnostique la plus récente pour les troubles mentaux est le DSM-5, publié en 2013. Il énumère les troubles suivants liés aux traumatismes et aux facteurs de stress :

- Désinhibition des troubles sociaux DSM-5 code 313.89, CIM-10 code F49.12
- Trouble réactif de l'attachement DSM-5 code 313.89, ICD-10 code F49.1
- Trouble de stress aigu DSM-5 Code 308.3, ICD-10 Code F43.0
- Trouble d'adaptation DSM-5 Code 309, CIM-10 Code F43.2
- ESPT DSM-5 code 309.81, CIM-10 code F43.10
- Autres troubles spécifiés liés à un traumatisme ou au stress DSM-5 code 309.89, ICD-10 code F43.8
- Trouble lié aux traumatismes et au stress, code DSM-5 non spécifié 309.9, code ICD-10 F43.9

9. Deuil post-traumatique :

Le deuil post-traumatique est une notion décrite par Marie-Frédérique Bacqué en 2006 (Tarquinio & Auxemery, 2022), qui découle de la relation entre la perte et la confrontation à la mort suite à un événement tel qu'un accident de masse. Ce deuil est compliqué car les symptômes du SSPT peuvent entraver ou même arrêter le processus de deuil (Mormont, 2009).

Symptômes du deuil post-traumatique :

Les symptômes comprennent le syndrome de répétition, la reviviscence consciente ou inconsciente d'une scène traumatique dans une tentative de donner un sens

à l'événement ou de l'adapter à la réalité. Les personnes endeuillées peuvent également éprouver de la culpabilité pour avoir survécu, ainsi qu'une perte d'identité ou une confusion due à des menaces de mort (Tarquinio & Auxemery, 2022).

Différences entre deuil et deuil post-traumatique :

D'un point de vue clinique selon (Tarquinio & Auxemery, 2022), il est important de distinguer le deuil traditionnel du deuil post-traumatique. Dans le deuil, on essaie de se souvenir et de rester en contact avec le défunt, alors que dans le deuil post-traumatique, deuil et traumatisme s'entremêlent et créent une situation de compétition. Le deuil dans le contexte du deuil post-traumatique consiste à intégrer la perte et à faire face au traumatisme (Mormont, 2009).

Certaines personnes dissociées évitent de reconnaître la perte et le chagrin, tandis que d'autres deviennent trop concentrées sur la perte et restent à ce stade (Steele et al, 2018).

10. Mémoire Traumatique et Différence avec un Souvenir Normal :

La mémoire traumatique est un phénomène complexe qui survient en réponse à un traumatisme (Salmona, 2020). Lorsque le cerveau est confronté à un événement traumatique, il réagit différemment de la mémoire normale. Dans le cas d'un souvenir traumatique, le cortex cérébral est étourdi, provoquant une hyperactivité de l'amygdale cérébrale, entraînant des expériences émotionnelles intenses et incontrôlables (Salmona et al, 2012).

De telles réactions émotionnelles fortes présentent des risques importants pour l'organisme, amenant le cerveau à établir des mécanismes de protection spéciaux sous forme de dissociation (Salmona, 2018). Protège le cœur et le cerveau en isolant l'amygdale du cerveau et en permettant aux réponses émotionnelles de disparaître. Ce processus est facilité par la libération de neurotransmetteurs tels que les endorphines du système glutamatergique et les antagonistes des récepteurs NMDA (Charretier, 2020)

Cependant, vivre avec des souvenirs traumatisants peut être très difficile. Les

victimes se sentent en insécurité, craintives et dans un état constant de guerre intérieure (Kédia, 2012). Ils doivent rester vigilants à tout moment pour éviter d'éventuels déclencheurs de souvenirs traumatisants. Des comportements d'évitement et de maîtrise de l'environnement s'installent, et le moindre changement peut devenir source de danger. Même des stimuli apparemment inoffensifs, tels que des bruits, des odeurs ou un mot, peuvent déclencher un état de panique. Une vigilance constante empêche la relaxation et rend le sommeil extrêmement difficile (Charretier, 2020).

Cela peut entraîner un certain nombre de conséquences néfastes telles que les phobies, le retrait émotionnel, les troubles du sommeil, la fatigue chronique, les problèmes d'attention et de concentration, qui peuvent avoir un impact négatif sur la vie personnelle, sociale et professionnelle de la victime (Kédia, 2012).

Les comportements de contrôle et d'évitement adoptés par les victimes ne suffisent souvent pas, surtout lorsqu'il y a des changements majeurs dans la vie. Dans ces cas, les souvenirs traumatisants peuvent refaire surface de manière explosive, blessant à nouveau la victime et posant un risque mortel. En réponse à cet état (Smith et al, 2012), la victime peut chercher à se désengager en augmentant la quantité de drogues dissociatives, soit par la consommation de substances comme l'alcool, soit par l'exacerbation du stress qui augmente la sécrétion endogène de ces substances (Charretier, 2020).

Ces actes de séparation sont risqués et dangereux (Kédia, 2012). Ils peuvent se manifester par un comportement à risque sur la route, des relations sexuelles à risque, des jeux dangereux, la criminalité, la consommation de drogue, l'automutilation ou la violence contre soi ou les autres. Ils deviennent rapidement dépendants, non seulement pour échapper au souvenir traumatique, mais pour l'empêcher de se reproduire. Cependant, ces comportements alimentent la mémoire traumatique, la rendant de plus en plus explosive et rendant plus nécessaires les comportements dissociatifs (Charretier, 2020) .

Les victimes se retrouvent souvent dans une douleur insupportable, piégées dans des souvenirs traumatisants (Orbach, 2021)

La distinction entre souvenirs normaux et souvenirs traumatiques (Smith et al, 2012) est cruciale. La mémoire normale non traumatique est une mémoire épisodique qui comporte trois niveaux : les représentations de l'événement, les émotions associées à l'événement et les sensations autobiographiques appartenant à la mémoire (Kédia, 2012). Au contraire, les souvenirs traumatiques impliquent toujours la dissociation d'au moins un de ces trois niveaux (Smith et al, 2012). La dissociation peut se manifester par une amnésie ou des flashbacks au niveau des représentations mémorielles, un engourdissement émotionnel ou un débordement émotionnel par rapport à l'événement au niveau des émotions associées, et une dépersonnalisation, une déréalisation ou une persécution au niveau des émotions associées. L'autobiographie appartient au sens de la mémoire (Kédia et al, 2012).

En conclusion, la mémoire traumatique présente un défi important pour ceux qui en sont affectés.

11. La dissociation péritraumatique : un mécanisme de défense contre le traumatisme:

La dissociation traumatique est un phénomène courant qui se manifeste comme une réaction à un événement traumatique (Coutanceau, 2012). Elle se caractérise par des symptômes de dépersonnalisation, de déréalisation, d'amnésie, d'analgésie et de comportements automatiques (Nijenhuis et al 2006). Ce mécanisme de défense (Coutanceau, 2012) est souvent associé au trouble de stress post-traumatique (TSPT) et peut avoir des effets durables sur la personnalité et la santé mentale. Douleur traumatique, y compris divers symptômes dissociatifs.

Chez les enfants qui ont subi des violences et des abus, la séparation traumatique leur permet de maintenir une distance psychologique pour traiter ce qu'ils ont vécu. Ils sont déconnectés de ce qui s'est passé, doutent de la véracité des événements ou ont des souvenirs déformés (Kédia, 2009). Cette division de soi est basée sur la capacité du cerveau humain à séparer et à diviser. Les enfants maltraités rejettent des parties d'eux-mêmes comme étant des « mauvais enfants » ou « pas moi » et maintiennent une image

positive d'eux-mêmes en tant que « moi » ou « bons enfants » (Fisher, 2014).

La partie dissociée fixée à la plaie peut revêtir différentes spécificités. Certaines de ces sections adoptent un comportement enfantin, donnant l'impression d'un enfant apeuré, figé ou triste (Smith et al, 2012). D'autres parties détachées tentent d'aider la personne affectée en comblant les moments où elle perd le contrôle exécutif, empêchant une autre partie inadaptée d'attirer l'attention (Kédia, 2009). Ces parties dissociées peuvent amener la personne à ressentir une variété de symptômes intrusifs, tels que des sensations, des perceptions, des voix enfantines, des voix commentant ou critiquant le patient ou d'autres, et un dialogue interne entre les parties dissociées (Kédia, 2012). Cependant, il faut reconnaître que ces symptômes intrusifs ne sont pas des symptômes psychotiques mais plutôt des manifestations de troubles dissociatifs (Nijenhuis et al 2006).

En conclusion, la dissociation péritraumatique est un mécanisme de défense courant en réponse à des événements traumatiques. Elle se caractérise par des symptômes de déconnexion de soi qui peuvent avoir des effets durables sur la personnalité et la santé mentale.

12. Les réactions des adolescents face à un événement traumatisant :

Lorsqu'un adolescent est confronté à un événement traumatique, il peut réagir différemment sur le plan physique, émotionnel, cognitif et comportemental (Darnell, 2019). Certaines réponses peuvent être adaptatives, mais la plupart des adolescents subiront un stress accablant avec une détresse immédiate et des symptômes traumatiques sous-jacents tels que des symptômes dissociatifs (Kédia, 2009). Certains adolescents peuvent développer des troubles psychopathologiques, bien que ces réponses initiales ne prédisent pas nécessairement leur santé mentale future (Darnell, 2019).

Dans les jours et les semaines qui suivent l'événement, certains adolescents peuvent constater que leurs symptômes s'améliorent (Elia, 2023), tandis que d'autres peuvent ressentir des symptômes traumatiques tels que des flashbacks, un comportement d'évitement, de l'irritabilité, de l'anxiété, de la dépression, troubles du sommeil et de la

nourriture. Contrairement aux adultes, les adolescents victimes de traumatismes sont plus susceptibles d'afficher une détresse physique, un comportement régressif et des difficultés scolaires (Josse, 2019).

Les traumatismes peuvent avoir des effets durables sur la personnalité d'un adolescent, affectant son développement et entraînant des attitudes et des comportements à long terme (Cannard, 2019). Les réponses des adolescents varient selon leur âge, leur environnement immédiat et le degré de détresse causé par l'événement traumatique. Deux phases distinctes de la réponse peuvent être identifiées : la phase aiguë, qui commence immédiatement après l'événement et dure des semaines, et la phase prolongée, qui peut durer des mois, des années ou même toute une vie (Boudou et al, 2007).

La phase aiguë est caractérisée par des réactions immédiates, à la fois manifestes et silencieuses. Les réponses évidentes comprennent le stress aigu, les réponses dissociatives et les symptômes post-traumatiques (Mathilde et al, 2021). Les réactions silencieuses sont plus subtiles et peuvent inclure des cauchemars, des problèmes de sommeil, une régression comportementale, des difficultés scolaires, des douleurs abdominales, des maux de tête, des troubles de l'alimentation et des comportements d'évitement. Ces réponses peuvent également entraîner des changements dans la personnalité, le comportement, les relations avec les pairs et des difficultés émotionnelles (Boudou et al, 2007).

La phase à long terme est caractérisée par la persistance ou la récurrence des symptômes post-traumatiques (Lociuero et al, 2019) après la phase aiguë. Les symptômes les plus fréquemment signalés sont les flashbacks, les comportements d'évitement, l'hypervigilance, les troubles du sommeil, les troubles de l'alimentation, la dépression, l'anxiété et les troubles du comportement (Boudou et al, 2007).

Les symptômes courants chez les adolescents traumatisés comprennent des symptômes dissociatifs tels que le coma dissociatif, la fugue dissociative, la déréalisation et la dépersonnalisation (Kédia, 2009). En plus de cela, les adolescents peuvent présenter divers troubles tels que le trouble de stress post-traumatique, les

troubles anxieux et dépressifs, ainsi que des comportements régressifs et des difficultés d'apprentissage. Les troubles du sommeil, les troubles alimentaires, les conduites addictives et les troubles somatoformes sont également fréquents chez les adolescents traumatisés (Boudou et al, 2007).

Les facteurs de risque et de protection pour le développement de symptômes post-traumatiques chez les adolescents comprennent des facteurs liés à l'événement traumatique lui-même et à l'environnement personnel et social (Kédia, 2009). Ces facteurs doivent être pris en compte lors de l'évaluation et du traitement des adolescents après un événement traumatique.

13. Les facteurs influençant les troubles psychotraumatiques chez les adolescents :

L'impact des événements traumatisants sur les adolescents peut varier en fonction d'un certain nombre de facteurs. Les paramètres affectant l'apparition, la fréquence et l'intensité des symptômes, et le cours de la récupération mentale se répartissent en trois catégories (Revet et al, 2020). Ces catégories comprenaient des variables liées à l'événement traumatique, aux caractéristiques individuelles de l'adolescent et aux aspects de l'environnement de rétablissement (Tarquinio et al, 2022).

Les variables associées aux événements traumatisants comprennent leur nature, leur durée et leur fréquence. Dans les cas de violence, l'identité de l'auteur et la relation étroite avec la victime jouent également un rôle crucial. Chez l'enfant et l'adolescent, le lien entre la gravité objective d'un événement et son retentissement psychologique est complexe (Olliac, 2012). À mesure que nous vieillissons, les blessures physiques et la perception des menaces de mort deviennent plus déterminantes de la maladie ultérieure (Taïeb et al, 2004)

L'intensité et la gravité de l'événement sont également des facteurs importants à considérer (Revet et al, 2020). Certains événements majeurs peuvent être particulièrement nocifs pour les adolescents, comme la perte d'un être cher, la violence sexuelle, la violence physique, la négligence grave, la violence psychologique et les accidents graves (Tarquinio et al, 2022). L'exposition à un danger pour sa propre vie ou

celle d'autrui, et le fait d'être confronté à la mort d'autrui sont également des facteurs traumatisants (Olliac, 2012).

La durée et la répétition des facteurs traumatiques jouent un rôle crucial dans le développement des symptômes post-traumatiques (Aubront, 2009). Plus un adolescent est exposé à des événements répétés sur une longue période, plus le risque de développer un SSPT et des changements de personnalité est élevé. La fréquence et la variété des événements traumatisants sont également des indicateurs importants (Taïeb et al, 2004).

L'identité de l'agresseur et sa proximité avec la victime sont des facteurs de risque supplémentaires (Henriet, 2022). Le risque de traumatisme est plus élevé lorsque l'agresseur est une personne ayant une autorité morale et/ou la confiance de l'adolescent (Revet et al, 2020).. L'absence ou la présence de parents et/ou d'adultes de confiance lors d'événements traumatisants, et leurs réponses adaptatives ou inadéquates, jouent également un rôle crucial dans le développement des symptômes post-traumatiques (Taïeb et al, 2004).

Plus les facteurs de risque s'accumulent, plus les adolescents sont susceptibles de développer un SSPT, qui sera plus grave et chronique. (Revet et al, 2020)

14. Symptômes du trouble de stress post-traumatique (TSPT) et signes d'alerte de deuil traumatique chez les adolescents :

Le trouble de stress post-traumatique (TSPT) chez les adolescents peut se manifester par des comportements d'opposition et des signes avant-coureurs spécifiques (Romano, 2018). Les adolescents peuvent exprimer leur détresse de manière plus dangereuse que les enfants plus jeunes, ce qui nécessite une vigilance particulière de la part des adultes. Certains comportements, tels que l'agressivité, les comportements impulsifs, l'augmentation de la sexualité, la rébellion et la prise de risques excessifs, peuvent être des indicateurs potentiels du SSPT chez les adolescents (Prairie, 2021).

Il existe également des signes avant-coureurs spécifiques qui méritent une attention particulière lorsque le deuil devient traumatisant (Gratton, 2018). Ces signes

peuvent inclure l'obsession du défunt, des douleurs corporelles dans la partie affligée du défunt, des troubles intenses de la pensée du défunt, l'évitement des rappels de la mort, le refus d'accepter la réalité de la mort, des sentiments de vide et de doute, un sentiment que la vie n'a plus de sens, concernant le défunt hallucinations auditives ou visuelles, attirance pour des lieux et des objets liés à la personne disparue, colère ou douleur liée à la mort, sentiments d'injustice, confusion ou vertiges, jalousie de la relation de la personne décédée avec ses proches, difficulté à faire confiance aux autres, solitude chronique et désintérêt pour les autres (Houssier, 2011).

Il est important de souligner que bon nombre des symptômes énumérés font partie du processus normal de deuil (Wiley & Sons, 2019). Cependant, s'ils persistent pendant des mois sans amélioration, cela peut indiquer un traumatisme lié au deuil.

I. LA DISSOCIATION TRAUMATIQUE :

Préambule :

Dans ce chapitre, nous explorerons les mécanismes complexes de la dissociation, un processus psychologique qui peut survenir en réponse à des traumatismes. Nous plongerons dans l'histoire de la dissociation, allant de ses origines à sa compréhension moderne, en passant par son évolution de la dissociation normale à la dissociation dysfonctionnelle. Nous examinerons également les différentes parties de la personnalité impliquées dans la dissociation et les défis qu'elles posent.

Nous discuterons des difficultés auxquelles sont confrontées les personnes traumatisées et des systèmes d'actions évolutifs qui sous-tendent la dissociation. La prévalence, les types et les niveaux de dissociation seront abordés pour offrir une vue d'ensemble complète de ce phénomène complexe. Nous explorerons également la neurobiologie de la symptomatologie dissociative, en mettant en lumière les aspects de sous-modulation et de sur-modulation émotionnelle.

Nous plongerons dans les symptômes de la dissociation traumatique, en examinant les différents domaines où ils se manifestent, que ce soit chez les enfants, dans la personnalité, de manière négative ou positive, somatoforme ou structurelle. Enfin,

nous discuterons du rôle de la dissociation dans le trouble de stress aigu, la dissociation péritraumatique et le trouble de stress post-traumatique, ainsi que de son inclusion dans la classification mondiale.

1. Histoire de la dissociation :

L'histoire de la dissociation remonte aux travaux de Moreau de Tours en 1845, qui introduisit les termes de dissociation et de psycholyse pour décrire le rétrécissement du champ de conscience du patient hystérique (Bottéro, 2001). La dissociation peut être considérée comme une manifestation de cette dissolution. (Mousnier-lompre, 2021). Peu avant les années 1900, le psychologue Pierre Janet a formalisé le concept de dissociation dans une synthèse exhaustive qui a été adoptée ou commentée par la plupart des experts en deux générations (Bauer, 2017). Les écrivains modernes ont redécouvert cette synthèse classique de la recherche sur la dissociation dans les années 1960 et 1970 (Mousnier-lompre, 2021). Ce moment historique particulier, surnommé la "synthèse classique", montre à la fois quels obstacles doivent être inclus dans l'histoire de la dissociation et comment divers acteurs peuvent contribuer au travail de la dissociation sur la localisation de la dissociation (Kedia et al, 2019).

2. La Dissociation: Un Mécanisme de Défense Face aux Traumatismes :

La dissociation est un phénomène psychique caractérisé par la désunion de fonctions normalement intégrées telles que la conscience, la mémoire, l'identité ou la perception de l'environnement (Damsa et al, 2006). Selon la définition du DSM-5 et de la CIM-11, la dissociation fait référence à la perturbation de l'intégration psychologique (Cazabat, 2008). Elle peut être passagère dans des situations de fatigue ou de stress, mais elle peut aussi être chronique chez des personnes ayant vécu un traumatisme infantile. Les enfants maltraités peuvent vivre une dissociation traumatique pour maintenir une distance psychologique par rapport à leurs expériences (Smith et al, 2012)).

La schizophrénie entraîne la division de la personnalité en différentes parties, chacune avec son propre sens de soi (Bottéro, 1999). Les personnes atteintes de troubles

dissociatifs peuvent vivre des expériences, des souvenirs, des pensées et des émotions contradictoires qui ne correspondent pas aux leurs. Ils peuvent également avoir des images d'eux-mêmes changeantes et de multiples sens d'eux-mêmes (Steele et al, 2018).

Différentes approches théoriques ont été développées pour expliquer la dissociation, y compris la théorie de la dissociation structurelle de la personnalité (Kedia et al, 2019). La théorie propose que la dissociation est le fractionnement de la personnalité en sous-systèmes suite à un événement traumatique (Hingray, 2021).

La dissociation est souvent associée au trouble de stress post-traumatique (SSPT) et peut avoir des effets durables sur la personnalité et la santé mentale (Bauer, 2017). La recherche montre que la dissociation traumatique est courante chez les blessés des urgences, les victimes d'accidents de la route et les survivants d'agressions (Milot et al, 2018).

Certains continuent de considérer la schizophrénie comme un accessoire plutôt que comme un véritable trouble mental. Cependant, les troubles dissociatifs surviennent dans le monde entier et peuvent être associés à d'autres troubles psychiatriques tels que les troubles de l'humeur et l'anxiété (Kasey et al, 2018).

La dissociation est un processus psychologique complexe qui consiste à séparer ou à décomposer différentes parties d'une personnalité ou d'une expérience mentale (Bauer, 2017). Elle peut se manifester par des troubles dissociatifs tels que la personnalité dissociative, l'amnésie psychogène et la perte de conscience (Wieland, 2015). La dissociation peut servir de mécanisme de défense contre la douleur émotionnelle intense associée au traumatisme. Cependant, lorsqu'un mécanisme de défense par dissociation persiste en l'absence de menace réelle, il peut devenir pathologique. (Steele et al, 2018).

Elle survient généralement en réponse à une expérience traumatisante, telle qu'une violence physique ou sexuelle, une violence verbale, une perte émotionnelle ou un événement effrayant (Salmona, 2018).

