



Université Abderrahmane Mira- Bejaia
Faculté des Sciences Humaines et Sociales
Département des Sciences Sociales

Option : Psychologie Clinique

Mémoire de fin de cycle

En vue de l'obtention d'un diplôme de Master en psychologie

Option : Psychologie clinique

Thème

**Le vécu psychologique chez les adolescents
victimes d'abus sexuel :**

Etude exploratoire descriptive de la phase immédiate

Présenté par :

MEBARKI Meriem

ZIANI Aïda Wissam

Encadré par :

Dr. BENAMSILI Lamia

Année Universitaire 2019/2020

Remerciements

On tient tout d'abord à remercier Dieu le tout puissant, de nous avoir donné la force de surmonter les épreuves qui nous avons traversé tout le long de cette période, ainsi pour le courage et la volonté et la foi

Nous tenons à remercier particulièrement, notre promotrice Mme Benamsili Lamia, pour la confiance qu'elle nous octroyé en acceptant de diriger ce travail de recherche, sa bienveillance, sa disponibilité à toute heure, sa compréhension, ses encouragements, ses conseils, ses remarques pertinentes, sans oublier ses innombrables mails sources d'inspiration et qui nous ont apporté énormément de soutien et de documentations, cela nous a permis de mener cette recherche à terme malgré les obstacles que nous avons pu rencontré.

Nous remercions également les membres du jury d'avoir accepté d'évaluer et d'examiner notre modeste recherche et de nous apporter

Nos remerciements se dirigent vers l'ensemble du personnel du CHU SAADANA Mohammed Abdennour de Sétif où s'est déroulée notre recherche. Un grand merci au professeur BENKOBBI Saadia chef de service du service de médecine légale qui nous a permis d'effectuer notre recherche, ainsi qu'au psychologue du service Mr KOUCEM Farouk pour sa bienveillance et ses conseils et son aide durant notre courte période de recherche, ainsi qu'au personnel du service pour leur accueil et leur gentillesse.

Merci à tous

Dédicaces

Je dédie ce modeste travail aux personnes qui me sont chères :

A ma meilleure amie, ma confidente, ma chère maman qui est la lumière qui m'a guidé tout le long de ma vie, ses sacrifices et son amour inconditionnels ont fait de moi celle que je suis et je lui en serais éternellement reconnaissante que dieu te garde pour moi.

A ma chère grand-mère, qui est une deuxième maman, qui m'a guidé dans mes premiers pas vers le savoir, qui m'a toujours donner la force et le courage de réaliser mes rêves, qui m'a transmis énormément de belles valeurs que dieu te garde pour moi.

A la mémoire de feu mon grand-père SI-MOUSSA Boualem , l'emblème du courage , de la bravoure , du savoir , j'aurai tant aimé qu'il soit présent pour me voir enfin diplômée lui qui m'encourageait toujours en cas d'échec ou de succès.

A ma grande sœur de cœur, ma binôme, ma modestie 2, celle qui me fait rire même quand tout va mal, celle qui m'apporte tant d'amour et de soutien, celle avec qui je partage l'amour et la passion pour la Turquie tu es et tu seras toujours ma Wiwi adorée.

A mes chers oncles et leurs épouses qui me gâtent et remplissent ma vie de joie ainsi que mes cousins et cousine.

A la doyenne de la famille ma chère arrière-grand-mère « *Mimi* », que dieu lui donne la santé et la garde pour nous, le pilier de la famille qui nous entoure avec sa sagesse et sa bienveillance.

A mes chères : Lynda, Lynda B , Tina , Melissa les amies dont tout le monde rêve , nos moments de joie et de peine , et nos sorties sont le résumé de nos 5 ans à la fac .

A mon amie d'enfance Soumia, qui a toujours été à mes côtés puisse notre amitié durer encore de longues années.

A Nesrine, qui est toujours là qui m'a soutenu dans tant de moments, qui a su me recadrer quand il faut je te souhaite beaucoup de bonheur.

A Hadjer , Jasmine jumelle , Nahla et Riham l'amitié se crée même à travers des réseaux grâce à vous j'ai gagné des sœurs en or.

Meriem (Fifi)

Dédicaces

Je dédie ce travail à :

Mes parents que je ne saurai remercier assez et qui ont tout fait pour moi en m'offrant le meilleur d'eux-mêmes ; Mes frères, Saber Hocine et Amine qui ont été toujours là pour satisfaire mes demandes ; Ma cousine SAMIA ZIANI qui n'a jamais manqué à l'appel pour m'aider.