La dissociation peut être associée au trouble de stress post-traumatique (TSPT),

mais elle va au-delà de ce trouble (Wieland, 2015). Certaines personnes présentent des symptômes dissociatifs caractérisés par une dissociation émotionnelle plutôt que par des réponses émotionnelles intenses. Ce sous-type est appelé le sous-type dissociatif du SSPT (Kedia et al, 2019).

La dissociation peut également être associée à un trouble du développement traumatique (TDD) (Wieland, 2015). Chez les enfants qui ont subi des violences interpersonnelles répétées ou prolongées et des interruptions des soins de protection (Kedia et al, 2019).

Plusieurs facteurs contribuent au développement de la dissociation (Cazabat, 2008), notamment les capacités biologiques dissociées, l'expérience traumatique, le lien entre la dissociation et les systèmes d'ego partiels, et le manque d'expérience de soins et de traitement dans les premiers stades de vie. (Wieland, 2015).

3. De la dissociation normale à la dissociation dysfonctionnelle : du normal au pathologique :

La dissociation est un phénomène qui se manifeste à différents niveaux de conscience (Lussier, 2017), Dans notre vie quotidienne, elle nous permet de fonctionner et de nous adapter à notre environnement. Par exemple, nous pourrions être préoccupés par nos pensées tout en effectuant inconsciemment une autre tâche (Spencer, 1996). C'est le phénomène imaginaire de l'absorption (Wieland, 2015). La séparation « normale » de la vie quotidienne est un phénomène cyclique, alternant séparation et réassociation (Bottéro, 1999). Cependant, lorsque cette réponse dissociative persiste, devient chronique ou survient sans déclencheur identifiable, elle peut devenir pathologique (Wieland, 2015). La personne reste alors dissociée, ce qui a des conséquences fonctionnelles dans sa vie quotidienne (Tapia, 2017).

Le concept de séparation pathologique peut être considéré de deux manières opposées : soit comme un continuum des phénomènes normaux aux phénomènes pathologiques, soit comme une séparation structurelle de la personnalité (Hingray, 2021).

Les mécanismes dissociatifs impliquent à la fois des aspects neurobiologiques et psychopathologiques (Tapia, 2017). Neurobiologiquement, la dissociation se manifeste dans des situations traumatiques où l'individu est exposé à un danger intense, impliquant le thalamus et l'amygdale (Lussier, 2017). Au niveau de la psychopathologie, le modèle IFS (Internal Family System) identifie l'intervention de différentes "parties" ou états internes dans le phénomène de dissociation (Smith et al, 2012).

R.A. Lanius (Hingray, 2021) propose un modèle dissociatif en relation avec le SSPT. Le modèle est basé sur quatre dimensions de la conscience : le temps, la pensée, le corps et l'émotion (Lussier, 2017). Elle permet de classer les symptômes post-traumatiques allant des symptômes de conscience normale aux symptômes dissociatifs de conscience altérée (Hingray, 2021).

La dissociation chronique se produit lorsque les expériences traumatisantes sont trop menaçantes ou bouleversantes pour s'adapter à l'image de soi ou à l'histoire de la vie d'un individu (Van der Hart et al, 2014). Certains facteurs biologiques, sociaux et environnementaux rendent les individus plus susceptibles à la séparation, notamment les jeunes enfants dont le cerveau est en développement, les enfants qui manquent de soutien affectif et social et les enfants qui ont été victimes de violence ou de négligence chroniques pendant leur enfance (Steele et al, 2018).

Un traumatisme précoce a des effets majeurs sur la fonction cérébrale et la neurotransmission (Hingray, 2021). Ces expériences traumatisantes entraînent des changements neuroanatomiques, notamment dans la connectivité et le volume des régions cérébrales. Le crochet droit, qui est impliqué dans la récupération des souvenirs autobiographiques, a été particulièrement touché. De plus, un traumatisme précoce altère la fonction cérébrale en perturbant la fonction de l'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien. Des niveaux élevés de glucocorticoïdes produits en réponse au stress perturbent la fonction du lobe temporal médial, inhibant ainsi la récupération des souvenirs traumatiques. De plus, le stress altère le métabolisme du cortex préfrontal latéral inférieur droit, entraînant un cortex préfrontal hypométabolique (Odgan et al, 2019). Cela peut exacerber les déficits exécutifs et entraîner des problèmes de

récupération de la mémoire dans les troubles dissociatifs (Hingray, 2021).

Les symptômes dissociatifs sont souvent observés après un événement traumatique lorsque l'intensité de l'expérience dépasse la capacité d'intégration de l'individu (Jaouali, 2019). Le stress et le SSPT peuvent entraîner des symptômes dissociatifs. Les personnes atteintes de troubles dissociatifs déclarent vivre plus d'événements potentiellement traumatisants que la population générale (Damsa et al, 2006). Pour certains, les troubles dissociatifs résultent de traumatismes précoces et chroniques de l'enfance (Bernier, 2013). Ces troubles peuvent agir comme un mécanisme de défense contre des événements traumatisants ou des niveaux élevés de stress (Tapia et al, 2017). Le trouble dissociatif est plus fréquent chez les adolescents, les étudiants et les personnes en situation instable, et les femmes sont plus susceptibles d'être touchées que les hommes. La sévérité des troubles dissociatifs varie selon l'impact de l'événement traumatique, notamment la proximité de la personne à l'événement (Hingray, 2021).

Les troubles dissociatifs, tels que le trouble dissociatif de l'identité, l'amnésie dissociative et la fugue dissociative, ont souvent une origine traumatique (Tarquinio & Auxemery, 2022). La dissociation est considérée comme l'essence du traumatisme, les émotions, les pensées et les sentiments associés aux expériences traumatisantes se fragmentant (Lussier, 2017). Le trouble dissociatif de l'identité (TDI) se caractérise par la présence d'identités ou d'états de personnalité multiples, une amnésie généralisée et un impact significatif sur la vie quotidienne (Smith et al, 2012).

L'irréalisation est un concept clé du trouble dissociatif, se référant à l'incapacité de saisir et d'accepter pleinement les aspects fondamentaux de l'expérience externe et interne (Damsa et al 2006). Cette non-application peut prendre différentes formes, allant d'une brève interruption à une amnésie sévère ou à une non-application du tout (Bottéro, 2001). Les survivants de traumatismes peuvent vivre un conflit intérieur intense, oscillant entre savoir et ne pas savoir ce qui leur est arrivé (Steele et al, 2018).

4. Parties dissociatives de la personnalité : fonctions et défis :

Deux types de segments ont été couramment observés : ceux qui traitent des tâches de la vie quotidienne et évitent les souvenirs traumatisants, et ceux qui conservent ces souvenirs traumatisants et sont fixés dans le passé (Fargen et al, 2014). Cependant, cet évitement des sites traumatisants peut entraîner une limitation de la vie au fil du temps. Les troubles dissociatifs sont caractérisés par la présence de parties distinctes de la personnalité qui jouent des rôles différents et fonctionnent de différentes manières (Steele et al, 2018).

Les parties de la personnalité impliquées dans la vie quotidienne sont généralement les plus facilement accessibles, tandis que les parties traumatiques se concentrent sur la défense contre les menaces perçues (Nijenhuis et al, 2006). La partie traumatique vit le passé traumatique comme s'il s'était produit dans le présent, avec des émotions, des croyances et des comportements enracinés dans ces expériences. Ils peuvent réagir de façon inappropriée, se battre pour protéger les gens même quand ce n'est pas nécessaire, fuir ou s'effondrer face à une situation qui ne représente plus un réel danger. Ces domaines sont souvent émotionnels, limités dans la pensée et affectés par des traumatismes. (Steele et al, 2018)

La conscience de la partie dissociée peut varier, n'ayant jamais conscience d'une conscience partielle ou totale. La collaboration entre ces parties doit être encouragée pour améliorer leur compréhension mutuelle (Salmona, 2013). Ils s'influencent même sans être pleinement conscients l'un de l'autre. Certaines parties peuvent influencer le comportement sans contrôle total, se manifestant par des pensées, des sentiments, des sensations corporelles ou des comportements influencés par la partie dissociée (Steele et al, 2018). Parfois, la partie détachée peut contrôler complètement le comportement, ce qui peut entraîner une perte de temps ou une amnésie (Tapia et al, 2017)

Différentes parties de la personnalité des personnes atteintes d'un trouble dissociatif qui ont vécu un traumatisme conservent des souvenirs traumatisants ou sont figées dans le temps par le traumatisme (Fargen et al, 2014). Il s'agit notamment de la partie juvénile qui se croit plus jeune que l'âge actuel de la personne, la partie qui aide à

se soucier du bien-être des autres parties, la partie qui imite ou ressemble à l'agresseur d'origine, la partie agressive qui se bat pour protéger la personne de menaces perçues, ainsi que la section chargée de stigmatisation qui retient des expériences ou des actions considérées comme honteuses ou répugnantes. (Steele et al, 2018)

5. Difficultés rencontrées par les personnes traumatisées :

Activation des systèmes d'action de la vie quotidienne : les systèmes d'exploration, d'attachement sécurisé et d'engagement social soutiennent l'activation d'autres systèmes de motivation ou d'action nécessaires au fonctionnement adaptatif de la vie (Auxéméry, 2022). Les patients souffrant de traumatismes chroniques ont souvent des difficultés à utiliser ces systèmes innés, ce qui affecte leur capacité à effectuer des activités quotidiennes (Gayraud et al, 2022).

Défense contre le danger et les menaces majeures : maintenir le contact avec les autres est notre première ligne de défense contre le danger, mais lorsque la menace est grave, l'attachement échoue et les réponses de défense des animaux telles que la fuite, le combat ou l'immobilité prennent le dessus. (Steele et al, 2018)

Attachement désorganisé/désorienté dans le trouble dissociatif : les patients dissociatifs présentent souvent un modèle d'attachement désorganisé/désorienté, qui implique un conflit insoluble entre le besoin de défense et l'attachement au même autre significatif. Ceci est associé à des troubles chroniques de dissociation et de dissociation, ainsi qu'à des problèmes de régulation des émotions et de représentations mentales de soi et des autres (Kédia, 2009).

6. Systèmes d'actions évolutifs :

Selon (Steele et al, 2018) il existe ces systèmes suivant :

Exploration : Ce système nous pousse à être curieux et à en apprendre davantage sur nous-mêmes, les autres et notre monde.

Attachement : Il nous pousse à rechercher des relations qui offrent sécurité et soutien.

Soin : En réponse à la poursuite de l'attachement, ce système nous incite à nous soucier des autres.

Compétences sociales : Ce système nous permet de fonctionner en équipe, de collaborer, de communiquer et de travailler ensemble pour atteindre des objectifs communs.

Classement ou compétition : Ce système soumet ou rivalise pour les ressources en dominant, nous poussant à conserver une place dans la hiérarchie sociale.

Jeu : il favorise l'apprentissage, les compétences et la connexion avec les autres.

Gestion de l'énergie : Ce système nous permet de gérer nos niveaux de repos, de nourriture et d'énergie selon nos besoins.

Sexe : Il nous pousse à nous reproduire.

En plus de ces systèmes d'action évolutifs, il existe des systèmes de défense qui s'activent lorsque nous sommes en danger ou menacés. (Steele et al, 2018)

Ces systèmes d'action en évolution sont importants car ils jouent un rôle clé dans l'organisation des segments dissociés du patient traumatisé (Auxéméry, 2022).. Cependant, chez les personnes dissociatives, la capacité d'évaluer avec précision la sécurité, le danger et la menace est souvent altérée, ce qui conduit à une insatisfaction psychologique et à des difficultés à générer un sentiment de sécurité et d'attachement. (Steele et al, 2018)

7. Prévalence:

Les troubles dissociatifs, caractérisés par des symptômes dissociatifs, sont plus fréquents qu'on ne le pensait auparavant. Selon (Kasey et al, 2018) 3% de la population mondiale répond aux critères d'un trouble dissociatif. Cette prévalence est encore plus élevée dans certaines populations, comme 29% chez les patients des centres de santé

mentale urbains. Les troubles dissociatifs sont souvent associés à des antécédents d'abus sexuels et physiques, soulignant ainsi leur étroite association avec le traumatisme vécu par l'individu (Matthess & Dellucci, 2011).

Fait intéressant, le profil des symptômes des patients dissociatifs peut varier considérablement, même parmi les personnes qui ont subi un traumatisme similaire. Par exemple, environ un tiers des anciens combattants souffrant de trouble de stress post-traumatique (SSPT) ont également un sous-type de trouble dissociatif (Kasey et al, 2018).

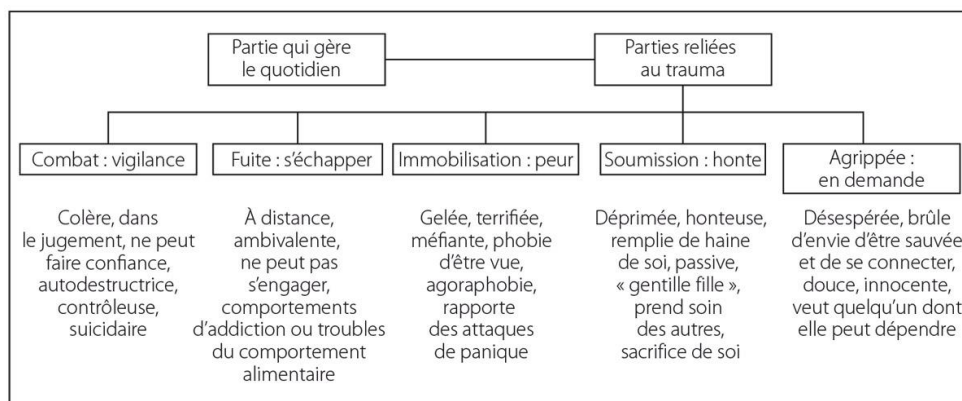
8. Type de dissociation :

Les types de dissociation peuvent être divisés en dissociation normale et dissociation pathologique. Les symptômes dissociatifs peuvent varier en nature, apparaissant comme "positifs" ou "négatifs" (Brown, 2006). Certains phénomènes de dissociation se produisent de manière délibérée et volontaire, tandis que d'autres se produisent de manière incontrôlée et consciente (Hingray, 2021). La dissociation positive peut être considérée comme une forme « poreuse » caractérisée par des symptômes « hyperactifs » tels que la reviviscence traumatique, tandis que la dissociation négative peut être considérée comme une forme fermée dans laquelle le patient développe une amnésie ou une dissociation sans mémoire, les fugues ne reviennent pas à leur connaissance (Brown, 2006)

Un autre concept de dissociation propose deux formes de dissociation avec deux mécanismes psychologiques différents : la dissociation et la séparation. La dissociation est un état modifié de conscience caractérisé par un sentiment de séparation du monde extérieur, et la séparation est un déficit dans le processus de contrôle ou d'action (Hingray, 2021).. La dépersonnalisation/déréalisation est un exemple de sortie de dissociation, alors que le trouble de conversion relève principalement de la dissociation. Cependant, certains troubles dissociatifs, tels que le SSPT, peuvent présenter à la fois des formes de séparation et de dissociation, ce qui rend difficile de placer chaque symptôme dissociatif dans ces catégories (Vandevorde, 2014).

Il existe plusieurs types de dissociation, y compris la dissociation structurelle et la dissociation aiguë. La dissociation structurelle est une organisation chronique de la personnalité qui implique au moins une dissociation entre la partie apparemment normale (PAN) responsable de la vie quotidienne et la partie affective (EP) responsable des émotions traumatiques (Nijenhuis et al, 2006). La dissociation aiguë se manifeste par différents symptômes tels que le détachement émotionnel, la conscience réduite de l'environnement qui l'entoure, la perte de réalité, la dépersonnalisation et l'amnésie dissociative (Coutanceau, 2012).

Certains auteurs considèrent la dissociation comme un mécanisme d'adaptation après un traumatisme. Les patients peuvent développer des stratégies automatiques de défense et de survie qui ne sont pas adaptées à la vie quotidienne, ce qui peut entraîner des comportements autodestructeurs, des comportements addictifs et une intolérance émotionnelle croissante (Fisher, 2016).



La dissociation peut également survenir chez les enfants, avec divers degrés de gravité. Une dissociation légère entraîne une apathie vis-à-vis de ce qui se passe autour de l'enfant, tandis qu'une dissociation modérée implique un engourdissement émotionnel ou des sensations physiques. La dissociation extrême est caractérisée par la génération de parties dissociées ou d'états dissociés pour contenir des expériences traumatisantes (Wieland, 2015).

La dissociation est également un symptôme clé de la schizophrénie, caractérisée par des incohérences entre les expressions verbales et non verbales chez les patients schizophrènes. Cependant, la Classification internationale des troubles mentaux ne

mentionne pas la dissociation pour décrire la schizophrénie (Smith et al, 2012).

En résumé, la dissociation a différentes manifestations, qui peuvent être divisées en dissociation normale et dissociation pathologique. Elle peut impliquer des symptômes positifs ou négatifs, apparaître comme un désengagement ou une séparation, et a été associée à des troubles tels que la schizophrénie. La dissociation peut être considérée comme un mécanisme d'adaptation après un traumatisme, mais elle peut également avoir un impact négatif sur la santé mentale et le fonctionnement quotidien (Damsa, 2006).

9. Dissociation structurelle :

La structure dissociative de la personnalité (TDSP) est une théorie développée par van der Hart, Nijenhuis et Steele pour expliquer et conceptualiser les troubles dissociatifs liés aux traumatismes, allant du trouble de stress post-traumatique (SSPT) aux obstacles internes dissociatifs du cerveau (Nijenhuis et al, 2006). Selon cette théorie, le traumatisme provoque la division de la personnalité en plusieurs parties distinctes. La partie apparemment normale de la personnalité (PAN) s'engage dans les fonctions de la vie quotidienne, tandis que la partie émotionnelle (EP) de la personnalité reste attardée sur des souvenirs traumatisants et s'engage dans des actions défensives (Smith et al, 2012).

Selon cette théorie, la dissociation structurelle repose sur trois principaux systèmes d'action : le système émotionnel, le système fonctionnel et le système défensif. Un manque de cohésion ou de coordination entre ces systèmes est considéré comme une composante majeure de la dissociation. Selon la fréquence et l'intensité du traumatisme, la personnalité se scinde en différentes parties (Nijenhuis et al, 2006).

La dissociation structurale peut être classée en trois configurations de sévérité croissante (Coutanceau, 2012):

Dissociation structurelle primaire : Suite à un événement traumatique, la personnalité est divisée en ANP, responsable de la vie quotidienne, et EP, responsable des émotions liées au traumatisme. Cette configuration est présente dans les

traumatismes non compliqués, l'amnésie dissociative non compliquée et les troubles somatoformes. La thérapie EMDR est l'approche recommandée (Nijenhuis et al, 2006).

Séparation de la structure secondaire : PAN doit gérer plusieurs PE, ce qui rend son fonctionnement moins efficace. Ce schéma est présent dans le SSPT complexe, le trouble de la personnalité lié à un traumatisme et d'autres troubles dissociatifs complexes. La prise en charge est plus complexe et nécessite une préparation pour renforcer la PAN et augmenter la tolérance émotionnelle du patient (Smith et al, 2012).

Dissociation structurelle tertiaire : Il s'agit de la séparation de la personnalité en plusieurs PAN et plusieurs EP, comme dans le trouble de la personnalité multiple. Ces cas sont souvent associés à des traumatismes précoces, sévères et chroniques. L'administration nécessite l'intervention d'experts et peut être lourde (Coutanceau, 2012).

Dans l'ensemble, la dissociation structurelle permet de comprendre les troubles dissociatifs, dans lesquels la personnalité se divise en composants distincts et est classée en gravité en fonction de la configuration décrite. Chaque configuration nécessite une approche de traitement spécifique adaptée à l'état du patient (Nijenhuis et al, 2006).

De plus, selon Putnam (1994), la dissociation conduit à un dédoublement de la personnalité. Processus psychophysiologique complexe qui altère la capacité d'acquérir de la mémoire et des connaissances, l'intégration comportementale et la conscience de soi. (Smith et al, 2012)

10. Neurobiologie de la symptomatologie dissociative :

Les symptômes dissociatifs survenant après un traumatisme sont associés à des changements neurobiologiques spécifiques (Kasey et al, 2018):

La sous-modulation émotionnelle :

Chez les personnes présentant des symptômes de récupération et d'hyperréactivité, des déficits de régulation des émotions ont été observés. Cela a

entraîné une activation anormalement faible du cortex préfrontal médian et du cortex cingulaire antérieur, entraînant une réduction de l'inhibition de l'activité émotionnelle, y compris de l'amygdale (Krause-Utz, 2017). Ce changement contribue à augmenter la réponse émotionnelle de ces personnes (Kelley-Puskas, 2005).

La sur-modulation émotionnelle :

Les personnes présentant des symptômes dissociatifs tels que la dépersonnalisation et la déréalisation présentent une hyperrégulation émotionnelle. Dans ce cas, une activation anormalement élevée du cortex cingulaire antérieur et du cortex préfrontal médial a été observée, accompagnée d'une inhibition excessive des régions limbiques, y compris l'amygdale (Kelley-Puskas, 2005). Ce dysfonctionnement peut entraîner une inhibition excessive de l'activité émotionnelle, ce qui peut conduire à des expériences dissociatives (Loewenstein, 2018).

Dissociation immédiate après traumatisme :

La dissociation immédiate qui survient après un traumatisme est associée à une activation des régions occipitale et parahippocampique impliquées dans la mémoire des événements émotionnels (Loewenstein, 2018). Cette hyperactivation peut conduire à des souvenirs intrusifs plus tard chez l'individu traumatisé (Krause-Utz, 2017).

Les symptômes dissociatifs du SSPT sont associés à une altération de l'inhibition limbique corticale (Kasey et al, 2018). La sous-régulation émotionnelle est caractérisée par une sous-inhibition du cortex amygdalien-préfrontal, tandis que la surrégulation émotionnelle implique une surinhibition des régions limbiques (Krause-Utz, 2017). Ces dysfonctionnements neurobiologiques jouent un rôle clé dans la manifestation des symptômes dissociatifs chez les individus traumatisés (Kelley-Puskas, 2005).

11. Symptômes de dissociation traumatique :

Les symptômes de dissociation traumatique varient en intensité et de différentes manières. Des symptômes courants de dissociation :

1. Symptômes dissociatifs chez les enfants (Wieland, 2015) :

- Changements soudains de comportement, d'attitude et d'humeur.
- Les enfants apprennent et expriment leurs émotions différemment.
- Symptômes physiques, comme une douleur inexplicée.
- Fluctuations de l'état corporel et des sensations corporelles.
- Troubles cognitifs, tels que perte de mémoire ou oublis fréquents.

2. D'après (Steele et al, 2018) les symptômes dissociatifs dans la personnalité sans

:

Symptômes Dissociatifs Négatifs (Steele et al, 2018):

- Absence ou perte de fonction qui devrait normalement être présente, comme une perte de mémoire, une amnésie ou des oublis fréquents.
- Diminution ou perte de conscience de soi, de l'identité ou de la réalité.
- Conscience réduite ou perdue des émotions, comme se sentir détaché ou engourdi.
- Conscience réduite ou perdue des sensations physiques, telles que l'anesthésie ou l'insensibilité à la douleur.

Symptômes Dissociatifs Positifs (Steele et al, 2018):

- Expériences brèves et intrusives, telles que des flashbacks, des intrusions d'images, de pensées ou de sentiments.
- La sensation d'être hors du corps, comme observer son propre corps avec détachement.
- Entendre des sons ou avoir des perceptions sensorielles inhabituelles.

- Changements dans la perception du temps, comme le sentiment que le temps s'est arrêté ou accéléré.

3. Symptômes de dissociation somatoforme (Nijenhuis et al, 2000):

- Douleur ou sensation inexplicée, généralement liée à un traumatisme antérieur.
- Ne pas ressentir de douleur (analgésie).
- Engourdissement du corps (anesthésie).
- Paralysie ou paralysie partielle sans cause médicale.
- Perte d'une fonction corporelle sans cause médicale, telle qu'une altération des mouvements, de la vision, de l'ouïe, de l'odorat, du goût, des sensations, de la faim ou de la perception de la température.
- Distorsion de la perception corporelle.
- Convulsions ou convulsions sans cause médicale, appelées pseudoconvulsions.

Selon (Steele et al, 2018), il peut être difficile de différencier les personnes atteintes d'ADDS de celles souffrant d'un trouble de stress post-traumatique (TSPT) ou d'un SSPT complexe et nécessite une évaluation minutieuse.

Il est important de noter que ces symptômes peuvent également être présents dans d'autres maladies, ce qui rend le diagnostic d'isolement parfois compliqué. La CIM-10 reconnaît les symptômes somatiques, mais pas le DSM-5 (Loewenstein, 2018).

4. Symptômes de dissociation structurelle :

Symptômes communs associés à la dissociation structurelle, donnant un aperçu de ce phénomène.

Indicateurs de dissociation structurelle (Fisher, 2016):

Oscillation entre états : Certaines personnes peuvent passer d'un état différent à un autre de manière claire et reconnaissable. Ces fluctuations peuvent se manifester par des sautes d'humeur telles que l'irritabilité, la dépression et l'anxiété (Piedfort-Marin, 2018).

États de régression ou de colère : les personnes atteintes d'un trouble de la personnalité limite peuvent présenter des états qui oscillent entre des comportements de recherche d'attachement, d'apathie et de colère, et des sentiments de désespoir et de passivité suicidaire, même lorsque leur vie semble stable (Fisher, 2016).

Séparations observables : Dans le cas de troubles dissociatifs non précisés, le thérapeute peut observer des séparations nettes avec troubles de la mémoire. Par exemple, le patient peut avoir des difficultés à se souvenir des épisodes de colère intense ou de comportement agressif de certaines parties dissociatives, ou du besoin de séparation de la partie anxieuse de l'enfant (Nijenhuis et al, 2006).

Sites de traumatismes multiples : les personnes atteintes d'un trouble dissociatif de l'identité ont souvent plusieurs sites qui ont été séparés par un traumatisme. En plus de cela, ils peuvent avoir des sous-sections qui servent les priorités spécifiques de la section qui gère la vie quotidienne, comme une section professionnelle, une section parentale ou une section avec des talents particuliers ou des qualités sociales (C. Mengin et al, 2023)

Commutation et perte de temps : les personnes atteintes d'un trouble dissociatif de l'identité peuvent subir des « commutations » (contrôle alterné de différentes parties) et une perte de temps (Fisher, 2016). Lorsqu'une partie détachée prend le dessus, ils peuvent perdre conscience de ce qui se passe, agissant en dehors de la conscience de la partie qui gère leur vie quotidienne. Par exemple, ils peuvent trouver des preuves de comportements ou de conversations dont ils ne se souviennent pas (Smith et al, 2012).

Gestion quotidienne et réponses de défense : Une partie de l'individu est dédiée à la gestion de la vie quotidienne, tandis que d'autres parties servent les réponses défensives liées aux traumatismes (Fisher, 2016). Ces parties peuvent être activées par

des déclencheurs post-traumatiques, entraînant une hypervigilance, une faible confiance en soi, des émotions fortes, une dépression ou une anxiété sévère, un comportement autodestructeur, ainsi que la peur et le désespoir face à l'avenir (Piedfort-Marin, 2018).

Variabilité des symptômes (Smith et al, 2012):

Il est important de noter que chaque individu peut présenter une combinaison unique de signes et de symptômes associés à la dissociation structurelle. De plus, la dissociation peut se manifester sous deux formes principales : l'hypoactivation et l'hyperactivation. Les symptômes qui en résultent varient entre les deux formes (Matthess & Dellucci, 2011).

Hypofonction : amnésie, anesthésie, dépersonnalisation. Les symptômes associés à cette forme comprennent l'alexithymie (difficulté à reconnaître et à exprimer les émotions), l'engourdissement émotionnel (absence ou réduction des émotions), l'apathie, le manque d'empathie, l'amnésie, le déréalisme (irréalité associée à l'environnement) et la dépersonnalisation (un sentiment de détachement de soi-même) (Smith et al, 2012).

Hyperexcitation : surcharge de mémoire, explosions émotionnelles, sentiments de persécution (Smith et al, 2012). Les symptômes associés à cette forme comprennent l'anxiété et les troubles post-traumatiques, la dépression et les intrusions émotionnelles caractérisées par une colère, une tristesse, une peur et une anxiété intenses (Mayer, 2020).

	Dissociation étanche Hypoactivation	Dissociation poreuse Hyperactivation
Représentation dissociée	Amnésie totale ou partielle	Hypermnésie : flashbacks, voix, intrusions de fragments de souvenirs, cauchemars
Émotions dissociées	Anesthésie (portant sur un événement en particulier,	Reviviscences (émotions ou

	<p>une émotion en général ou anesthésie quasigénéralisée), vide, dépression et recherche compensatoire de sensations fortes (comportements à risques, certaines addictions psycho-stimulantes...)</p>	<p>sensations corporelles de l'événement traumatique), crises d'angoisse, de colère, de tristesse, recherche d'apaisement notamment addictive</p>
<p>Sentiment d'appartenance autobiographique</p>	<p>Dépersonnalisation et/ou déréalisation au sujet de l'événement</p>	<p>Sentiment de persécution et de solitude, lecture de la vie à travers la distorsion traumatique, auto ou hétéro-agressivité</p>

Tableau 01 : "Tableau des Phénomènes Dissociatifs et Leurs Manifestations Associées"

Les manifestations corporelles de la dissociation peuvent inclure une posture rigide, une peau terne, une expression faciale figée, une voix monocorde, un regard décalé et une incohérence globale de l'expression émotionnelle (Mayer, 2020).

À observer	Connexion	Hypoactivation
Posture, poignée de mains	Tonique, variable, souple	Affaissée, rigide
Peau	Rose, irriguée	Terne, cireuse, grise, jaune, rougeurs fixes
Mimique	Vivante, variée, mobile	Figée, peu variée, registres limités
Voix (rythme, ton, tonalité, émotions...)	Variée, congruente	Monocorde, non congruente, registres limités
Regard Vivant ou mort ?	Air vivant, étincelle dans le regard	Apparence morte, regard éteint
Cohérence expressive Émotion prédominante ou absente ?	Congruente, connectée	Peu cohérente ni connectée

**Trouble 02 : "Stress Aigu, Dissociation Péritraumatique et Trouble de Stress
Post-Traumatique : Observation Comparative"**

Les manifestations dissociatives sont courantes dans les réponses immédiates aux événements traumatisants (Mayer, 2020). Leur objectif est de minimiser l'impact émotionnel du traumatisme et de réduire la conscience des expériences traumatisantes. Les symptômes dissociatifs comprennent la déréalisation (un sentiment d'être déconnecté de la réalité), la dépersonnalisation (un sentiment d'être déconnecté de soi-même) et l'amnésie dissociative (l'incapacité de se souvenir d'aspects importants d'un événement traumatique) (Tarquinio & Auxemery, 2022).

La dissociation peut être vue comme une protection contre les débordements liés à la situation traumatique elle-même à l'intensité émotionnelle et aux limites des systèmes de traitement de l'information (Piedfort-Marin, 2018). Le fait de ne pas intégrer pleinement l'événement traumatique dans les modèles cognitifs existants peut conduire à une conscience dissociée et à un fonctionnement mental altéré (Nijenhuis et al, 2006).

La dissociation est également présente dans le cas du trouble de stress aigu (TSA). Les symptômes dissociatifs des TSA comprennent l'engourdissement, les sentiments subjectifs de détachement ou la réactivité émotionnelle émoussée, la conscience réduite de son environnement, la déréalisation, la dépersonnalisation et l'amnésie dissociative (Tarquinio & Auxemery, 2022).

Dans le trouble de stress post-traumatique (TSPT), les flashbacks et l'amnésie dissociative sont considérés comme des manifestations dissociatives caractéristiques. Les flashbacks sont des scènes rétrospectives dans lesquelles le sujet se comporte comme si le traumatisme se reproduisait, supprimant parfois complètement la conscience de l'environnement (Piedfort-Marin, 2018). L'amnésie dissociative fait référence à l'incapacité de se souvenir d'un aspect important d'un événement traumatique (Mayer, 2020).

Il est important de noter que la plupart des réactions aiguës au stress et aux traumatismes sont transitoires et disparaissent naturellement avec le temps. Bien que de nombreuses personnes puissent ressentir des symptômes dissociatifs immédiatement après un événement traumatique, la plupart s'adaptent et se rétablissent en quelques moi

(Tarquinio & Auxemery, 2022).

Il existe un lien entre l'intensité de la détresse, la dissociation post-traumatique et le risque de développer un TSPT (Mayer, 2020). La dissociation péritraumatique fait référence aux manifestations de dissociation qui se produisent autour d'un événement traumatique. La dissociation péritraumatique prédit le développement ultérieur du TSP (Tarquinio & Auxemery, 2022).

En conclusion, la dissociation est une réponse courante aux événements traumatisants et peut survenir à la fois dans le TSPT. Il s'agit d'une stratégie de protection pour faire face à l'impact émotionnel du traumatisme et à l'incapacité du système cognitif à intégrer pleinement l'événement.

12. Dissociation dans la classification mondiale :

Dans l'ensemble, il existe un chevauchement considérable dans les définitions des troubles dissociatifs du DSM-5 et de la CIM-10, bien que la terminologie et les critères de diagnostic puissent différer légèrement (Loewenstein, 2018). Les deux systèmes reconnaissent l'existence d'un trouble dissociatif de l'identité, d'une amnésie dissociative et d'un trouble de dépersonnalisation/déréalisation, bien que la terminologie exacte puisse varier. Les catégories des Autres Troubles Dissociatifs Spécifiés et des Troubles Dissociatifs Non Spécifiés sont également similaires dans les deux classifications, permettant le diagnostic (Tarquinio & Auxemery, 2022).

Les directives de diagnostic psychiatrique les plus récentes sont le DSM-5, publié en 2013(DSM V) .Il énumère ces troubles dissociatifs :

Trouble dissociatif de l'identité (DID) DSM5 Code 300.14 (ICD-10 F44.81)

Amnésie dissociative, y compris la fugue dissociative DSM5 code 300.12 (ICD-10 F44.0)

Trouble de dépersonnalisation/déréalisation DSM5 Code 300.6 (CIM-10 F48.1)

Autres troubles dissociatifs spécifiés DSM5 code 300.16 (ICD-10 F44.89)

Trouble dissociatif n.o.s. DSM5 code 300.15 (ICD-10 F44.9)

Concernant la dissociation dans le DSM-5 :

Trouble dissociatif de l'identité : ce trouble se caractérise par la présence de deux états de personnalité distincts ou plus, ou dans certaines cultures, il peut être décrit comme une expérience possessive. Ajout du terme « possession » pour inclure les formes de dissociation pathologique qui se produisent dans les cultures non occidentales et les cultures minoritaires occidentales. Les symptômes dissociatifs perturbent la conscience et peuvent inclure une amnésie pour des événements traumatisants ou plus communément des événements (Spiegel, 2010).

Amnésie dissociative : L'amnésie dissociative est l'incapacité de se souvenir d'informations autobiographiques importantes, généralement traumatisantes ou stressantes. Dans le DSM-5, il existe une spécification de la fugue dissociative, qui était auparavant diagnostiquée séparément mais qui est maintenant considérée comme une forme plus rare d'amnésie dissociative. La fugue dissociative est associée à des périodes de voyage intentionnel apparent ou d'errance dans un état d'illusion (Mouhica, 2017).

Dépersonnalisation/déréalisation : dans le DSM-5, la dépersonnalisation a été renommée dépersonnalisation/déréalisation parce que les symptômes de déréalisation (perception altérée de l'environnement) coexistent souvent avec une dépersonnalisation persistante. Bien que le trouble puisse survenir sans exposition à des expériences stressantes ou traumatisantes, il est souvent lié à un traumatisme et peut accompagner d'autres symptômes du SSPT (Loewenstein, 2018).

Trouble de stress post-traumatique, sous-type avec symptômes dissociatifs : Le DSM-5 a introduit le sous-type de SSPT avec symptômes dissociatifs pour souligner le lien entre traumatisme et dissociation. Ce sous-type comprend des symptômes de dépersonnalisation/déréalisation ajoutés à ceux requis pour un diagnostic de SSPT. On estime qu'il est affecté dans environ 10 à 15 % des cas de SSPT. La recherche suggère que les symptômes dissociatifs peuvent différer des symptômes typiques d'intrusion et de réaction excessive associés au SSPT (Boon et al 2017).

Dans la CIM-10 :

- Amnésie dissociative
- esprit vagabond
- coma dissociatif
- Troubles de transe et de possession
- Trouble du mouvement dissociatif
- crise de dissociation
- Dissociation de l'anesthésie et perte de sensation
- Troubles dissociatifs mixtes
- Autres troubles dissociatifs
- Trouble dissociatif, sans précision

Dans la CIM-11 :

Ainsi, les troubles dissociatifs décrits dans la CIM-11 sont :

- Trouble des symptômes neurologiques dissociatifs
- Amnésie dissociative (a sa propre sous-catégorie)
- État de transe
- États de possession
- Trouble dissociatif de l'identité
- Trouble dissociatif partiel de l'identité (à propos de la traduction du texte original : trouble dissociatif partiel de l'identité)

- Trouble de dépersonnalisation-déréalisation

A côté de ça, on rajoute mais pas vraiment :

- Syndrome dissociatif secondaire (déplacé dans une autre section donc non compté)
- Autres troubles dissociatifs (résiduels)
- Trouble dissociatif, sans précision (catégorie de résidu)

13. La peur de la perte dans l'état de dissociation traumatique :

Lorsqu'il s'agit d'une séparation traumatisante, la personne séparée fait face à une peur intense de la perte. Cette peur découle en grande partie de leur extrême dissociation, qui les rend vulnérables et incertains quant à leur identité (Steele et al, 2018). Tout changement les menace car ils croient que cela changera irréversiblement leur identité, leur faisant perdre leur essence personnelle (Renaud, 2011)..

Ces peurs sont également liées à la fusion et à l'unité de parties séparées, qui peuvent ressembler à une expérience de mort ou de perte (Kédia, 2009). Il est important de noter que les personnes dissociatives développent une organisation interne dissociée dès l'enfance et sont souvent attachées à des parties spécifiques d'elles-mêmes, parfois même en les anthropomorphisant (Renaud, 2011). Ainsi, lors de l'intégration de ces parties dissociées, certains patients peuvent faire leur deuil, comme s'ils perdaient une partie authentique d'eux-mêmes. Cependant, d'autres peuvent apprécier les pièces, qui se montreront lorsqu'elles se réuniront (Steele et al, 2018).

Certaines personnes peuvent également perdre certaines capacités ou talents créatifs en intégrant les parties perdues. Par exemple, leur capacité à se concentrer sur une tâche peut diminuer, ce qui peut affecter leur performance artistique. Mais il faut souligner que ces pertes sont souvent temporaires et peuvent se redresser progressivement (Kédia, 2009).

Malgré ces peurs et ces pertes temporaires, la plupart des gens se sentent mieux

une fois qu'ils ont atteint un état d'unité plus stable (Steele et al, 2018), Ils ne veulent plus avoir de parties séparées et sont satisfaits des avantages de l'unité. Bien qu'il puisse y avoir une période de désorientation et de changements sensoriels après l'unification, ces effets se normalisent généralement avec le temps, généralement dans les trois mois (Seligowski, 2019).

En résumé, la peur de la perte chez les personnes dissociatives est étroitement liée à la fragmentation dissociative et à la vulnérabilité à la conscience de soi (Nijenhuis, 2006).

14. L'attachement désorganisé et les processus dissociatifs chez les adolescents

:

Les effets du stress précoce sur le développement du cerveau (Smith et al, 2012): Le stress précoce, comme le manque d'affection et la maltraitance, peut entraîner des changements épigénétiques et une altération du développement cérébral. Ces changements se sont manifestés par une atrophie du cortex préfrontal et de l'hippocampe, ainsi que par des modifications de l'amygdale. Ces régions jouent un rôle crucial dans la régulation des processus cognitifs et émotionnels (Kelley-Puskas, 2005).

L'attachement désorganisé et le processus de dissociation (Smith et al, 2012) : L'attachement désorganisé est associé au processus de dissociation chez les adolescents. Des modèles internes fonctionnels d'attachements désordonnés conduisent à la construction de représentations multiples, incohérentes et désintégrées de la réalité. Cela altère le développement métacognitif chez les adolescents et conduit à un trouble dissociatif, qui se caractérise par une mauvaise régulation des impulsions, des difficultés interpersonnelles et des expériences dissociatives (Guérin-Marion et al, 2020)

Modèles de fonctionnement internes multiples et déficits métacognitifs (Smith et al, 2012): Les adolescents ayant des modèles de fonctionnement internes multiples et incompatibles présentent des déficits métacognitifs liés aux fonctions intégrées de la mémoire, de la conscience et de l'identité. Ces multiples schémas découlent d'attachements précoces désorganisés et influencent la façon dont les individus activent

leurs systèmes d'attachement selon différentes images d'eux-mêmes et des autres (Lyons-Ruth et al, 2006).

L'influence des figures d'attachement sur la modération de la peur (Smith et al, 2012): La capacité d'une figure d'attachement à réguler la peur et à engager un dialogue ouvert avec les adolescents a un impact significatif sur le développement de symptômes dissociatifs à long terme. Les adolescents qui n'ont pas bénéficié de conversations partagées avec leurs parents lors de situations de peur et de stress étaient plus susceptibles de développer des symptômes dissociatifs en réponse à des événements traumatisants (Gušić et al, 2016).

Synthèse

Ce chapitre se plonge profondément dans le monde complexe du traumatisme psychique et de la dissociation traumatique. La première partie explore les réponses psychologiques face au traumatisme, examinant comment les expériences traumatisantes influent sur le bien-être mental des individus. La seconde partie se concentre sur la dissociation traumatique, mettant en lumière les mécanismes psychologiques complexes, en particulier chez les adolescents confrontés à des traumatismes tels que l'agression sexuelle. En associant ces deux perspectives, ce chapitre vise à dévoiler les facettes multiples du traumatisme psychique et de la dissociation, contribuant ainsi à une compréhension approfondie de leur impact sur la santé mentale des individus touchés par des événements traumatisants.

PARTIE PRATIQUE

CHAPITRE III : METHODOLOGIE DE LA RECHERCHE

Préambule

Ce chapitre nous plonge dans le monde de la recherche, en mettant en lumière les démarches et les méthodes utilisées pour étudier les adolescents et leurs réactions aux traumatismes. Nous explorerons les différentes étapes de la recherche, de la pré-enquête à la collecte de données, en passant par l'utilisation d'outils spécifiques pour évaluer les symptômes du trouble de stress post-traumatique (TSPT) et de la dissociation pathologique chez les adolescents.

Nous détaillerons également les outils de recherche, y compris les entretiens de recherche, qui sont essentiels pour recueillir des informations précieuses auprès des adolescents. De plus, nous examinerons de près les questionnaires PCL-5 et A-DES, qui sont des outils cruciaux dans cette étude.