A ma binôme et sœur que sans elle et sans son soutien moral, ce travail ne serait de cette rigueur

Sans oublier, mes proches, amis, voisins ,ainsi que mes anciens enseignants dans tous les paliers surtout ceux du primaire et également toutes mes connaissances. Ils ont tous contribué à ce que je suis aujourd'hui et sans eux, je ne serai rien. Toutes les personnes qui m'ont aidé de près ou de loin et que j'ai omis de citer, O combien ils sont nombreux ! Sont et seront présentes dans mon esprit pour toujours. Au final, je souhaiterai qu'un jour Inchaa'Allah, je pourrai rendre la pareille à chaque personne qui m'a aidé.

Aida Wissam

| | |
|-------------------|---|
| Introduction..... | 1 |
|-------------------|---|

PARTIE THEORIQUE

CHAPITRE I : L'abus sexuel et adolescence

| | |
|--|----|
| Préambule..... | 6 |
| I- L'abus sexuel | 6 |
| 1- Historique de l'abus sexuel | 6 |
| 2- Définitions de l'abus sexuel..... | 12 |
| 3- L'aspect juridique de l'abus sexuel | 14 |
| 4- Examen d'une victime d'agression sexuelle..... | 17 |
| 5- Les types d'abus sexuels | 19 |
| 6- Les comportements impliqués dans les abus sexuels..... | 22 |
| 7- Les processus des passages à l'acte sexuellement abusifs..... | 23 |
| 8- Prévention et prise en charge de l'abus sexuel..... | 24 |
| II- L'adolescence | 26 |
| 1- Historique de l'adolescence | 26 |
| 2- Définitions de l'adolescence | 27 |
| 3- L'adolescent Algérien..... | 29 |
| III- L'adolescent abusé | 30 |
| 1- Les indicateurs physiques et émotionnels de l'abus sexuel..... | 30 |
| 2- Les conséquences causées par l'abus sexuel chez l'adolescent..... | 32 |

CHAPITRE II : *Le vécu psychologique de l'adolescent abusé*

| | |
|---|----|
| Préambule..... | 35 |
| I-Vécu psychologique | 35 |
| 1-La notion du vécu..... | 35 |
| 2-Le vécu psychologique de l'abus sexuel à l'adolescence..... | 37 |
| II- La détresse et la Dissociation péritraumatique | 43 |
| 1-La détresse péritraumatique | 44 |
| 2- La dissociation péritraumatique..... | 45 |

| | |
|--|-----------|
| III- Le stress aigu..... | 53 |
| 1-Critères diagnostiques de L'état de stress aigu..... | 57 |
| 2-Les approches du stress..... | 62 |
| La prise en charge..... | 64 |
| IV-Les études antérieures..... | 66 |
| Problématique et Hypothèses..... | 81 |

PARTIE PRATIQUE

CHAPITRE III : Méthodologie de la Recherche

| | |
|--|-----|
| Préambule..... | 92 |
| 1- Les limites de la recherche..... | 92 |
| 2- La méthodologie de la recherche..... | 93 |
| 3- Le lieu de la recherche | 96 |
| 4- Le groupe de recherche..... | 97 |
| 5- Les outils de la recherche..... | 98 |
| 6- Le déroulement de la recherche | 112 |
| 7- La déontologie de la recherche et l'attitude du clinicien | 116 |
| 8-Difficultés de la recherche..... | 117 |
| Synthèse | 118 |
| Conclusion..... | 119 |

Liste des références

Annexes

Liste des annexes

| Annexes | Titres |
|--------------------|--------------------------------------|
| Annexe N°1 | Le guide d'entretien |
| Annexe N° 2 | Le questionnaire PDI-C |
| Annexe N° 3 | Le questionnaire PDEQ-C |
| Annexe N° 4 | La mesure d'auto-évaluation ASC-Kids |

Listedes abréviations

APA : American Psychiatric Association

ASC-Kids : Acute Stress Checklist for Children

CHU : Centre Hospitalo-Universitaire

CIM : Classification Internationale des Maladies

CISM : Centre Intermédiaire de Santé Mentale

DGSN : Direction Générale de la Sûreté Nationale

DSM : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux

EMDR : Eye Movement Desensitization and Reprocessing

ESA : Etat de Stress Aigu

ESPT : Etat de stress post-traumatique

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PDEQ : Peritraumatic Dissociative Experiences Questionnaire

PDEQ-C : Peritraumatic Dissociative Experiences Questionnaire-Child

PDI : Peritraumatic Distress Inventory

PDI-C : Peritraumatic Distress Inventory – Child

PTSD : Post-traumatic Stress Disorder

SNDL : Système National de Documentation en Ligne

De nos jours, l'abus sexuel est l'un des crimes les plus fréquents auxquelles l'Algérie est confrontée. Les agressions sexuelles sur les mineurs en général et sur l'adolescent en particulier sont parmi les aberrations les plus importantes et les plus médiatisées, bien qu'il soit intolérable par toute culture et religion. Ce délit est d'autant plus inadmissible et cruel, lorsqu'il est infligé à un mineur.