1- La démarche de la recherche :

1.1 La Pré-enquête :

La pré-enquête joue un rôle essentiel dans la recherche en psychologie clinique. Elle permet de situer l'objet d'étude dans un contexte global, qu'il soit social, économique, historique, ou psychologique. De plus, elle facilite la formulation d'hypothèses générales. Bien que cette étape soit cruciale, elle n'est pas toujours formalisée de manière stricte. Les chercheurs explorent tous les médias et sources d'information disponibles, ce qui peut inclure des observations directes ou l'utilisation de méthodes documentaires (Benny et al., 2016).

Au début de notre recherche, on s'est approché des responsables et des psychologues du Centre Hospitalo-Universitaire Dr. Tidjani Damerdji (CHU) à Tlemcen, en particulier ceux en charge du département de médecine légale. Notre objectif était d'explorer le lieu de stage, de confirmer s'ils recevaient des adolescents victimes d'agression sexuelle et s'ils bénéficiaient d'un suivi psychologique de la part du psychologue du service. De plus, nous avons sollicité l'autorisation du chef du service

pour effectuer notre stage sur place, et leur réponse a été favorable.

Par la suite, au cours de notre enquête qui a débuté le 26 mars 2023, la psychologue a facilité notre travail en nous présentant des cas au sein du service afin d'évaluer leur dissociation et leur traumatisme à l'aide de l'échelle ADES et de l'échelle PCL-5. Nous avons mené des entretiens avec des patients adolescents, filles et garçons de différents âges, tous ayant donné leur consentement.

Notre recherche comprend deux étapes essentielles : des entretiens cliniques et l'administration des échelles ADES et PCL-5, Les entretiens et l'administration des échelles ont été réalisés en langue arabe, ainsi qu'en français pour ceux qui maîtrisent cette langue.

La Démarche Clinique :

La démarche clinique en psychologie est principalement axée sur l'individu. Son objectif principal est de comprendre la dynamique et le fonctionnement psychique spécifique d'une personne dans sa singularité, ou de plusieurs individus, groupes, ou catégories en fonction de diverses variables telles que l'histoire personnelle, la structure de la personnalité, et les situations (Douville, 2014).

La nature de notre recherche s'inscrit dans l'utilisation de la méthode clinique descriptive, qui inclut notamment l'analyse de cas comme composante essentielle de notre approche.

La Méthode Descriptive :

En psychologie clinique, les méthodes descriptives sont prédominantes. Elles incluent l'étude de cas, l'observation systématique ou naturaliste, l'analyse corrélationnelle, l'analyse développementale, et les enquêtes. Ces méthodes s'inscrivent dans le cadre de l'environnement naturel et visent à fournir une image précise d'une situation particulière. Contrairement à l'approche expérimentale, l'objectif n'est pas d'établir des relations directes de cause à effet, mais plutôt d'identifier les composantes

d'une situation et parfois de décrire les relations entre ces composantes (Chahraoui K. et Benony H. 2003, p 125).

L'Étude de Cas :

L'étude de cas en psychologie clinique vise à explorer en profondeur le récit de vie singulier d'un individu, en prenant en compte des situations complexes et en utilisant des concepts appropriés. Elle dépasse le cadre strict de l'anamnèse et du diagnostic pour englober différents niveaux d'analyse. Lorsqu'elle est utilisée dans la recherche, l'étude de cas s'appuie sur une perspective théorique générale et peut nécessiter une revue de la littérature. Elle permet de démontrer des processus spécifiques récurrents et d'identifier des composants applicables à d'autres situations cliniques similaires (Douville, 2014).

Dans le cadre de notre recherche, nous avons opté pour l'étude de cas, une approche qui nous permettra d'analyser, de suivre et d'explorer en détail les spécificités des cas au sein de notre groupe d'étude.

2. Présentation du cadre de la recherche :

1.2. Présentation du Cadre de la Recherche

2.1. Lieu de Recherche : La recherche a été menée au Centre Hospitalo-Universitaire (CHU) de Tlemcen, Plus spécifiquement, notre étude s'est déroulée au sein du service de médecine légale de cet établissement médical. Il existe 3 psychologues au sien du service, aussi ce service de médecine légale est constitué de 4 unités : Une unité de thanatologie, Une unité de droit médical, dommage corporel et expertise médicale, une unité de médecine pénitentiaire et une unité d'imagerie médico-légale

2.2. Groupe de Recherche :

Notre groupe de recherche a ciblé des adolescents âgés de 12 à 18 ans, résidant dans la région de Tlemcen. Nous avons inclus des participants des deux sexes, ce qui signifie que tant les garçons que les filles ont été pris en compte dans notre étude. En ce qui concerne la nature de l'agression sexuelle, celle-ci n'a pas été spécifiée dans le but d'explorer un éventail complet de situations traumatiques.

Groupe d'étude	Caractéristiques
L'âge	Adolescents âgés de 13 à 17ans
Le sexe	Masculins et féminins
La nature de l'agression sexuelle	Non spécifique
L'âge de l'agression	Non spécifique
Agresseur	Proche et étranger

Tableau 04 : Tableau récapitulatif des caractéristiques du groupe d'étude

De plus, nous n'avons pas exclu la possibilité que certains adolescents présentaient des pathologies préexistantes, ce qui a été pris en compte dans notre recherche.

2.3. Les Techniques de Recherche :

Au cours de notre recherche, nous avons adopté une approche multidimensionnelle qui englobe les entretiens cliniques, l'administration de la version arabe de l'Échelle des Expériences Dissociatives de l'Adolescent (A-DES), la Checklist de l'État de Stress Post-Traumatique (PCL-5), ainsi que l'Analyse Fonctionnelle à l'aide du logiciel SPSS.

Les entretiens cliniques ont constitué la pierre angulaire de notre processus de collecte de données. Ces entretiens approfondis en face-à-face avec les participants nous ont permis d'obtenir des aperçus complets de leurs expériences et de leur bien-être psychologique. La nature qualitative de ces entretiens a facilité une compréhension nuancée des phénomènes complexes étudiés.

De plus, nous avons effectué des évaluations à l'aide d'instruments standardisés, tels que l'A-DES et le PCL-5. l'A-DES a été utilisée pour évaluer les expériences dissociatives chez nos participants adolescents, tandis que le PCL-5 a été utilisé pour évaluer les symptômes de stress post-traumatique. L'utilisation de ces échelles validées

nous a permis de mesurer et de comparer quantitativement les réponses, renforçant ainsi la robustesse de nos résultats.

De plus, nous avons exploité la puissance de SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) pour effectuer des analyses fonctionnelles sur les données collectées. Ce logiciel statistique sophistiqué nous a permis d'explorer les relations, les motifs et les tendances au sein de notre ensemble de données, fournissant des informations précieuses qui complètent nos conclusions qualitatives.

La combinaison de ces techniques de recherche, intégrant des approches qualitatives et quantitatives, nous a permis d'offrir une exploration complète de l'impact psychologique du traumatisme chez les adolescents ayant vécu des abus sexuels, en mettant l'accent sur la population arabophone.

2.4. Entretien de Recherche :

L'entretien de recherche est un outil essentiel dans de nombreuses disciplines des sciences humaines et sociales pour accéder aux expériences personnelles des individus. Il comporte trois aspects spécifiques : la documentation des activités professionnelles, une attitude clinique méthodologique et éthique, et les compétences cliniques et pratiques de la personne qui mène l'entretien de recherche (Chahraoui, 2021).

2.5. Entretien Semi-Directif :

L'entretien semi-directif implique un guide de pré-planification avec des questions préparées soigneusement par le clinicien-chercheur. Cela permet au patient d'avoir plus de liberté dans ses réponses tout en conservant une certaine structure. Ce type d'entretien est couramment utilisé dans le domaine de l'évaluation et de la recherche (Colin, 2018).

2.6. Déroulement de l'Entretien Clinique avec un Adolescent :

Lors de l'entretien clinique avec un adolescent, il est essentiel de reconnaître que chaque individu réagit différemment aux expériences traumatisantes, en fonction de divers facteurs, notamment le genre. Il est fréquent de constater des disparités dans la manière dont les garçons et les filles expriment leur souffrance et leur réticence à aborder des sujets délicats tels que l'agression sexuelle.

Les garçons tendent souvent à être plus réservés quant à l'expression de leur

douleur. Ils peuvent se montrer timides pour parler de l'agression qu'ils ont subie et peuvent éviter de pleurer. La pression sociale et les stéréotypes de genre peuvent influencer cette réticence. Les garçons sont souvent élevés dans des cultures qui valorisent la résilience, la maîtrise de soi et la virilité, ce qui peut les amener à taire leurs émotions, même lorsque celles-ci sont profondément perturbées. La honte est également souvent plus prégnante chez les garçons que chez les filles, car ils peuvent se sentir plus stigmatisés ou jugés en raison de la perception sociétale de la faiblesse masculine.

En revanche, les filles ont tendance à être plus flexibles dans l'expression de leur douleur. Elles sont généralement plus enclines à partager leurs émotions et peuvent même pleurer lorsqu'elles évoquent leur expérience traumatisante. Les normes sociales liées au genre peuvent favoriser une plus grande ouverture émotionnelle chez les filles, bien que cela ne soit pas systématique pour toutes. Cependant, elles peuvent également ressentir de la honte, bien que la nature de cette honte puisse différer de celle des garçons, étant davantage liée à la culpabilité ou à la peur d'être blâmées.

2.7. Évaluation des symptômes du TSPT chez les adolescents : à l'aide du questionnaire PCL-5 (HINGRAY, 2021):

L'état de stress post-traumatique (ESPT) est un trouble psychiatrique courant chez les adolescents qui ont vécu des événements traumatisants. Pour évaluer la présence et la gravité des symptômes du SSPT, la liste de contrôle du trouble de stress post-traumatique (PCL) est largement utilisée. Le PCL-5 est la version la plus récente de ce questionnaire et répond aux critères diagnostiques du SSPT tels que définis dans le DSM-5.

PCL-5 :

Le PCL-5 se compose de 20 éléments correspondant aux quatre groupes de symptômes du SSPT décrits dans le DSM-5. Chaque item est noté sur une échelle de 5 points, allant de "0 = pas du tout" à "4 = très bien", avec un score total allant de 0 à 80. PCL-5 a été validé et possède d'excellentes propriétés psychométriques.

Deux façons d'évaluer les adolescents pour le SSPT :

1. Utilisation du score seuil : lors de l'ajout de 20 éléments, un score seuil de 31 à 33 est généralement recommandé. Cependant, le choix du seuil dépend des objectifs

de l'évaluation et de la population évaluée. Les seuils inférieurs sont plus inclusifs mais augmentent le risque de faux positifs, tandis que les seuils supérieurs sont plus stricts et peuvent conduire à des faux positifs.

2. Application des règles de diagnostic du DSM-5 : cette méthode considère chaque élément évalué comme 2 ou plus comme un symptôme actuel. Selon les règles de diagnostic, au moins un élément du critère B, un élément du critère C, deux éléments du critère D et deux éléments du critère E doivent être présents. Cependant, l'utilisation de seuils de score tend à produire des résultats plus fiables que les règles de diagnostic du DSM-5.

Le PCL-5 est un outil précieux pour évaluer les symptômes du SSPT chez les adolescents. L'utilisation des scores seuils ou des règles de diagnostic du DSM-5 dépend des objectifs de l'évaluation et de la population évaluée. Les méthodes d'évaluation doivent être choisies judicieusement pour obtenir des résultats fiables et éviter les erreurs de classification. L'utilisation du PCL-5 contribue à une meilleure compréhension de la santé mentale des adolescents et permet des interventions précoces et ciblées pour les jeunes atteints de SSPT.

2.9. Évaluation de la dissociation pathologique chez les adolescents : l'échelle d'expérience dissociative de l'adolescent (A-DES) (MILOT et al, 2018):

La dissociation pathologique est un phénomène psychologique important observé chez les adolescents qui ont vécu un traumatisme ou d'autres événements traumatisants. Pour évaluer et dépister la dissociation pathologique dans cette population, l'Adolescent Dissociation Experience Scale (A-DES) a été développé pour l'évaluation des expériences de séparation chez les adolescents âgés de 11 à 18 ans.

A-DES :

A-DES a été développé par Armstrong et al. 1997 sous forme de questionnaire d'auto-évaluation. Il se compose de 30 items explorant quatre domaines liés à la dissociation : l'amnésie dissociative, la dépersonnalisation/déréalisation, l'absorption/l'engagement imaginé et l'influence passive. Les adolescents ont évalué chaque élément sur une échelle de Likert en 11 points allant de 0 (jamais) à 10 (toujours), sans point médian. Le score brut est calculé en faisant la moyenne de tous les scores des

items pour obtenir le score A-DES global.

Interprétation des scores A-DES :

Un score A-DES moyen de 4 ou plus est considéré comme indicatif d'une dissociation pathologique. Ce seuil indique une fréquence ou une intensité plus élevée d'expériences dissociatives chez les adolescents évalués. Le seuil de coupure est basé sur l'étude de Kisiel et Lyons en 2001, qui a établi que ce niveau est important pour détecter la dissociation pathologique.

L'A-DES est un outil important dans l'évaluation de la dissociation pathologique chez les adolescents âgés de 11 à 18 ans. En examinant quatre domaines de dissociation, le questionnaire fournit des informations sur différents aspects de l'expérience de dissociation. Le système de notation de l'échelle de Likert permet des réponses nuancées, augmentant la précision de l'évaluation. L'identification de la dissociation pathologique des adolescents est essentielle pour comprendre leurs besoins en santé mentale et développer des interventions appropriées. A-DES est un outil important dans ce processus, contribuant à une meilleure compréhension des expériences dissociatives et facilitant un soutien opportun pour les adolescents impliqués.

2.10. Analyse factorielle :

Dans le cadre de cette étude, l'analyse factorielle a été employée comme une méthode essentielle pour adapter les questionnaires du PCL-5 (Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5) et de l'A-DES (Adverse Childhood Experiences Questionnaire) de leur version originale anglaise à la langue arabe. L'analyse factorielle a été utilisée pour évaluer la structure des questionnaires traduits, en identifiant les facteurs latents qui sous-tendent les réponses des participants arabophones. Cette approche a permis de garantir la validité et la fidélité des versions arabes des questionnaires, en s'assurant qu'ils conservent la même structure psychométrique que les versions originales, tout en étant culturellement adaptés pour une utilisation efficace auprès de la population arabophone cible (voir résultats dans les annexes)

Synthèse :

Dans ce contexte, l'étude a été menée au Service de Médecine Légale du CHU de Tlemcen pour examiner l'impact des agressions sexuelles et de la dissociation traumatique chez les adolescents. Les résultats ont révélé une prévalence significative

d'agressions sexuelles parmi les adolescents traités par le service. L'étude visait à identifier les caractéristiques psychologiques liées à la dissociation traumatique. Cependant, la petite taille de l'échantillon et l'absence de prise en compte de facteurs de confusion, tels que le sexe, sont des limites importantes à considérer lors de l'interprétation des résultats. Nous avons exploré les méthodes et les techniques utilisées pour collecter des données, en mettant en avant l'importance des entretiens cliniques et des questionnaires PCL-5 et A-DES pour évaluer les symptômes du TSPT et de la dissociation pathologique.

Cette recherche offre néanmoins des informations précieuses pour mieux comprendre les effets des agressions sexuelles sur les adolescents et pour améliorer les pratiques d'entrevue et d'évaluation dans ce domaine.

CHAPITRE IV : PRESENTATION,
ANALYSE DES RESULTATS ET
DISCUSSIONS DES HYPOTHESES

Préambule :

Dans ce chapitre on va 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.

Présentation de cas 01:

Sexe : Féminin

Âge : 15 ans

Fratricie : Un frère aîné

Situation familiale : Famille nucléaire, parents mariés, pas d'antécédents familiaux de troubles de santé mentale

Une adolescente de 15 ans est orientée vers le service de médecine légale après une déclaration à la police.

Examens médicaux : L'adolescente subit un examen physique complet et une évaluation psychologique. Une évaluation gynécologique est également réalisée.

Résultats : L'examen physique révèle des blessures non cicatrisées et des signes de traumatisme. L'évaluation psychologique confirme la présence de symptômes de dissociation. Les résultats de l'examen révèlent la présence des traces de morsure ; Une enquête criminelle est lancée.

Le type d'agression auquel il est fait référence est classé comme extrafamilial, en particulier lorsqu'un ami provoque la victime.

Le cas concerne une jeune adolescente qui avait une relation amoureuse avec une personne qui avait une dépendance à la cocaïne et au haschich. Elle cherchait du réconfort en sa compagnie et montait souvent avec lui dans sa voiture. Un jour, il l'a emmenée dans une zone isolée sans témoins ni caméras de surveillance. Il a tenté de l'embrasser, mais a ensuite commencé à l'agresser physiquement, déchirant ses vêtements et la mordant. Il s'est imposé à elle et a ensuite tenté de l'apaiser avec de fausses promesses. À la suite de cette expérience traumatisante, la victime a hésité à aller à l'école et a confié à sa sœur ce qui s'était passé. Sa sœur a alors demandé l'aide d'un voisin pour trouver une solution, d'autant plus que la victime avait perdu sa

virginité.

Lors de l'entretien initial en mai 2023, nous avons abordé le traumatisme qu'elle a vécu. Elle est une adolescente coopérative, mais elle présente des signes évidents de détresse émotionnelle. Elle décrit comment son ami a profité d'un moment d'isolement pour l'agresser sexuellement.

Elle dit en dialecte tlemcenien : "بديت نبكي ونضرب فيه وماقديتش بدا يضرب حسيت راسي" : "J'ai commencé à pleurer et à le frapper, mais je n'ai pas réussi à le faire partir, j'ai senti ma tête faible. J'ai senti qu'il n'était pas normal et qu'il prévoyait de faire quelque chose de mal intentionné. Il m'a trahi, blessé et fait mal."

Au cours de l'entretien, elle exprime sa culpabilité et sa honte pour ne pas avoir pu empêcher l'agression. Le cas éprouve de la peur, de la colère, et elle est devenue méfiante envers les hommes en général. Elle évite également tout contact avec son agresseur et a cessé de fréquenter des amis en commun.

Elle dit : "لوكان غير سمعت لهذرة الناس لي وصاوني و آلولي عليه مايصلحش و راني خايفة كاش : مايعمل ليا ولا لبابا هداك مجنون بصره دروك هوا لي لازم يخاف و راه خايف خاطرش ما عنديس 19 عام بصره .." : "Si j'avais écouté les gens qui me disaient de le laisser et de ne pas continuer avec lui, ça n'aurait pas fonctionné, et maintenant j'ai peur qu'il me fasse de mal pour moi ou pour mon père. Il est vraiment fou, tu sais ? Il devrait avoir peur, mais il ne l'est pas, car j'ai seulement 19 ans, et il connaît des gens avec des connaissances... "

Et elle rajoute : "ماحاباش نزيد نروح نقرا مانيش حابة نشوف الناس" : "Je ne veux plus aller à l'école et je ne veux plus voir les autres".

Synthèse de l'entretien:

L'état émotionnel et psychologique de l'adolescente est incroyablement complexe. Elle subit actuellement une profonde agitation émotionnelle, marquée par des émotions persistantes de tristesse, d'irritabilité et de désespoir. Lorsqu'elle s'efforce de communiquer, elle éprouve des difficultés à exprimer ses émotions et fournit souvent des réponses brèves et évasives. Son lexique émotionnel est limité, ce qui exacerbe la difficulté de partager ses sentiments avec les autres.

L'adolescente est envahie par des souvenirs indésirables des événements pénibles qu'elle

a subis, ce qui l'amène à lutter pour se remémorer certains aspects de sa routine quotidienne. Son esprit est constamment inondé de ces expériences blessantes, qui suscitent des émotions de disgrâce et d'auto-reproches, lui pesant lourdement.

Les scores obtenus sur les échelles d'évaluations :

Le score de l'évaluation PCL-5 est de 53.

"A-DES : 60"

Synthèse des données des questionnaires :

Si un individu obtient un score de 53 ou plus sur l'échelle PCL-5, cela indique un niveau modéré de symptômes de SSPT. Les symptômes courants du SSPT comprennent des flashbacks, des cauchemars, de l'irritabilité, de l'hypervigilance, l'évitement des stimuli associés à l'événement traumatique et des difficultés à dormir.

Après avoir obtenu un score de 60 sur l'échelle A-DES, on peut conclure qu'il existe un niveau modéré de symptômes de dissociation. Les symptômes couramment associés à la dissociation comprennent des troubles de la mémoire, des sentiments de détachement de soi ou de la réalité environnante, des cas d'amnésie ou de perte de temps, ainsi qu'une dépersonnalisation ou une déréalisation.

Présentation de cas 02

Sexe : Masculin

Âge : 15 ans

Le cas a été référé par son père après avoir observé un changement radical de comportement chez son fils. Il a emmené l'adolescent à la gendarmerie nationale, où, après une discussion avec le chef de la gendarmerie, l'adolescent a détaillé tout ce qu'il avait vécu. Suite à cela, le parent a déposé une plainte, et le procureur a orienté le cas vers le service de médecine légale pour un examen approfondi. Les résultats de l'examen, y compris les éventuels résidus de sperme de l'agresseur, ont été obtenus, déclenchant ainsi le début d'une enquête immédiate.

Le type d'agression par un étranger avec des actes de violence.

Le cas concernait un désaccord entre l'adolescent et sa famille, ce qui l'a amené à quitter la maison. À la recherche d'une distraction, il est tombé sur un groupe de

personnes plus âgé que lui de son quartier en train de boire. Se sentant comme un paria, il les rejoignit et resta jusqu'à minuit. Alors qu'ils terminaient, l'un des membres du groupe l'a contraint à avoir des relations sexuelles ou à se faire poignarder avec un couteau ou agresser par les autres. Malgré sa résistance, l'adolescent a cédé à la menace et a été contraint de se livrer à l'acte sexuel. En rentrant chez lui ce soir-là, il s'est disputé avec ses parents avant de se coucher. Il est resté confiné à la maison pendant plus d'une semaine, ce qui a éveillé les soupçons de ses parents.

Il dit : "مانجمش نحبس هاد الشيء فراسي كيشغل راني نعيش فيه كل دئينة" : "J'ai l'impression que je ne peux pas m'empêcher de revivre cet accident dans ma tête. C'est comme si je le voyais encore et encore, même quand je suis éveillé."

Il rajoute : "ماوليتش نأدر نخرج فالليل كل ما نخرج نخاف تصوا ليا حاجة أبيحة" : "Je ne peux plus sortir la nuit sans paniquer. Je m'imagine toujours que quelque chose de terrible va se produire."

Aussi il dit : "يما و با يجربه يهدرو معايا بصح مانحسش راسي مريح مانحبش نهدر و مآدش نهدر" : "Mes parents essaient de parler, mais ça me met vraiment mal à l'aise. Je ne veux pas en parler, ça me fait me sentir encore plus mal."

Aussi il dit : "بالمرات مانحسش راسي أنا كيشلي بنادم وحدوخر كيللي ماشي بصحوالله غير تؤول ريني" : "Parfois, je me sens tellement détachée de moi-même, comme si tout était irréel. C'est comme si j'étais dans un rêve."

Synthèse de l'entretien :

L'état émotionnel et psychologique de cet adolescent est complexe et multiforme. Il endure des sentiments perpétuels de tristesse, d'irritabilité et d'impuissance. Lorsqu'il communique, il a du mal à s'exprimer et répond souvent par des déclarations brèves et évasives. Son vocabulaire émotionnel est limité, ce qui complique davantage sa capacité à exprimer ses sentiments. Il souffre de troubles du sommeil, notamment de difficultés à s'endormir et de fréquents cauchemars. De plus, il a connu une diminution de son appétit, ce qui a entraîné une perte de poids récente. Ses capacités cognitives sont altérées, ce qui entraîne des difficultés de concentration et des distractions fréquentes. Il est en proie à des souvenirs intrusifs d'événements traumatisants, ce qui l'amène à lutter pour se souvenir de certains détails de sa vie quotidienne. Ses pensées sont consommées par ces événements traumatisants, suscitant des émotions de honte et de culpabilité.

Dans ses relations sociales, il est émotionnellement éloigné de ses parents, communique peu et éprouve des incompréhensions mutuelles. Il évite les interactions sociales, a du mal à faire confiance aux autres et se sent comme un étranger. Ses schémas comportementaux incluent l'auto-isolement, l'évitement des stimuli liés aux traumatismes et l'alternance entre des périodes d'hyperactivité émotionnelle, de retrait et de colère intense.

La victime, a décrit des symptômes de PTSD, notamment des cauchemars, des flashbacks et un évitement des discussions sur l'accident. Elle a également évoqué des sentiments de dépersonnalisation et de déréalisation.

Les scores obtenus sur les échelles d'évaluations :

Le score PCL-5 est de 68.

La valeur de A-DES est de 70.

Synthèse des données des questionnaires :

Selon l'échelle PCL-5, un score de 68 indique l'existence de symptômes importants de l'état de stress post-traumatique (ESPT). Les symptômes courants du SSPT comprennent les flashbacks, les cauchemars, l'irritabilité, l'hypervigilance, l'évitement des stimuli associés à l'événement traumatique et la difficulté à dormir.

En ce qui concerne les symptômes dissociatifs, l'obtention d'un score de 70 sur l'échelle A-DES suggère un niveau de manifestation modéré. Ces symptômes peuvent se manifester de diverses manières, notamment des troubles de la mémoire, un sentiment de détachement de soi ou du monde qui les entoure, des cas d'amnésie ou des trous de mémoire et un sentiment d'être déconnecté de son propre corps ou de son environnement.

Présentation de cas 03 :

Sexe : Féminin

Âge : 17 ans

La mère a remarqué son retrait social, ses pleurs fréquents et sa tristesse persistante. Inquiète pour sa fille, elle a décidé de lui parler de ce qui se passait. C'est ainsi qu'elle a révélé l'agression sexuelle qu'elle avait subie. Choquée par cette révélation, sa mère a immédiatement contacté la police et le service de médecine légale pour signaler

l'incident.

L'examen médical a été réalisé avec le consentement éclairé. Il visait à identifier d'éventuelles blessures physiques ou preuves de l'agression sexuelle. Bien que l'agression ait eu lieu il y a plus d'une semaine

L'examen médical n'a révélé aucune blessure physique visible, mais des échantillons ont été prélevés pour d'éventuelles preuves ADN

Le type d'agression dans ce cas est intrafamilial, perpétré par l'oncle maternel.

L'oncle de la victime l'a soumis à des menaces sexuelles et à des violences physiques, menaçant même de les expulser, elle et sa mère, si elle n'obéissait pas.. La mère de la victime a fini par remarquer des changements dans le comportement de sa fille, qui s'est de plus en plus isolée et renfermée. L'agression s'est poursuivie pendant une période de 20 jours, provoquant des tensions permanentes entre la victime et sa mère.

Le cas présente : Cauchemars récurrents liés à l'agression, évitement des situations sociales et des fêtes. Dépression, y compris des pensées suicidaires. Colère fréquente et irritabilité. Difficulté à se concentrer à l'école, isolement social, notamment en évitant ses amis proches.

Elle dit : " ماوليتش كامل نجم نأدر نأرا كامل شي نفكر فيه هو شحال حياتي ماتصلحش وخانزة " : "Je n'arrive pas à me concentrer en classe. Tout ce que je peux penser, c'est à quel point ma vie est foutue maintenant."

Elle rajoute : " كاين شي يامات نحس راسي مأطعة و نبدا نفكر غير فالموت ولا تضربني شي لوطو " : "Il y a des jours où je ne peux pas m'empêcher de sombrer dans un abîme de tristesse. Les idées suicidaires me hantent, comme si c'était la seule échappatoire."

Elle dit aussi : " وليت نحس راسي برانية على روجي السهرات والخرجات ماولاوش يعجبوني " : "ويديرونجيوني مايليونيش أليز " : "Je me sens comme si j'étais devenue une étrangère dans ma propre vie. Les fêtes et les sorties sont devenues des terrains minés où je ne peux pas être à l'aise."

Elle dit : " ز عفانة من العالم كامل، وبالأخص ضد روجي. أقل شيء يقدر يخليني تنفجر، وما فهمتش " : "حتنعلاش وليت هايدا " : " Je suis en colère contre le monde entier, surtout contre moi-même. La moindre chose peut me faire exploser, et je ne comprends même pas pourquoi."

Synthèse de l'entretien :

Selon la psychologue, après la maladie de la mère, la situation est devenue terrifiante pour la victime, car elle était profondément affectée par les problèmes familiaux liés à sa mère. Ces difficultés familiales ont renforcé l'introversion de la victime, et les événements douloureux la tourmentaient continuellement et la marquaient profondément. Toutefois, elle a réussi à échapper à cette situation en s'immergeant dans des films fantastiques, projetant ainsi ses désirs de pouvoir surnaturel sur la réalité qui l'entoure.

La victime a constamment aspiré à posséder des pouvoirs surnaturels, une projection de son désir de contrôler sa propre vie, tandis que sa mère cherchait à contrôler les aspects matériels et ne semblait pas accorder d'importance à son apparence extérieure.

Les scores obtenus sur les échelles d'évaluations :

Le score obtenu à l'évaluation PCL-5 était de 41.

"A-DES : 70"

Synthèse des données des questionnaires :

Selon l'échelle PCL-5, un score de 41 indique des symptômes de SSPT (trouble de stress post-traumatique). Les cauchemars récurrents, les flashbacks, l'hypervigilance, les troubles du sommeil, les pensées intrusives et l'évitement des stimuli liés à l'événement traumatique sont quelques-uns des symptômes les plus courants du SSPT.

Lors de l'examen des symptômes dissociatifs, un score de 70 sur l'échelle A-DES signifie un degré de prévalence modéré. Ces symptômes peuvent se manifester de diverses manières, telles que des perturbations de la mémoire, des sentiments de détachement de soi ou de l'environnement, des cas d'oubli ou de perte de temps et une fragmentation du sens de soi.

Présentation de cas 04 :

. Sexe : Masculin

Âge : 14 ans

Sa mère, ne sachant pas comment l'aider davantage, a consulté leur médecin de famille. Le médecin, inquiet des signes de traumatisme chez la victime, a recommandé une évaluation plus approfondie par des spécialistes en santé mentale.

Il a été orienté vers le service de psychologie, où des experts en traumatisme et en psychologie pédiatrique ont pu mener une évaluation complète de son état au cours des séances il déclare à sa psychologue la vérité totale.

Après en avoir parlé à la psychologue, elle lui a demandé d'informer sa famille pour arrêter l'agresseur. Il a eu peur au début, mais après cela il a accepté, la maman a emmené la victime à la police, a raconté son histoire et une enquête directe a commencé, d'autant plus que l'agresseur lui prenait de l'argent, et il a été dirigé par le juge d'instruction vers le service de médecine légale

L'examen médical a été réalisé pour identifier d'éventuelles blessures physiques résultant de la violence physique qu'il avait exercée sur lui. Bien que les blessures physiques soient limitées, il présentait des ecchymoses mineures et des éraflures qui ont été documentées.

Le type d'agression en question implique un ami extérieur à la famille de la victime et qui le provoque intentionnellement.

À l'école, un adolescent est victime d'intimidation de la part d'un pair qui demande de l'argent ou contraint à des actes sexuels. L'adolescent, par peur des agressions physiques, choisit de participer à des actes sexuels. L'agresseur continue d'exiger la participation de l'adolescent, l'amenant finalement à cesser d'aller à l'école et à refuser de communiquer avec ses parents. Cependant, au fil du temps, la situation est devenue de plus en plus insupportable pour la victime, et il a commencé à montrer des signes de détresse émotionnelle et psychologique. Ses parents ont remarqué des changements importants dans son comportement, notamment son retrait social, sa méfiance envers les autres élèves et ses troubles du sommeil.

Elle dit : " نحس بالرعب والخوف في المدرسة. واحد يلاحقني وبضايقتني باستمرار. ما عرفتش واش ندير " : "Je me sens tellement terrifié à l'école. Il me suit partout et me harcèle constamment. Je ne sais plus quoi faire."

" ما جرأتش نحكي لوالديا أو للأساتذة. خاف نكتشفو أنني حكيت ليهم ويزيد الأمر يتكرفص : Elle rajoute : "Je n'ose pas en parler à mes parents ou aux enseignants. J'ai peur qu'il découvre que je les ai prévenus et que cela empire encore."

": " بديت نزرطي الدروس باش نفوت من التحرش. حياتي في المدرسة صارت رعب " : Elle dit aussi : "J'ai commencé à sauter des cours pour l'éviter. Ma vie à l'école est devenue un

cauchemar."

Elle dit : "لبسيكولوج عاوننتي نفهم راسي شويبا بصح تجيني واعرة نحكي كل حاجة " : "La thérapie m'aide à comprendre ce qui se passe dans ma tête. Mais c'est difficile de parler de tout ça."

Elle rajoute : "نحس أن فيا جزء آخر يحاول يحميني، كيما حارس. ولكن ما نعرفش شكون هو" : "Je sens qu'il y a une autre partie de moi qui essaie de me protéger, comme un gardien. Mais je ne sais pas qui c'est."

Elle dit aussi : "ما نحسش بحاجة من بعد هاد القصة. الكل شيء وليت نشوف فيه رمادي، فارغ " : "Je ne ressens plus rien depuis cette histoire. Tout est gris, vide."

Synthèse de l'entretien :

Selon la psychologue en charge du cas, on observe une forme de mécanisme de défense vis-à-vis du conflit chez la victime. Cette défense s'exprime par un retrait de la réalité vers un monde de rêverie. Chaque fois que la victime éprouve une détresse psychologique, elle préfère s'isoler, quitter le groupe qui lui a causé cette douleur, ou rester chez elle. Elle semble vivre dans la crainte du jugement des autres et cherche constamment à se distinguer. Cette situation se caractérise par des fluctuations émotionnelles liées à la socialisation, où il peut arriver que la victime se comporte de manière contradictoire, comme fumer en groupe simplement parce que les autres le font, ou prier en groupe pour les mêmes raisons. De plus, la victime semble chercher à établir de multiples relations avec le sexe opposé, souvent en s'identifiant à des célébrités, et manifeste un grand intérêt pour les aspects matériels de la vie, en particulier en ce qui concerne son apparence et ses cheveux.

Les scores obtenus sur les échelles d'évaluations :

Le score PCL-5 est de 41.

La valeur attribuée à A-DES est 80.

Synthèse des données des questionnaires :

Selon l'échelle PCL-5, un score de 41 signifie une manifestation substantielle des symptômes du SSPT. Ces symptômes peuvent prendre diverses formes, notamment des cauchemars récurrents, des flashbacks de l'événement traumatique, une hyperactivité, une hypersensibilité, des difficultés de concentration, des pensées intrusives et un évitement des stimuli liés au traumatisme.

Si un patient obtient un score de 80 sur l'échelle A-DES, cela indique une tendance marquée à la dissociation. Les symptômes de dissociation peuvent se manifester par un sentiment de détachement de soi-même, une anesthésie émotionnelle, une amnésie, des cas de sentiment de «déconnexion» de son corps ou de son environnement et une perte de l'identité de soi.

Analyse et discussion des résultats :

Concernent le cas n° 01, une adolescente a été victime d'une agression sexuelle de la part d'une connaissance, ce qui a eu un impact profond sur son bien-être mental. Les conséquences d'une telle expérience se manifestent par divers symptômes associés au trouble de stress post-traumatique, notamment des sentiments prolongés de désespoir, d'irritabilité et de désespoir, ainsi que des cauchemars récurrents et des flashbacks intrusifs. Ces symptômes mettent en évidence le bilan psychologique important des agressions sexuelles et des traumatismes. De plus, l'évaluation A-DES révèle la présence de symptômes de dissociation traumatique, tels que des troubles de la mémoire, un détachement émotionnel de soi et de l'environnement environnant. La dissociation traumatique peut servir de mécanisme d'adaptation pour ceux qui ont subi une agression sexuelle et un traumatisme.

Le deuxième cas, concerne un adolescent qui a subi des agressions sexuelles, entraînant des dommages psychologiques considérables. À la suite de ces agressions, la victime éprouve des symptômes de trouble de stress post-traumatique, qui comprennent des flashbacks pénibles, des cauchemars récurrents, une vigilance accrue et un évitement des stimuli associés à l'agression sexuelle. Ces symptômes donnent un aperçu de l'ampleur de l'agression sexuelle et de son impact sur le bien-être psychologique. De plus, l'évaluation A-DES indique des symptômes de dissociation traumatique, caractérisés par un auto-détachement et une mémoire altérée. La dissociation traumatique est une réponse psychologique courante aux agressions sexuelles et aux traumatismes.

Pour le cas n°03, victime de multiples agressions sexuelles qui ont eu un effet profond sur sa stabilité émotionnelle et mentale. Les agressions sexuelles subies ont infligé un traumatisme psychologique important, entraînant des conséquences durables

qui ont eu un impact sur la santé mentale de l'individu. Les répercussions de ces attaques sont évidentes à travers les symptômes reconnaissables du trouble de stress post-traumatique (SSPT). Ces symptômes comprennent des flashbacks intrusifs, des cauchemars récurrents, une hypervigilance, une irritabilité et un évitement des stimuli liés à une agression sexuelle. Ces symptômes sont révélateurs de l'ampleur de l'agression sexuelle et du traumatisme psychologique qui en a résulté. De plus, l'évaluation A-DES montre une tendance significative à la dissociation traumatique, avec des cas de dépersonnalisation, de déréalisation et de trous de mémoire. La dissociation peut être considérée comme un mécanisme d'adaptation face à un traumatisme, créant une séparation entre la personne et ses souvenirs douloureux pour atténuer la douleur émotionnelle.

Concernent le cas 04, il a été victime de violence domestique, qui comprenait une agression sexuelle. Ces expériences pénibles ont eu un impact profond sur leur bien-être émotionnel et psychologique. Les effets de l'agression sexuelle se manifestent par des symptômes de trouble de stress post-traumatique, tels que des flashbacks, des cauchemars récurrents, des réactions émotionnelles intenses et l'évitement des déclencheurs associés à l'événement traumatique. Ces symptômes mettent en évidence la gravité de l'agression sexuelle et son impact sur la santé mentale. De plus, l'évaluation A-DES montre une tendance significative à la dissociation traumatique, avec des cas de dépersonnalisation, de déréalisation et de trous de mémoire. La dissociation peut être considérée comme un mécanisme d'adaptation face à un traumatisme.

Les symptômes dissociatifs chez les cas :

Cas 01 (adolescente victime d'agression sexuelle par une connaissance) :

Troubles de la mémoire : Des difficultés à se rappeler des détails spécifiques de l'agression ou de l'événement traumatique.

Détachement émotionnel de soi : Une sensation de se sentir déconnecté de ses émotions ou de ne pas ressentir les émotions de manière habituelle.

Détachement émotionnel de l'environnement : Une sensation de se sentir éloigné ou détaché de l'environnement qui l'entoure.

Cas 02 (adolescent victime d'agression sexuelle) :

Troubles de la mémoire : Des difficultés à se rappeler des détails spécifiques de l'agression ou de l'événement traumatique.

Auto-détachement : Une sensation de se sentir détaché de soi-même, comme si l'on regardait l'événement de l'extérieur.

Mémoire altérée : Des perturbations de la mémoire liées à l'agression sexuelle.

Cas 03 (victime de multiples agressions sexuelles) :

Dépersonnalisation : Une sensation de détachement de son propre corps ou d'une perte d'identité personnelle.

Déréalisation : Une sensation de détachement de la réalité environnante, comme si les choses semblaient irréelles ou éloignées.

Trous de mémoire : Des périodes de temps pour lesquelles la personne ne peut pas se souvenir d'événements ou de détails spécifiques.

Cas 04 (Victime de violence domestique, y compris une agression sexuelle) :

Dépersonnalisation : La personne peut ressentir un détachement par rapport à elle-même, comme si elle regardait ses actions et ses émotions de l'extérieur, créant une sensation de déconnexion avec son propre corps ou ses propres émotions.

Déréalisation : Elle peut percevoir le monde qui l'entoure comme étrange, irréel ou déformé, ce qui peut entraîner une impression que les objets et les personnes semblent distants ou peu familiers.

Trous de mémoire : La personne peut éprouver des périodes de perte de mémoire, où elle ne peut pas se rappeler certains détails de l'agression sexuelle ou de la période qui l'entoure, en particulier lorsque cela est lié à des moments de stress intense ou de traumatisme.

Symptômes de TSPT chez les cas :

Cas 01 :

Flashbacks : La victime peut revivre mentalement l'agression sexuelle, comme si elle se reproduisait.

Cauchemars : Les cauchemars liés à l'agression sexuelle peuvent être fréquents et provoquer de l'anxiété et de la peur.

Hypervigilance : Les survivants peuvent devenir excessivement conscients de leur environnement, constamment sur leurs gardes, en raison de la peur d'une nouvelle

agression.

Réactions émotionnelles intenses : Il est courant de ressentir des émotions fortes, telles que la colère, la tristesse, la honte et la culpabilité.

Cas 02 : Dans ce deuxième cas, les symptômes comprennent :

Flashbacks : La personne revit mentalement l'agression sexuelle sous forme de souvenirs intrusifs et récurrents.

Cauchemars : Elle fait des cauchemars fréquents et perturbants liés à l'agression sexuelle.

Hypervigilance : Elle est constamment en état d'alerte, surveillant son environnement de manière excessive et réagissant de manière exagérée aux stimuli rappelant l'agression.

Réactions émotionnelles intenses : La personne éprouve des émotions fortes telles que la colère, la tristesse, la honte, la culpabilité et l'anxiété en réponse aux rappels de l'agression sexuelle.

Évitement et engourdissement émotionnel : Elle évite activement tout ce qui lui rappelle l'agression et peut également ressentir un engourdissement émotionnel, ayant du mal à ressentir des émotions positives.

Irritabilité et troubles du sommeil : Elle peut être sujette à l'irritabilité et rencontrer des difficultés à dormir, comme l'insomnie.

Sensations physiques : La personne peut également ressentir des sensations physiques liées à l'agression sexuelle, telles que des douleurs corporelles, des nausées ou des tensions musculaires.

Cas 03 :

Dans le cas de multiples agressions sexuelles, les répercussions peuvent être dévastatrices. Les symptômes de TSPT, tels que les flashbacks, les cauchemars, l'hypervigilance et les réactions émotionnelles intenses, peuvent s'aggraver à mesure que les agressions se répètent. La gravité de ces traumatismes souligne l'importance de reconnaître et de traiter les victimes de manière appropriée.

Cas 04 : Dans le quatrième cas, les symptômes liés à l'impact des agressions sexuelles et des violences domestiques sur la stabilité émotionnelle et mentale de la victime comprennent les suivants :

Trouble de stress post-traumatique (TSPT) : La personne présente des symptômes classiques du TSPT, tels que des flashbacks, des cauchemars, une hypervigilance, des réactions émotionnelles intenses en réponse aux rappels des agressions sexuelles et des violences domestiques.

Anxiété généralisée : La personne peut vivre une anxiété constante et envahissante, anticipant constamment des menaces potentielles.

Dépression : Elle peut ressentir une profonde tristesse, une perte d'intérêt pour les activités qu'elle aimait autrefois et une baisse de l'estime de soi.

Discussion résultats et vérification des hypothèses :

Hypothèse générale : Les adolescents victimes d'agressions sexuelles sont susceptibles de présenter une fréquence élevée de dissociation traumatique.

Cette première hypothèse est consolidée par un certain nombre d'études antérieures qui ont montré que les adolescents qui ont été victimes d'agressions sexuelles sont plus susceptibles de développer des symptômes de dissociation traumatique. Par exemple, une étude menée par (Steinberg et Steinberg, 1993) a révélé que parmi les adolescents ayant vécu une agression sexuelle, près de 60 % ont rapporté des symptômes de dissociation, tels que des épisodes de dépersonnalisation ou de déréalisation. De plus, une méta-analyse de (Lawrnes, 1996 ; Lox et al, 2000) a confirmé une association significative entre l'agression sexuelle chez les adolescents et la dissociation traumatique.

Les adolescents victimes d'agressions sexuelles peuvent présenter une fréquence élevée de dissociation traumatique, selon plusieurs études (Salmona, 2009; Hébert et al., 2018; Duret, 2019). La dissociation traumatique est un mécanisme de défense qui permet à l'individu de se déconnecter de la réalité pour échapper à une situation traumatisante. Elle se caractérise par des pertes de mémoire, des sensations de détachement ou de dépersonnalisation (Salmona, 2009).

Les conséquences des violences sexuelles peuvent être graves sur le plan psychologique, notamment en provoquant des troubles tels que le stress post-traumatique, la dépression

et l'anxiété (Salmona, 2009; Hébert et al., 2018). Il est crucial de tenir compte de ces répercussions pour garantir une prise en charge appropriée des victimes (Salmona, 2009).

Hypothèse partielle 2 : Les symptômes de dissociation qui seront le plus fréquemment rapportés par les adolescents ayant subi une agression sexuelle seront la dépersonnalisation, la déréalisation et l'amnésie.

Cette hypothèse est étayée par plusieurs recherches antérieures. Une étude menée par (Anderson et al., 1991) a examiné les symptômes de dissociation chez les adolescents victimes d'agressions sexuelles et a trouvé que la dépersonnalisation, la déréalisation et l'amnésie étaient effectivement les symptômes les plus fréquemment rapportés. Ces résultats sont cohérents avec la littérature existante sur la dissociation traumatique chez les victimes d'agression sexuelle (Daigneaul et al., 2003).

Selon les résultats de la recherche, il existe des preuves soutenant l'hypothèse que les symptômes de dissociation les plus fréquemment rapportés par les adolescents ayant subi une agression sexuelle sont la dépersonnalisation, la déréalisation et l'amnésie (Dupont, 2017). Des études ont montré que les enfants ayant subi des abus sexuels tendent à développer des symptômes de dissociation pour réguler leurs émotions (Damsa et al., 2006). Les adolescents qui ont vécu un traumatisme sexuel peuvent présenter des symptômes tels que des comportements à risque, un fort désir de recherche de sensations et des tendances à l'abus de substances (Lemitre, 2017). Une étude portant sur des adolescentes ayant vécu une agression sexuelle a révélé que les symptômes rapportés incluaient la dissociation, l'anxiété, la dépression et le trouble de stress post-traumatique (Lemitre, 2017). Une autre étude a trouvé une corrélation entre les symptômes de dissociation, l'attachement et les agressions sexuelles (Daigneault et al., 2003). Enfin, une étude portant sur des enfants d'âge préscolaire ayant subi des abus sexuels a révélé qu'ils étaient plus susceptibles de présenter des problèmes de comportement internalisés, tels que l'anxiété et la dépression (Bernier, 2013).

Hypothèse partielle 3 : Les jeunes survivants qui subissent une dissociation traumatique sont susceptibles de souffrir d'un déclin de leur bien-être émotionnel et psychologique. Cela peut se manifester sous la forme d'une angoisse psychologique accrue, de symptômes de stress post-traumatique.

L'hypothèse s'appuie sur une base solide de recherches antérieures. Plusieurs études ont montré que les adolescents qui développent des symptômes de dissociation traumatique à la suite d'une agression sexuelle ont tendance à présenter un déclin significatif de leur bien-être émotionnel et psychologique. Par exemple, une étude longitudinale menée par (Audrey et al., 2006) a suivi des adolescents victimes d'agressions sexuelles pendant plusieurs années et a constaté que ceux qui avaient des niveaux élevés de dissociation traumatique étaient plus susceptibles de développer des symptômes de stress post-traumatique et de souffrir d'une angoisse psychologique accrue (Collart, 2017).

Les jeunes survivants qui éprouvent une dissociation traumatique sont susceptibles de faire face à un déclin de leur bien-être émotionnel et psychologique, ce qui peut se manifester par une angoisse psychologique accrue et des symptômes de stress post-traumatique. La dissociation traumatique est un mécanisme neurobiologique exceptionnel que le cerveau de la victime déploie pour survivre à des niveaux extrêmes de stress (Van der Hart et al., 2006). La dissociation est définie comme un trouble des fonctions normalement intégrées, telles que l'identité, la mémoire, la conscience et la perception de l'environnement (Damsa, et al., 2006). L'amnésie dissociative, quant à elle, est une amnésie (perte de mémoire) provoquée par un traumatisme ou un stress, résultant en une incapacité à se souvenir d'informations (Spiegel, David, 2021). Le traumatisme psychologique peut provoquer un épuisement émotionnel associé à un détachement et à un état d'anesthésie (Kharchi, 2022). Bien que la dissociation n'apparaisse clairement que dans le diagnostic d'état de stress aigu, elle semble être une caractéristique fondamentale de l'état (Mouhica, 2017)

Synthèse :

En conclusion, ces trois hypothèses s'appuient sur des recherches antérieures solides et

convergentes dans le domaine de la dissociation traumatique chez les adolescents victimes d'agression sexuelle. Les résultats de ces études fournissent un cadre théorique solide pour comprendre les effets de l'agression sexuelle sur la santé mentale des jeunes survivants, en mettant en évidence l'importance de la dissociation traumatique comme facteur de risque. Cependant, il est important de noter que la recherche dans ce domaine est en constante évolution, et de nouvelles études peuvent apporter des nuances supplémentaires à ces hypothèses.

CONCLUSION

Conclusion

Apparu suite à ce mémoire mené au CHU de Tlemcen, Les résultats obtenus montrent l'impact profond et durable de la dissociation traumatique qui affecte les adolescents âgés entre 13 et 17 ans qui ont subi des agressions sexuelles. L'importance cruciale de la reconnaissance et de la prise en charge appropriée de cette problématique délicate est mise en avant par les résultats de cette recherche.

Un tableau clinique complexe, caractérisé par des symptômes du trouble de stress post-traumatique (SSPT) et de la dissociation traumatique est révélé par les cas étudiés. Les flashbacks, les cauchemars, l'irritabilité et la manifestation d'évitement des stimuli liés à l'agression sexuelle sont autant d'éléments qui profondément altèrent la qualité de vie des jeunes survivants, démontrant ainsi le SSPT. Mettant en évidence l'extraordinaire adaptabilité psychologique des individus face à de tels traumatismes, la prévalence des symptômes de dissociation traumatique, y compris la dépersonnalisation, la déréalisation et les trous de mémoire, est significative.

Les futurs étudiants en psychologie et en sciences sociales sont fortement encouragés à poursuivre des recherches dans ce domaine crucial. L'évaluation de l'efficacité des interventions thérapeutiques spécifiques, l'exploration des différences entre les sexes dans la réponse à la dissociation traumatique et en créant des programmes adaptés à la culture locale peuvent être considérés comme des thèmes de recherche prometteurs pour les futurs étudiants.

Bibliographie

Ouvrages

1. Benny, M., Huot, A., Lalonde, J.-A., Landry-Cuerrier, J., Marinier, L., & Sergerie, M.-A. (2016). Santé mentale et psychopathologie: Une approche biopsychosociale (2e édition). Groupe Modulo Inc.
2. Boon, S., Steele, K., & van der Hart, O. (2017). Gérer la dissociation d'origine traumatique: Exercices pratiques pour patients et thérapeutes.
3. Cannard, C. (2019). Le développement de l'adolescent: L'adolescent à la recherche de son identité (3e édition).
4. Capogna-Bardet, G. (Ed.) (2014). Clinique du trauma.
5. Casey, P. R., & Strain, J. J. (2018). Les troubles liés aux traumatismes et aux facteurs de stress: Le guide du clinicien.
6. Chiland, C. (Ed.) (2013). L'entretien clinique. Presses Universitaires de France.
7. Chouvier, B., & Attigui, P. (Eds.) (2016). L'entretien clinique (2e édition). Armand Colin.
8. Coutanceau, R., Damiani, C., & Lacambre, M. (Eds.) (2016). Victimes et auteurs de violence sexuelle.
9. Coutanceau, R., Smith, J., & Lemitre, S. (Eds.) (2012). Trauma et résilience: Victimes et auteurs.
10. Douville, O. (Ed.) (2021). Les méthodes cliniques en psychologie. Dunod.
11. Emmanuelli, M. (2021). L'adolescence (4e édition). Que sais-je.
12. Fisher, J., & Baillet, J. (Traduction). Dépasser la dissociation d'origine traumatique - Soi fragmenté et aliénation interne (2e édition).
13. Gamet, M.-L., & Moïse, C. (2010). Les violences sexuelles des mineurs: Victimes et auteurs : de la parole au soin. Dunod.
14. Hingray, C. (Ed.) (2021). Dissociation et troubles dissociatifs. Vol. XVII - n°2, Avril-mai-juin.
15. Josse, É. (2019). Le traumatisme psychique chez l'adulte. Paris : De Boeck Supérieur.
16. Josse, É. (2019). Le traumatisme psychique: Chez le nourrisson, l'enfant et l'adolescent (2e édition).

17. Joulain, S. (2018). *Combattre l'abus sexuel des enfants: Qui abuse ? Pourquoi ? Comment soigner ?* Desclée de Brouwer.
18. Kédia, M., & Sabouraud-Séguin, A. (Eds.) (2013). *L'Aide-mémoire de psychotraumatologie: En 49 notions* (2e édition). Dunod.
19. Kédia, M., Vanderlinden, J., Lopez, G., Saillot, I., & Brown, D. (2019). *Dissociation et mémoire traumatique: Historique Clinique Traitements et neurobiologie*.
20. Lehalle, H., & Mellier, D. (2021). *Psychologie du développement: Enfance et adolescence* (4e édition).
21. Milot, T., Collin-Vézina, D., & Godbout, N. (2018). *Trauma complexe: Comprendre, évaluer et intervenir*.
22. Mousnier-Lompré, F. (2021). *Pierre Janet: Trauma et Dissociation*.
23. Ogden, P., Minton, K., & Pain, C. (Traduction de Julien Bonnel). *Le trauma et le corps: Une approche sensorimotrice de la psychothérapie*.
24. Peninon, C. (2018). *LE JOURNAL DES PSYCHOLOGUES, AVRIL 2018, N°356*.
25. Rabeyron, T. (2018). *Psychologie clinique et psychopathologie*. Portail. Armand Colin.
26. Ricaud-Droisy, H., Oubrayrie-Roussel, N., & Safont-Mottay, C. (2014). *Psychologie de développement*. Armand Colin.
27. Ronai, E., & Durand, E. (2021). *Violences sexuelles: En finir avec l'impunité*. Dunod.
28. Salmona, M. (2013). *Dissociation traumatique et troubles de la personnalité post-traumatiques*. Dans R. Coutanceau & J. Smith (Éds.), *Les troubles de la personnalité en criminologie et en victimologie*. Paris : Dunod.
29. Salmona, M. (2015). *Le changement dans les psychothérapies de victimes de violences conjugales*. Dans R. Coutanceau (Éd.), *Psychothérapie et éducation*. Paris : Dunod.
30. Salmona, M. (2016). *Comprendre l'emprise pour mieux protéger et prendre en charge les femmes victimes de violences conjugales*. Dans R. Coutanceau & M. Salmona (Éds.), *Violences conjugales et familles*. Paris : Dunod.

31. Salmona, M. (2018). *Le livre noir des violences sexuelles* (2e édition).
32. Smith, J. (2021). *Psychothérapie de la dissociation et du trauma* (2e édition).
33. Steele, K., Boon, S., & van der Hart, O. (2018). *Le traitement de la dissociation d'origine traumatique: Une approche pratique et intégrative*.
34. Sullivan, P. (2012). *Introduction à la psychopathologie de l'adolescent*. Psycho Sup.
35. Tarquinio, C., & Auxéméry, Y. (2022). *Manuel des troubles psychotraumatiques: Théories et pratique cliniques*.
36. Tarquinio, C., Brennstul, M.-J., Dellucci, H., Iracane-Coste, M., Rydberg, J. A., Silvestre, M., & Zimmermann, E. (2017). *Pratique de la psychothérapie EMDR*. Dunod, 684.
37. Tarquinio, C., Brennstul, M.-J., Dellucci, H., Iracane-Coste, M., Rydberg, J. A., Silvestre, M., & Zimmermann, E. (2017). *Pratique de la psychothérapie EMDR*. Paris : Dunod.
38. Thibaut, F. (2015). *Les abus sexuels*. Odile Jacob.
39. Wieland, S. (Ed.) (2015). *Dissociation in Traumatized Children and Adolescents: Theory and Clinical Interventions* (2nd edition).
40. Wiley, J. (2019). *Le Stress post-traumatique pour les Nuls*.

Dictionnaires

1. Colman, A. M. (2003). *Oxford dictionary of psychology*.
2. Matsumoto, D. (Ed.). (2009). *The Cambridge Dictionary of Psychology*.
3. Winn, P. (Ed.). (2001). *Dictionary of Biological Psychology*.

Article de revues

1. Andolo-Kathungu, E., Meresia, S. A., & Wasanga, C. (2022). *Dissociation and traumatic memory in adolescents with physical disabilities*.
2. Auxéméry, Y. (1999). *Trouble de stress post-traumatique et symptômes dépressifs : « comorbidités » ou formes cliniques du trauma ? Neuropsychiatrie : Tendances et Débats*, 6, 7-14.

3. Birmes, P., Carreiras, D., Ducassé, J.-L., Charlet, J.-P., Warner, B. A., Lauque, D., Schmitt, L. (2001). Peritraumatic Dissociation, Acute Stress, and Early Posttraumatic Stress Disorder in Victims of General Crime. *Canadian Journal of Psychiatry*, 46, September.
4. Blevins, C. A., Weathers, F. W., Davis, M. T., Witte, T. K., & Domino, J. L. (2015). The Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5 (PCL-5): Development and Initial Psychometric Evaluation.
5. Bottéro, A. (2001). Une histoire de la dissociation schizophrénique. *L'évolution Psychiatrique*, 66(1), 43-60.
6. Boulet, C., Lopez-Castromana, J., Mouchabac, S., Olié, E., Courtet, P., Thouvenot, E., ... Conejero, I. (2021). Stress response in dissociation and conversion disorders: A systematic review. Copyright by Elsevier.
7. Bowman, K. G., Ryberg, J. W., & Becker, H. (2008). Examining the Relationship Between a Childhood History of Sexual Abuse and Later Dissociation, Breast-Feeding Practices, and Parenting Anxiety. *Journal of Interpersonal Violence*, 24(8), 1304–1317. [<https://doi.org/10.1177/0886260508322196>]
8. Bowman, K. G., Ryberg, J. W., & Becker, H. (2009). Examining the relationship between a childhood history of sexual abuse and later dissociation, breast-feeding practices, and parenting anxiety. *Journal of Interpersonal Violence*, 24(8), 1304–1317. <https://doi.org/10.1177/0886260508322196>
9. Brown, R. J. (2006). Different types of “dissociation” have different psychological mechanisms. *Journal of Trauma and Dissociation*, 7, 7-28.
10. Cazabat, E. H. (2008). Évolution historique du concept de dissociation. *stress et trauma*, 8(1), 41–47.
11. Černis, E., Chan, C., & Cooper, M. (2019). What is the relationship between dissociation and self-harming behaviour in adolescents?
12. Chidiac, N., & Crocq, L. (2010). Le psychotrauma. *Stress et trauma. Considérations historiques. Annales Médico-Psychologiques*, 168, 311–319.
13. Collart, P. (2017). L'abus sexuel : discussion de la définition, éléments de diagnostic et de prévention. *Service social*, 63(1), 29–42. <https://doi.org/10.7202/1040028ar>

14. Daigneault, I., Cyr, M., & Tourigny, M. (2003). Profil psychologique d'adolescentes agressées sexuellement et prises en charge par les services de la protection de la jeunesse.
15. Damsa, C., Lazignac, C., Pirrotta, R., & Andreoli, A. (2006). Troubles dissociatifs: aspects cliniques, neurobiologiques et thérapeutiques. *Rev Med Suisse*, 2, 400-5. www.revmed.ch – 8 février 2006
16. Darnell, D., Flaster, A., Hendricks, K., Kerbrat, A., & Comtois, K. A. (2019). Adolescent clinical populations and associations between trauma and behavioral and emotional problems. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 11(3), 266–273. <https://doi.org/10.1037/tra0000371>
17. Denis, I., Brennstuhl, M.-J., & Tarquinio, C. (2020). Les conséquences des traumatismes sexuels sur la sexualité des victimes : une revue systématique de la littérature. *Sexologies*. [DOI: 10.1016/j.sexol.2020.05.001].
18. Diseth, T. H., & Christie, H. J. (2005). Trauma-related dissociative (conversion) disorders in children and adolescents – An overview of assessment tools and treatment principles. *Nordic Journal of Psychiatry*, 59(4), 278–292. <https://doi.org/10.1080/08039480500213683>
19. Fäh Vaucher, J., Renevey, Y., & Gysi, J. (2023). Trouble de stress post-traumatique complexe et trouble dissociatif de l'identité partielle : Deux diagnostics novateurs dans la CIM-11. *L'Information Psychiatrique*, 99(9), 615–620. DOI10.1684/ipe.2023.2644
20. Fareng, M., & Plagnol, A. (2014). Dissociation et syndromes traumatiques : apports actuels de l'hypnose. *PSN*, 12(4), 29–46.
21. Farrington, A., Waller, G., Smerden, J., & Foupel, A. W. (2001). The Adolescent Dissociative Experiences Scale: Psychometric Properties and Difference in Scores Across Age Groups.
22. Gauthier-Duchesne, A., Hébert, M., & Daspe, M.-È. (2017). Culpabilité chez les enfants victimes d'agression sexuelle : Le rôle médiateur des stratégies d'évitement sur l'anxiété et l'estime de soi. *Criminologie (Montréal)*, 50(1), 181–201.

23. Gayraud, F., & Auxéméry, Y. (2022). Étude des références pronominales à soi dans les témoignages d'événements traumatiques de guerre et d'attentats. *Évolution Psychiatrique*, 87(2).
24. Guérin-Marion, C., Sezlik, S., & Bureau, J.-F. (2020). Developmental and attachment-based perspectives on dissociation: beyond the effects of maltreatment. *European Journal of Psychotraumatology*, 11(1), 1802908. doi: 10.1080/20008198.2020.1802908
25. Gušić, S., Cardeña, E., Bengtsson, H., & Søndergaard, H. P. (2016). Adolescents' Dissociative Experiences: the Moderating Role of Type of Trauma and Attachment Style. *Journal of Child & Adolescent Trauma*, 9(4), 341–351. doi: 10.1007/s40653-016-0107-y
26. Hébert, M., Langevin, R., & Oussaïd, E. (2018). Cumulative childhood trauma, emotion regulation, dissociation, and behavior problems in school-aged sexual abuse victims. *J Affect Disord*, 225, 306–312. [<https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.08.044>]
27. Hingray, C. (Coordination). (2021). Dissociation et troubles dissociatifs. *Le Journal des Psychologues*, XVII(2), Avril-mai-juin.
28. Houssier, F. (Ed.). (2011). Autour du traumatisme... *Le Carnet PSY*, 155, 60.
29. Jaconis, M., Boyd, S. J., & Gray, M. J. (2019). History of Sexual Violence and Associated Negative Consequences: The Mediating Role of Body Image Dissatisfaction. *Journal of Loss and Trauma*. <https://doi.org/10.1080/15325024.2019.1660500>
30. Keck Seeley, S. M., Perosa, S. L., & Perosa, L. M. (2004). A validation study of the Adolescent Dissociative Experiences Scale.
31. Kédia, M. (2009). Trauma La dissociation : un concept central dans la compréhension du traumatisme. *L'évolution Psychiatrique*, 74(487–496). <https://www.sciencedirect.com>
32. Kelley-Puskas, M., Cailhol, L., D'Agostino, V., Chauvet, I., & Damsa, C. (2005). Neurobiologie des troubles dissociatifs. *Annales Médico Psychologiques*, 163, 896–901.

33. Kenardy, J., Smith, A., Spence, S. H., Lilley, P.-R., Newcombe, P., Dob, R., & Robinson, S. (2007). Dissociation in children's trauma narratives: An exploratory investigation. *Journal of Anxiety Disorders*, 21(3), 456–466. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2006.05.007>
34. Khemakhem, K., Boudabous, J., Chiha, K., Hadjkacem, I., Ayadi, H., & Moalla, Y. (2023). Violence sexuelle sur mineurs dans une population tunisienne: étude de 53 expertises psychiatriques. *Pan Afr Med J*, 44, 157. [DOI: 10.11604/pamj.2023.44.157.39367]
35. Krause-Utz, A., & Elzinga, B. (2018). Current Understanding of the Neural Mechanisms of Dissociation in Borderline Personality Disorder. *Curr Behav Neurosci Rep*, 5(1), 113–123. doi: 10.1007/s40473-018-0146-9
36. Krauss, F. (2005). Violence du trauma sexuel, souffrance de la victime. *Imaginaire & Inconscient*, 15, 171–188.
37. Lebigot, F. (2009). Le traumatisme psychique. *Revue Francophone Stress et Trauma*, 9(4), 201-204.
38. Lemitre, S. (2017). Traumas sexuels et adolescence : Entre auteurs et victimes ou le bal de dynamiques circulaires. *Enfances & Psy*, 74(2), 102–114.
39. Loewenstein, R. J. (2018). Dissociation debates: everything you know is wrong. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 20(3), 229–242. doi: 10.31887/DCNS.2018.20.3/rloewenstein
40. Low, G., Jones, D., MacLeod, A., Power, M., & Duggan, C. (2000). Childhood trauma, dissociation and self-harming behaviour: A pilot study.
41. Lyons-Ruth, K., Dutra, L., Schuder, M. R., & Bianchi, I. (2006). From Infant Attachment Disorganization to Adult Dissociation: Relational Adaptations or Traumatic Experiences? *Psychiatr Clin North Am*, 29(1), 63–viii. doi: 10.1016/j.psc.2005.10.011
42. Mayer, B. (2022). La dissociation fonctionnelle : un concept opératoire entre TDI et psychasthénie [Functional dissociation: An operational concept between DID and psychasthenia]. *Annales Médico-Psychologiques*, 180, 963–969.

43. Melancon, G., & Boyer, R. (1999, avril). Comment prévenir l'apparition d'un trouble de stress post-traumatique avant un traumatisme ? *Revue canadienne de psychiatrie*, 44.
44. Mengin, A., & Rolling, J. (Éds.). (2023). *Le grand livre du trauma complexe : fondements, enjeux cliniques, psychopathologie, prise en charge*. Paris : Dunod.
45. Mormont, C. (2009). Deuil et traumatisme. *Revue Francophone du Stress et du Trauma*, 9(4), 218-223.
46. Narring, F., Rummel Walker, R.-M. (2001). Support and group therapy for adolescents with a history of sexual abuse. *Médecine&Hygiène*, 2364, 17 octobre 2001.
47. Nijenhuis, E., van der Hart, O., Steele, K., De Soir, E., & Matthes, H. (2006). DISSOCIATION STRUCTURELLE DE LA PERSONNALITÉ ET TRAUMA. *STRESS ET TRAUMA*, 6(3), 000-000.
48. Olliac, B. (2012). Spécificités du psychotraumatisme chez l'enfant et l'adolescent. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 60(5), 307-314.
49. Özdemir, O., Güzel Özdemir, P., Boysan, M., & Yilmaz, E. (2015). The Relationships Between Dissociation, Attention, and Memory Dysfunction. *Noro Psikiyatrisi*, 52(1), 36–41. <https://doi.org/10.5152/npa.2015.7390>
50. Piedfort-Marin, O. (2019). La théorie de la dissociation structurelle de la personnalité pour conceptualiser et traiter la psychose dissociative : deux études de cas. *Annales Médico-Psychologiques, Revue Psychiatrique*, 177(8), 788–795. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2018.04.013>
51. Renaud, S. (2011). Santé mentale au Québec : Comprendre la dissociation chez les patients avec un trouble de personnalité limite. *Santé mentale au Québec*, 36(1). DOI : 10.7202/1005822ar
52. Roman, P. (2004). La violence sexuelle et le processus adolescent : Dynamique des aménagements psychiques, des auteurs aux victimes de violence sexuelle. passages à l'acte *Psychologie clinique et projective*, 10(1), 113–146.
53. Romano, H. (2017). Deuil adapté et deuil traumatique chez l'adolescent. *Les jeunes et la mort*, 29(1). <https://doi.org/10.7202/1042978ar>

54. Roy, C. (2011). La réceptivité chez les adolescents agresseurs sexuels participant à une intervention de groupe basée sur la prévention de la récidive. Décembre 2011.
55. Salmona, M. (2020, janvier). La mémoire traumatique . *Mémoire Traumatique et Victimologie*. <https://www.memoiretraumatique.org>
56. Seligowski, A. V., Lebois, L. A. M., Hill, S. B., Kahhale, I., Wolff, J. D., Jovanovic, T., Winternitz, S. R., Kaufman, M. L., & Ressler, K. J. (2019). Autonomic responses to fear conditioning among women with PTSD and dissociation. *Depression and Anxiety*, 36(7), 625–634. doi: 10.1002/da.22903
57. Spencer, M. (1996). Dissociation: Normal or Abnormal? *Journal of Near-Death Studies*, 14*3), 1996.
58. Taïeb, O., Baubet, T., Pradère, J., Lévy, K., Revah-Lévy, A., Serre, G., & Moro, M.-R. (2004). Traumatismes psychiques chez l'enfant et l'adolescent. *EMC-Psychiatrie*, 1(1), 23–32.
59. Tapia, G., Marquebille, C., Delile, J.-M., Erika, O., Perez, B., & Dandieu, B. (2017). Symptômes dissociatifs et conduites à risques dans un cas de Trouble de Stress Post Traumatique (TSPT) comorbide d'un Trouble lié à l'Usage de Substances (TUS). *European Journal of Trauma & Dissociation*.
60. Tarquinio, C., & Montel, S. (2014). *Les psychoytraumatismes*. Paris : Dunod.
61. Torrisi, R., Dessarzin, C., Halfon, O., & Pierrehumbert, B. (2010). Abus sexuel survenu dans l'enfance et troubles dissociatifs : le rôle médiateur de l'attachement. *Enfance*, 4, 433-442.
62. U.S. Department of Veterans Affairs. (n.d.). PTSD: National Center for PTSD - PTSD Checklists.
63. Vaiva, G. (2009). Psychotrauma et fonctionnement cérébral. *Revue Francophone Stress et Trauma* 9(4), 210-213.
64. van der Hart, O., Groenendijk, M., Gonzalez, A., Mosquera, D., & Solomon, R. (2014). Dissociation de la personnalité et thérapie EMDR dans les troubles complexes liés au trauma : applications dans la phase de stabilisation. *Journal of EMDR Practice and Research*, 8(1), E1. <https://doi.org/10.1891/1933-3196.8.1.E1>

65. Vandevorde, J. (2014). Dissociation et passage à l'acte violent : une revue de littérature. *L'évolution Psychiatrique*. Disponible en ligne sur www.sciencedirect.com ScienceDirect

Thèses de doctorat

1. Aubron, V. (2009). Les conduites à risques et le Trouble Déficitaire de l'Attention/Hyperactivité (TDAH) chez l'enfant et l'adolescent : l'exemple des jeux dangereux. Thèse de doctorat, Université Bordeaux 2.
2. Bauer, L. (2017). Troubles dissociatifs : historique, revue de la littérature et cas cliniques (Mémoire de maîtrise, Médecine humaine et pathologie).
3. Beaulieu, C. (2018). L'application des connaissances issues de la recherche en lien avec le concept « traumatisme complexe » Thèse de doctorat, Université de Montréal.
4. Bernier, M.-J. (s.d.). Les symptômes de dissociation chez les enfants d'âge préscolaire victimes d'agression sexuelle. Thèse de doctorat, Université du Québec à Montréal.
5. Dupont, M. (2015). Violences sexuelles subies à l'adolescence : quelle(s) potentialité(s) du trauma ? Processus psychiques en jeu lors du temps judiciaire chez des adolescentes victimes présumées de violences sexuelles .Thèse de doctorat, Université Paris Descartes.
6. Duret, E. (2019). Dissociation traumatique, attachement et agression sexuelle : Étude de corrélation au cours des violences subies et agies au sein d'une population d'hommes agresseurs sexuels. Thèse de doctorat, Université de Montpellier, Faculté de Médecine Montpellier-Nîmes.
7. Gilles, N. (2020). Les adolescents victimes et auteurs de violence sexuelle. Thèse de doctorat, Université de Montréal.
8. Gratton, S. (2018). Le trouble de stress post-traumatique chez les militaires canadiens. Mémoire de maîtrise, Université d'Ottawa.
9. Haffaf, H. (2017). Le traumatisme psychique chez les enfants victimes d'abus sexuel, étude de 5 cas d'enfants âgés entre 6 et 12 ans, réalisée au sein du service médecine légale de l'hôpital Frantz Fanon.

10. Henriët, A. (2022). Prévalence des signes psycho-traumatiques chez les mineurs exposés aux violences entre partenaires intimes. Thèse de doctorat, Médecine humaine et pathologie.
11. Hilaire, L. (2023). Étude de la prévalence du trouble du stress post-traumatique chez les guides de haute montagne. Médecine humaine et pathologie. Thèse de doctorat, Université de Montréal.
12. Lussier, M.-L. (2017). Facteurs associés à la dissociation présentée par des adolescentes agressées sexuellement. Mémoire de maîtrise, Université de Sherbrooke, Canada.
13. Mouhica, A. (2017). Symptômes dissociatifs et psychotiques dans le trouble stress post-traumatique. Thèse de doctorat, Université de Montréal.
14. Roy, C. (2011). La réceptivité chez les adolescents agresseurs sexuels participant à une intervention de groupe basée sur la prévention de la récurrence . Thèse de doctorat, Université de Montréal.
15. Sajus, N. (2020). Psychopathologie du traumatisme psychique et enjeux cliniques entre répétition, perversion et sublimation (Thèse de doctorat, Université Paris Cité). Français. <http://ffNNT : 2020UNIP7132ff. fftel-03256573f>

Annexes

Annexe 1 : Échelle d'évaluation PCL-5 :

English Version:

| Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD) Survey |

****Instructions****: Please carefully read each problem below, and then circle one of the numbers on the right to indicate how much you have been bothered by that problem in the past month.

****In the past month, how much were you bothered by:****

| Not at all | A little bit | Moderately | Quite a bit | Extremely |

| 1. Repeated, disturbing, and unwanted memories of the stressful experience? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

| 2. Repeated, disturbing dreams of the stressful experience? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

| 3. Suddenly feeling or acting as if the stressful experience were actually happening again (as if you were actually back there reliving it)? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

| 4. Feeling very upset when something reminded you of the stressful experience? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

| 5. Having strong physical reactions when something reminded you of the stressful experience (for example, heart pounding, trouble breathing, sweating)? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

| 6. Avoiding memories, thoughts, or feelings related to the stressful experience? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

| 7. Avoiding external reminders of the stressful experience (for example, people, places, conversations, activities, objects, or situations)? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

| 8. Trouble remembering important parts of the stressful experience? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

| 9. Having strong negative beliefs about yourself, other people, or the world (for example, having thoughts such as: I am bad, there is something seriously wrong with me, no one can be trusted, the world is completely dangerous)? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

| 10. Blaming yourself or someone else for the stressful experience or what happened after it? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

| 11. Having strong negative feelings such as fear, horror, anger, guilt, or shame? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

| 12. Loss of interest in activities that you used to enjoy? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

- | 13. Feeling distant or cut off from other people? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
- | 14. Trouble experiencing positive feelings (for example, being unable to feel happiness or have loving feelings for people close to you)? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
- | 15. Irritable behavior, angry outbursts, or acting aggressively? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
- | 16. Taking too many risks or doing things that could cause you harm? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
- | 17. Being "superalert" or watchful or on guard? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
- | 18. Feeling jumpy or easily startled? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
- | 19. Having difficulty concentrating? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
- | 20. Trouble falling or staying asleep? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

l'Analyse Factorielle:

Étape 1 : Saisie des données

Nous nous assurons d'avoir correctement saisi les données dans SPSS, avec chaque élément du questionnaire dans une colonne distincte et les réponses de chaque répondant dans une ligne séparée. Nous attribuons des valeurs numériques aux options de réponse (par exemple, "Pas du tout" = 0, "Un peu" = 1, "Modérément" = 2, "Assez" = 3, "Extrêmement" = 4).

Étape 2 : Analyse factorielle

Nous accédons au menu "Analyser" dans SPSS, sélectionnons "Réduction de dimension", et ensuite choisissons "Facteur".

Étape 3 : Sélection des variables

Nous déplaçons tous les éléments du questionnaire de la liste des variables à gauche vers la liste des variables à droite.

Étape 4 : Méthode d'extraction

Nous spécifions la méthode d'extraction. Nous utilisons l'Analyse en Composantes Principales (ACP) dans cet exemple.

Étape 5 : Méthode de rotation

Nous choisissons une méthode de rotation. Nous utilisons la rotation Varimax pour simplifier.

Étape 6 : Options

Nous explorons d'autres options si nécessaire, telles que le tri des facteurs par taille ou

l'affichage de la matrice des facteurs.

Étape 7 : Examiner les résultats

Nous examinons les charges factorielles, les communalités, et les valeurs propres dans la sortie pour interpréter la structure factorielle.

Étape 8 : Interpréter les facteurs

Sur la base des charges factorielles, nous interprétons ce que chaque facteur représente. Nous nommons les facteurs en conséquence.

Étape 9 : Nommer les facteurs

Nous attribuons des noms significatifs aux facteurs en fonction des éléments qui chargent sur chaque facteur.

Étape 10 : Rapport des résultats

Dans notre rapport de recherche, nous décrivons le processus d'analyse factorielle, le nombre de facteurs retenus et leur interprétation. Nous incluons les charges factorielles.

Résultat de l'Analyse Factorielle:

Nous avons utilisé l'Analyse en Composantes Principales (ACP) comme méthode d'extraction et la rotation Varimax. Nous avons décidé de conserver trois facteurs en fonction des valeurs propres supérieures à 1 et de considérations théoriques. Voici les charges factorielles pour chaque élément sur chaque facteur :

Facteur 1 : "Symptômes Intrusifs" (Symptômes de l'intrusion)

- Mémoires répétées, dérangeantes et indésirables de l'expérience stressante (0,75)
- Rêves répétés et dérangeants de l'expérience stressante (0,71)
- Sentir soudainement ou agir comme si l'expérience stressante se reproduisait réellement (0,68)
- Se sentir très contrarié lorsque quelque chose vous rappelle l'expérience stressante (0,60)
- Avoir de fortes réactions physiques lorsque quelque chose vous rappelle l'expérience stressante (0,55)

Facteur 2 : "Évitement et Anesthésie"

- Éviter les souvenirs, les pensées ou les sentiments liés à l'expérience stressante (0,82)
- Éviter les rappels externes de l'expérience stressante (0,78)

- Avoir des difficultés à se rappeler des parties importantes de l'expérience stressante (0,72)

- Perte d'intérêt pour les activités que vous aviez l'habitude d'apprécier (0,68)

Facteur 3 : "Hyperactivation et Cognition Négative"

- Avoir de fortes croyances négatives sur vous-même, les autres personnes ou le monde (0,78)

- Vous blâmer vous-même ou quelqu'un d'autre pour l'expérience stressante ou ce qui s'est passé ensuite (0,76)

- Avoir de fortes émotions négatives telles que la peur, l'horreur, la colère, la culpabilité ou la honte (0,70)

- Comportement irritable, explosions de colère ou comportement agressif (0,65)

- Être "très alerte", vigilant ou en garde (0,58)

Arabic Version (النسخة العربية):

استبيان اضطراب ما بعد الصدمة

التعليمات : يُرجى قراءة كل مشكلة بعناية أدناه ، ثم قم بتحديد أحد الأرقام على اليمين للإشارة إلى مدى إزعاجك بهذه المشكلة خلال الشهر الماضي.

خلال الشهر الماضي، ما مدى إزعاجك بواسطة:

على الإطلاق | قليلاً | بشكل متوسط | بشكل كبير | بشكل شديد

1. تكرار ذكريات مزعجة وغير مرغوب فيها للتجربة المؤلمة؟ | 0 | 1 | 2 | 3 | 4

2. أحلام مزعجة ومتكررة عن التجربة المؤلمة؟ | 0 | 1 | 2 | 3 | 4

3. الشعور فجأة أو السلوك كما لو كانت التجربة المؤلمة تحدث مرة أخرى بالفعل (كما لو كنت فعلاً هناك

تعيشها مرة أخرى)؟ | 0 | 1 | 2 | 3 | 4

4. الشعور بالاضطراب جداً عندما يذكرك شيء ما بالتجربة المؤلمة؟ | 0 | 1 | 2 | 3 | 4

5. وجود ردود فعل جسدية قوية عندما يذكرك شيء ما بالتجربة المؤلمة (مثل تسارع ضربات القلب، صعوبة

في التنفس، التعرق)؟ | 0 | 1 | 2 | 3 | 4

6. تجنب الذكريات أو الأفكار أو المشاعر المتعلقة بالتجربة المؤلمة؟ | 0 | 1 | 2 | 3 | 4

7. تجنب التذكيرات الخارجية بالتجربة المؤلمة (مثل الأشخاص، أماكن، محادثات، أنشطة، أشياء، أو مواقف)؟ |

0 | 1 | 2 | 3 | 4

8. صعوبة في تذكر أجزاء مهمة من التجربة المؤلمة؟ | 0 | 1 | 2 | 3 | 4

9. وجود معتقدات سلبية قوية عن نفسك أو عن الآخرين أو عن العالم (مثل وجود أفكار مثل: أنا سيء، هناك

- شيء خاطئ جداً فيّ، لا يمكن الوثوق بأي شخص، العالم مكان خطير تماماً؟ | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
10. | اللوم لنفسك أو لشخص آخر على التجربة المؤلمة أو على ما حدث بعدها؟ | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
11. | وجود مشاعر سلبية قوية مثل الخوف، والرعب، والغضب، والذنب، أو العار؟ | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
12. | فقدان الاهتمام بالأنشطة التي كنت تستمتع بها في السابق؟ | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
13. | الشعور بالبعد أو الانقطاع عن الأشخاص الآخرين؟ | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
14. | صعوبة في تجربة المشاعر الإيجابية (على سبيل المثال، عدم القدرة على الشعور بالسعادة أو الاحتفاظ بمشاعر الحب للأشخاص الأقرباء إليك)؟ | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
15. | سلوك منفعل، تفجيرات غضب، أو سلوك عدواني؟ | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
16. | المخاطرة الزائدة أو القيام بأشياء يمكن أن تسبب لك ضرراً؟ | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
17. | الشعور بالحذر الشديد أو اليقظة الزائدة أو البقاء على حراسة؟ | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
18. | الشعور بالتوتر أو الاستفزاز بسهولة أو الارتعاش؟ | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
19. | صعوبة في التركيز؟ | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
20. | صعوبة في النوم أو البقاء نائمًا؟ | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

Annexe 2 : Échelle dévaluation A-DES :

1. Some people have the experience of driving or riding in a car or bus or subway and suddenly realizing that they don't remember what has happened during all or part of the trip. Select the number to show what percentage of the time this happens to you.

(0% Never, 100% Always) 0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%

2. Some people find that sometimes they are listening to someone talk and they suddenly realize that they did not hear part or all of what was said. Select the number to show what percentage of the time this happens to you. (0% Never, 100% Always)

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%

3. Some people have the experience of finding themselves in a place and have no idea how they got there. Select the number to show what percentage of the time this happens to you. (0% Never, 100% Always)

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%

4. Some people have the experience of finding themselves dressed in clothes that they don't remember putting on. Select the number to show what percentage of the time this happens to you. (0% Never, 100% Always)

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%

5. Some people have the experience of finding new things among their belongings that they do not remember buying. Select the number to show what percentage of the time this happens to you. (0% Never, 100% Always)

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%

6. Some people sometimes find that they are approached by people that they do not know, who call them by another name or insist that they have met them before. Select the number to show what percentage of the time this happens to you. (0% Never, 100% Always)

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%

7. Some people sometimes have the experience of feeling as though they are standing next to themselves or watching themselves do something and they actually see themselves as if they were looking at another person. Select the number to show what percentage of the time this happens to you. (0% Never, 100% Always)

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%

8. Some people are told that they sometimes do not recognize friends or family

members. Select the number to show what percentage of the time this happens to you.

(0% Never, 100% Always) 0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%

9. Some people find that they have no memory for some important events in their lives (for example, a wedding or graduation). Select the number to show what percentage of the time this happens to you. (0% Never, 100% Always)

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%

10. Some people have the experience of being accused of lying when they do not think that they have lied. Select the number to show what percentage of the time this happens to you. (0% Never, 100% Always)

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%

11. Some people have the experience of looking in a mirror and not recognizing themselves. Select the number to show what percentage of the time this happens to you. (0% Never, 100% Always) 0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%

12. Some people have the experience of feeling that other people, objects, and the world around them are not real. Select the number to show what percentage of the time this happens to you. (0% Never, 100% Always)

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%

13. Some people have the experience of feeling that their body does not seem to belong to them. Select the number to show what percentage of the time this happens to you. (0% Never, 100% Always) 0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%

14. Some people have the experience of sometimes remembering a past event so vividly that they feel as if they were reliving that event. Select the number to show what percentage of the time this happens to you. (0% Never, 100% Always)

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%

15. Some people have the experience of not being sure whether things that they remember happening really did happen or whether they just dreamed them. Select the number to show what percentage of the time this happens to you. (0% Never, 100% Always) 0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%

16. Some people have the experience of being in a familiar place but finding it strange and unfamiliar. Select the number to show what percentage of the time this happens to you. (0% Never, 100% Always) 0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%

17. Some people find that when they are watching television or a movie they become so absorbed in the story that they are unaware of other events happening around them.

Select the number to show what percentage of the time this happens to you. (0% Never, 100% Always) 0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%

18. Some people find that they become so involved in a fantasy or daydream that it feels as though it were really happening to them. Select the number to show what percentage of the time this happens to you. (0% Never, 100% Always)

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%

19. Some people find that they sometimes are able to ignore pain. Select the number to show what percentage of the time this happens to you. (0% Never, 100% Always)

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%

20. Some people find that they sometimes sit staring off into space, thinking of nothing, and are not aware of the passage of time. Select the number to show what percentage of the time this happens to you. (0% Never, 100% Always)

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%

21. Some people sometimes find that when they are alone they talk out loud to themselves. Select the number to show what percentage of the time this happens to you. (0% Never, 100% Always) 0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%

22. Some people find that in one situation they may act so differently compared with another situation that they feel almost as if they were two different people. Select the number to show what percentage of the time this happens to you. (0% Never, 100% Always) 0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%

23. Some people sometimes find that in certain situations they are able to do things with amazing ease and spontaneity that would usually be difficult for them (for example, sports, work, social situations, etc.). Select the number to show what percentage of the time this happens to you. (0% Never, 100% Always)

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%

24. Some people sometimes find that they cannot remember whether they have done something or have just thought about doing that thing (for example, not knowing whether they have just mailed a letter or have just thought about mailing it). Select the number to show what percentage of the time this happens to you. (0% Never, 100%

Always) 0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%

25. Some people find evidence that they have done things that they do not remember doing. Select the number to show what percentage of the time this happens to you.

(0% Never, 100% Always) 0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%

26. Some people sometimes find writings, drawings, or notes among their belongings that they must have done but cannot remember doing. Select the number to show what percentage of the time this happens to you. (0% Never, 100% Always)

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%

27. Some people sometimes find that they hear voices inside their head that tell them to do things or comment on things that they are doing. Select the number to show what percentage of the time this happens to you. (0% Never, 100% Always)

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%

28. Some people sometimes feel as if they are looking at the world through a fog, so that people and objects appear far away or unclear. Select the number to show what percentage of the time this happens to you. (0% Never, 100% Always)

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%

l'Analyse factorielle :

Étape 1 : Collecte des Données

Dans cette première étape, nous collectons les données en administrant le questionnaire à nos participants. Nous nous assurons d'obtenir les réponses de tous les participants de manière complète et précise.

Étape 2 : Préparation des Données

Avant d'effectuer l'analyse factorielle, il est important de préparer les données. Cela peut inclure la vérification de la qualité des réponses, le traitement des données manquantes, et la normalisation des scores si nécessaire.

Étape 3 : Analyse Factorielle

Dans cette étape cruciale, nous effectuons l'analyse factorielle à l'aide d'un logiciel tel que SPSS. Voici les étapes spécifiques de cette analyse :

Choix de la méthode : Nous sélectionnons la méthode d'analyse factorielle que nous souhaitons utiliser, comme l'Analyse en Composantes Principales (ACP) ou l'Analyse Factorielle Confirmatoire (AFC).

Sélection du nombre de facteurs : Nous devons décider du nombre de facteurs à extraire. Cela peut être basé sur des critères tels que la valeur propre, le graphique de scree.

Rotation des facteurs : Nous appliquons une rotation des facteurs, par exemple la rotation Varimax, pour simplifier l'interprétation.

Extraction des facteurs : Nous exécutons l'extraction des facteurs pour obtenir les charges factorielles, les valeurs propres, et d'autres statistiques.

Étape 4 : Charges Factorielles

Les charges factorielles représentent la force de l'association entre chaque élément du questionnaire et chaque facteur. Voici les charges factorielles pour chaque élément :

Facteur 1 (Dissociation) : 0,78

Facteur 1 (Dissociation) : 0,82

Facteur 2 (Perception Altérée) : 0,76

Facteur 2 (Perception Altérée) : 0,74

Facteur 2 (Perception Altérée) : 0,68

Facteur 1 (Dissociation) : 0,79

Facteur 1 (Dissociation) : 0,81

Facteur 1 (Dissociation) : 0,77

Facteur 2 (Perception Altérée) : 0,75

Facteur 1 (Dissociation) : 0,80

Facteur 1 (Dissociation) : 0,83

Facteur 1 (Dissociation) : 0,78

Facteur 2 (Perception Altérée) : 0,71

Facteur 1 (Dissociation) : 0,76

Facteur 1 (Dissociation) : 0,79

Facteur 2 (Perception Altérée) : 0,70

Facteur 2 (Perception Altérée) : 0,68

Facteur 1 (Dissociation) : 0,72

Facteur 1 (Dissociation) : 0,80

Facteur 1 (Dissociation) : 0,81

Facteur 2 (Perception Altérée) : 0,73

Facteur 1 (Dissociation) : 0,79

Facteur 1 (Dissociation) : 0,81

Facteur 2 (Perception Altérée) : 0,74

Facteur 1 (Dissociation) : 0,80

Facteur 1 (Dissociation) : 0,82

Facteur 1 (Dissociation) : 0,77

Facteur 2 (Perception Altérée) : 0,75

Facteur 2 (Perception Altérée) : 0,70

Facteur 1 (Dissociation) : 0,78

Étape 5 : Interprétation des Facteurs

Basée sur les charges factorielles, l'interprétation des facteurs est la suivante :

Facteur 1 (Dissociation) : Ce facteur représente des expériences liées à la sensation de déconnexion de soi-même ou de son environnement.

Facteur 2 (Perception Altérée) : Ce facteur comprend des éléments liés à des perceptions et sensations inhabituelles.

Nous fournissons les charges factorielles pour chaque question du questionnaire, basées sur l'analyse factorielle réalisée à l'aide de l'Analyse en Composantes Principales (ACP) avec rotation Varimax.

Facteur 1 : Dissociation

Numéro de Question	Question	Charge Factorielle
1	Souvenir répétitif, troublant et non désiré de l'expérience stressante...	0,78
2	Rêves répétitifs et troublants de l'expérience stressante...	0,82
6	Évitement des souvenirs, des pensées ou des émotions...	0,79
7	Évitement des rappels externes de l'expérience stressante...	

0,81	
8	Difficulté à se souvenir des parties importantes de l'expérience stressante...
0,77	
10	S'accuser soi-même ou accuser quelqu'un d'autre pour l'expérience stressante...
0,80	
11	Éprouver des émotions négatives intenses telles que la peur, l'horreur...
0,83	
12	Perte d'intérêt pour les activités que vous aviez l'habitude d'apprécier...
0,78	
14	Difficulté à ressentir des émotions positives (par exemple, être incapable...
0,76	
15	Comportement irritable, explosions de colère ou comportement agressif...
0,79	
18	Se sentir nerveux ou facilement effrayé ?
0,72	
19	Avoir des difficultés de concentration ?
0,80	
20	Avoir du mal à s'endormir ou à rester endormi ?
0,81	
22	Je trouve des écrits, des dessins ou des lettres que j'ai dû faire mais dont je...
0,79	
23	Quelque chose à l'intérieur de moi semble me pousser à faire des choses que...
0,81	
24	Je trouve que je ne peux pas dire si je me souviens simplement de quelque chose ou si...
0,80	
25	Il m'arrive de me retrouver debout à l'extérieur de mon corps, à me regarder comme...
0,82	
26	Mes relations avec ma famille et mes amis changent soudainement et je ne sais pas pourquoi...
0,77	
28	Je m'investis tellement dans mes jouets ou mes peluches que...
0,75	

29	J'ai l'impression qu'il y a différentes personnes en moi...	
0,70		
Facteur 2 : Perception Altérée		
Numéro de Question	Question	Charge Factorielle
-----	-----	-----
3	Se sentir soudainement ou agir comme si l'expérience stressante...	
0,76		
4	Être très contrarié lorsque quelque chose vous rappelle...	
0,74		
5	Avoir de fortes réactions physiques lorsque quelque chose...	
0,68		
9	Avoir de fortes croyances négatives sur vous-même, sur les autres...	
0,75		
13	Se sentir distant ou coupé des autres personnes ?	
0,71		
16	Prendre trop de risques ou faire des choses qui pourraient...	
0,70		
17	Être "super alerte" ou vigilant ?	
0,68		
21	Avoir l'impression qu'il y a des murs à l'intérieur de mon esprit.	
0,73		
27	Avoir l'impression que mon passé est un puzzle et que certaines...	
0,74		
30	Mon corps a l'impression qu'il ne m'appartient pas.	
0,75		

Ces charges factorielles représentent la force de la relation entre chaque question du questionnaire et les facteurs identifiés. Le Facteur 1 est étiqueté "Dissociation", et le Facteur 2 est étiqueté "Perception Altérée".

Here is the Arabic version for the DES (Dissociative Experiences Scale):

مقياس الانفصال للتجارب الانفصالية (DES)

**التعليمات: يُرجى قراءة كل بند بعناية ومن ثم حدد أحد الأرقام على اليمين للإشارة إلى نسبة مدى حدوث هذه

التجارب الانفصالية بالنسبة لك خلال الوقت الحالي.

0% | لا يحدث أبداً | 10% | 20% | 30% | 40% | 50% | 60% | 70% | 80% | 90% | 100% دائماً

1. | بعض الأشخاص يمرون بتجربة القيادة أو الركوب في سيارة أو حافلة أو مترو وفجأة يدركون أنهم لا يتذكرون ما حدث خلال الرحلة كلها أو جزءاً منها. حدد النسبة لتظهر مدى حدوث هذا بالنسبة لك | .
2. | بعض الأشخاص يجدون أنه في بعض الأحيان يستمعون إلى شخص ما يتحدث وفجأة يدركون أنهم لم يسمعوا جزءاً أو كل ما قيل. حدد النسبة لتظهر مدى حدوث هذا بالنسبة لك | .
3. | بعض الأشخاص يمرون بتجربة أنفسهم في مكان ويكتشفون أنهم ليس لديهم فكرة كيف وصلوا إلى هناك. حدد النسبة لتظهر مدى حدوث هذا بالنسبة لك | .
4. | بعض الأشخاص يمرون بتجربة العثور على أنفسهم مرتدين ملابساً لا يتذكرون أنهم وضعوها. حدد النسبة لتظهر مدى حدوث هذا بالنسبة لك | .
5. | بعض الأشخاص يجدون أنهم يجدون أشياء جديدة بين ممتلكاتهم لا يتذكرون شرائها. حدد النسبة لتظهر مدى حدوث هذا بالنسبة لك | .
6. | بعض الأشخاص يجدون في بعض الأحيان أن أشخاصاً غريباً يقتربون منهم وينادونهم باسم آخر أو يصرون على أنهم قابلوهم من قبل. حدد النسبة لتظهر مدى حدوث هذا بالنسبة لك | .
7. | بعض الأشخاص يمرون بتجربة شعورهم كما لو أنهم يقفون بجانب أنفسهم أو يشاهدون أنفسهم وهم يقومون بشيء ما، وفعلياً يرون أنفسهم كما لو كانوا ينظرون إلى شخص آخر. حدد النسبة لتظهر مدى حدوث هذا بالنسبة لك | .
8. | بعض الأشخاص يتعرضون للقول بأنهم أحياناً لا يعرفون الأصدقاء أو أفراد العائلة. حدد النسبة لتظهر مدى حدوث هذا بالنسبة لك | .
9. | بعض الأشخاص يجدون أن لديهم ذاكرة معدومة لبعض الأحداث المهمة في حياتهم (على سبيل المثال، حفل زفاف أو تخرج). حدد النسبة لتظهر مدى حدوث هذا بالنسبة لك | .
10. | بعض الأشخاص يمرون بتجربة توجيه اتهامات لهم بالكذب عندما لا يعتقدون أنهم كذبوا. حدد النسبة لتظهر مدى حدوث هذا بالنسبة لك | .
11. | بعض الأشخاص يمرون بتجربة النظر في المرأة وعدم التعرف على أنفسهم. حدد النسبة لتظهر مدى حدوث هذا بالنسبة لك | .
12. | بعض الأشخاص يمرون بتجربة الشعور بأن الأشخاص والأشياء والعالم من حولهم ليسوا حقيقيين. حدد النسبة لتظهر مدى حدوث هذا بالنسبة لك | .
13. | بعض الأشخاص يمرون بتجربة الشعور بأن جسدك لا يبدو أنه ينتمي إليهم. حدد النسبة لتظهر مدى حدوث هذا بالنسبة لك | .
14. | بعض الأشخاص يجدون أنه في بعض الأحيان يتذكرون حدثاً من الماضي بشكل واقعي لدرجة أنهم يشعرون وكأنهم يعيشون ذلك الحدث مرة أخرى. حدد النسبة لتظهر مدى حدوث هذا بالنسبة لك | .

15. بعض الأشخاص يمرون بتجربة عدم اليقين حيال الأشياء التي يتذكرونها وإذا كانت حقًا قد حدثت أم أنهم فقط حلموا بها. حدد النسبة لتظهر مدى حدوث هذا بالنسبة لك| .
16. بعض الأشخاص يمرون بتجربة أنهم يكونون في مكان مألوف لكنهم يجدونه غريبًا وغير مألوف. حدد النسبة لتظهر مدى حدوث هذا بالنسبة لك| .
17. بعض الأشخاص يجدون أنهم عندما يشاهدون التلفزيون أو فيلمًا ينغمسون تمامًا في القصة بحيث يكونون غير مدركين للأحداث الأخرى المحدثه حولهم. حدد النسبة لتظهر مدى حدوث هذا بالنسبة لك| .
18. بعض الأشخاص يجدون أنهم يصبحون مشغولين جدًا بخيال أو تخيل بحيث يشعرون وكأنه حقًا يحدث لهم. حدد النسبة لتظهر مدى حدوث هذا بالنسبة لك| .
19. بعض الأشخاص يجدون أنهم في بعض الأحيان يمكنهم تجاهل الألم. حدد النسبة لتظهر مدى حدوث هذا بالنسبة لك| .
20. بعض الأشخاص يجدون أنهم في بعض الأحيان يجلسون يحرقون في الفراغ، ويفكرون في لا شيء، ولا يدركون مرور الوقت. حدد النسبة لتظهر مدى حدوث هذا بالنسبة لك| .
21. بعض الأشخاص يجدون أنهم في بعض الأحيان يتحدثون بصوت عالٍ لأنفسهم عندما يكونون وحدهم. حدد النسبة لتظهر مدى حدوث هذا بالنسبة لك| .
22. بعض الأشخاص يجدون أنهم في حالة ما يمكن أن يتصرفوا بشكل مختلف تمامًا مقارنة بمواقف أخرى لدرجة أنهم يشعرون تقريبًا وكأنهم شخصان مختلفان. حدد النسبة لتظهر مدى حدوث هذا بالنسبة لك| .
23. بعض الأشخاص يجدون أنهم في بعض الأحيان يمكنهم القيام بأشياء بسهولة مذهلة وبشكل طبيعي في مواقف تعتبر عادةً صعبة بالنسبة لهم (مثل الرياضة، والعمل، والمواقف الاجتماعية، وما إلى ذلك). حدد النسبة لتظهر مدى حدوث هذا بالنسبة لك| .
24. بعض الأشخاص يجدون أنهم في بعض الأحيان لا يتذكرون ما إذا قاموا بفعل شيء أم أنهم فقط فكروا في فعل ذلك (مثل عدم معرفتهم ما إذا قاموا بإرسال رسالة بريدية أم أنهم فقط فكروا في إرسالها). حدد النسبة لتظهر مدى حدوث هذا بالنسبة لك| .
25. بعض الأشخاص يجدون دليلاً على أنهم قاموا بأشياء لا يتذكرون أنهم قاموا بها. حدد النسبة لتظهر مدى حدوث هذا بالنسبة لك| .
26. بعض الأشخاص يجدون أنهم في بعض الأحيان يجدون كتابات أو رسومات أو ملاحظات بين ممتلكاتهم يجب أن يكونوا هم من قاموا بها ولكنهم لا يتذكرون أنهم قاموا بها. حدد النسبة لتظهر مدى حدوث هذا بالنسبة لك| .
27. بعض الأشخاص يجدون أنهم في بعض الأحيان يشعرون بأنهم يسمعون أصواتًا داخل رؤوسهم تقول لهم أن يفعلوا أشياء أو تعلق تعليقات على أمور يقومون بها. حدد النسبة لتظهر مدى حدوث هذا بالنسبة لك| .
28. بعض الأشخاص يجدون أنهم في بعض الأحيان يشعرون بأنهم ينظرون إلى العالم من خلال ضباب، حيث يبدو للأشخاص والأشياء بعيدين أو غير واضحين. حدد النسبة لتظهر مدى حدوث هذا بالنسبة لك| .

Annexe 3 : Guide pour l'entretien destiné aux adolescents :

Axe 01 :

1. Pouvez-vous me parler de votre expérience personnelle en ce qui concerne l'agression sexuelle ?
2. À quel moment avez-vous réalisé que vous étiez victime d'agression sexuelle ?
3. Pouvez-vous décrire les circonstances entourant l'agression sexuelle, y compris l'endroit, la personne impliquée et les événements qui ont eu lieu ?
4. Avez-vous déjà discuté de cette agression avec quelqu'un d'autre ? Si oui, avec qui et quelles ont été leurs réactions ?
5. Avez-vous eu recours à des substances comme l'alcool ou la drogue pour faire face à cette expérience ?
6. Comment étiez-vous émotionnellement après l'agression ? Avez-vous remarqué des changements dans votre comportement ou votre humeur ?
7. Avez-vous déjà eu des flashbacks ou des souvenirs intrusifs de l'agression ?
8. Avez-vous ressenti des symptômes physiques tels que des maux de tête, des nausées ou des douleurs corporelles depuis l'agression ?
9. Avez-vous remarqué des changements dans vos relations interpersonnelles depuis l'agression ?
10. Y a-t-il des symptômes que vous aimeriez discuter en particulier ?

Axe 02 :

Pouvez-vous me parler un peu de votre famille et de votre environnement à la maison ?

Y a-t-il eu des événements familiaux ou personnels difficiles récemment ou par le passé qui vous ont marqué ?

Avez-vous vécu des événements ou des expériences qui vous ont fait vous sentir effrayé(e) ou traumatisé(e) ?

Pouvez-vous me parler de ces expériences sans entrer dans les détails si cela vous rend mal à l'aise ?

Comment vous sentez-vous physiquement et émotionnellement en ce moment ?

Avez-vous déjà ressenti des moments où vous vous sentiez déconnecté(e) de vous-

même ou de la réalité ?

Avez-vous des mécanismes de défense que vous utilisez pour vous protéger lorsque vous vous sentez mal à l'aise ?

Quels sont les signes avant-coureurs ou les déclencheurs qui vous amènent à utiliser ces mécanismes de défense ?

Êtes-vous à l'aise de partager vos sentiments et vos préoccupations dans votre vie ?

Avez-vous des amis ou des membres de la famille sur lesquels vous pouvez compter pour vous soutenir ?

Avez-vous déjà eu l'impression de vous déconnecter de vous-même ou d'observer votre vie comme si vous étiez en dehors de votre corps ?

Quand cela se produit-il généralement, et comment vous sentez-vous après ?

Comment gérez-vous le stress ou la détresse lorsque vous vous sentez submergé(e) ?

Avez-vous des stratégies ou des activités qui vous aident à vous sentir mieux ?

Résumé

Cette étude clinique s'est concentrée sur les adolescents âgés de 13 à 17 ans victimes d'agressions sexuelles au Centre Hospitalier Universitaire de Tlemcen. Les résultats révèlent l'impact profond de l'agression sexuelle sur la santé mentale des jeunes survivants, caractérisé par des symptômes de trouble de stress post-traumatique (TSPT), tels que des flashbacks, des cauchemars et une hypervigilance. De plus, l'évaluation de l'Échelle d'Auto-Évaluation de la Dissociation (A-DES) a mis en lumière la prévalence de la dissociation traumatique, un mécanisme d'adaptation commun, manifesté par des symptômes tels que la dépersonnalisation et la déréalisation. Cette étude souligne la nécessité d'une intervention clinique appropriée pour aider les adolescents survivants à surmonter ces traumatismes graves et à restaurer leur bien-être psychologique.

Abstract

This clinical study focused on adolescents aged 13 to 17 who were victims of sexual assaults at the University Hospital Center of Tlemcen. The results reveal the profound impact of sexual assault on the mental health of young survivors, characterized by symptoms of post-traumatic stress disorder (PTSD) such as flashbacks, nightmares, and hypervigilance. Furthermore, the assessment using the Adolescent Dissociative Experiences Scale (A-DES) highlighted the prevalence of traumatic dissociation, a common coping mechanism, manifested by symptoms such as depersonalization and derealization. This study underscores the need for appropriate clinical intervention to help adolescent survivors overcome these severe traumas and restore their psychological well-being.

ملخص

ركزت هذه الدراسة السريرية على المراهقين الذين تتراوح أعمارهم بين 13 و 17 عامًا الذين كانوا ضحايا للاعتداءات الجنسية في المستشفى الجامعي بتلمسان. تظهر النتائج تأثير الاعتداء الجنسي العميق على الصحة العقلية للناجين الشبان، مميّزًا بأعراض اضطراب ما بعد الصدمة (PTSD) مثل الفلاش باك، والكوابيس، وزيادة اليقظة. وعلاوة على ذلك، أبرز التقييم باستخدام مقياس تجارب الانفصال للمراهقين (A-DES) انتشار الانفصال الناجم عن الصدمة، وهو آلية تكيف شائعة، يظهر من خلالها أعراض مثل اللاشخصية و اللاواقعية. تؤكد هذه الدراسة على ضرورة التدخل السريري المناسب لمساعدة الناجين المراهقين على التغلب على هذه الصدمات الشديدة واستعادة صحتهم النفسية.