De ce fait, l'abus sexuel affecte la personnalité et l'identité sexuelle de l'adolescent, qui peut être rejeté par sa famille, amis, et même la société, ce qui constitue un grand danger pour son équilibre psychologique. Cet adolescent victime d'un acte effroyable et douloureux, se retrouve dans une situation d'incompréhension et de mal être, avec des perturbations sur le plan psychologique, et social, allant jusqu'à un trouble stress post-traumatique, qui peut se développer en cas d'absence de prise en charge, et engendrer des troubles graves de la personnalité à l'âge adulte.

De ce fait dans le cadre de notre recherche, nous avons décidé d'explorer « *le vécu psychologique des adolescents victimes d'abus sexuel* ». D'abord le terme vécu désigne l'ensemble des expériences existant dans la vie d'une personne. Ainsi dans le vécu d'un adolescent face à un acte de violence sexuelle, reste différent d'un adolescent à un autre en fonction de sa personnalité, mais aussi de l'attitude de son entourage, mais est généralement vécu comme un événement adverse causant de nombreuses répercussions délétères. La nature intrusive et très diversifiée de l'abus sexuel rend compliquée l'évaluation des conséquences psychologiques même s'il a été reconnu que l'abus sexuel représentait un facteur de risque important pour le développement de problèmes psychologiques, familiaux et sociaux chez l'enfant et l'adolescent. Il perturbe le développement sexuel et atteint l'estime de soi, il conduit à la dépression, à la toxicomanie, à la prostitution et au suicide. Il est destructeur de l'humanité et de la culture, c'est pour cela qu'il est fortement interdit dans toutes les sociétés et par toutes les religions.

Malheureusement, l'abus sexuel existe en Algérie, est-il signalé ? Peu ou beaucoup. C'est le silence. Frappé d'anathème, tabou par excellence, l'abus sexuel exercé sur les enfants et les adolescents est tue. Son dévoilement entraîne la honte et le déshonneur et peut avoir des conséquences fâcheuses sur l'intégrité de la famille. Concernant les victimes, le viol extra ou intra familial entraîne de graves incidences psychologiques au vu de leur vulnérabilité et de leur moindre combativité. Si personne n'y prend garde, tout semble se calmer, telle une source dans son trajet silencieux. Mais pour réapparaître de façon nettement plus sévère au bout de

quelques semaines à quelques mois, si aucun des membres de la famille, la mère le plus souvent, ne prend garde aux différents signaux de détresse envoyés par l'adolescent. C'est en l'absence d'attention et de soins que la trajectoire de vie s'infléchira de façon permanente pour aller, le cas échéant, jusqu'à la tentative de suicide : les abusés se suicident deux fois plus que la population normale ! Toute une gamme de troubles aussi étranges qu'inexpliqués apparaît, disparaît, réapparaît, accompagnée de symptômes aussi inattendus que surprenants : les traitements se multiplient, efficaces un moment, puis c'est la rechute.

Afin de guider notre travail, notre promotrice nous a recommandé de mener une recherche sur un thème assez original, de bien restreindre notre question de recherche pour pouvoir la concrétiser, et de diversifier notre revue de littérature qui est indispensable pour notre recherche. Elle permet de s'imprégner des approches déjà faites, et de voir comment le thème a été abordé dans les publications existantes, notamment à travers les portails SNDL, ASJP et autres. Nous étions intéressés par les sujets qui traitent la période de l'adolescence qui est une période où le développement psychologique et sexuel prend forme. L'idée de faire une étude sur le vécu psychologique des adolescentes abusées sexuellement, nous semble cruciale depuis bien longtemps. L'objectif principal de cette recherche était d'étudier les répercussions immédiates de l'abus sexuel sur les adolescents concernés. Les objectifs opérationnels, dits secondaires, sont l'exploration de la détresse et la dissociation péri-traumatique, et l'état de stress aigu chez cette catégorie d'âge.

Pour notre travail de recherche, nous nous sommes basées sur la méthode clinique qui permet de décrire les particularités de chaque sujet, nous avons choisi comme lieu d'étude le CHU Saadna Abdennour de la wilaya de Sétif, nous avons opté pour l'entretien clinique semi-directif, l'inventaire de détresse péri-traumatique pour enfants-adolescents « Peritraumatic Distress Inventory – Child » (PDI-C) et le questionnaire d'expériences dissociatives pour enfants-adolescents « Peritraumatic Dissociative Experiences Questionnaire-Child » (PDEQ-C) pour déterminer l'intensité de la réponse péri-traumatique et enfin la liste de contrôle du stress aigu pour les enfants-adolescents « The Acute Stress Checklist for Children: Development of a Child Self-Report Measure » (ASC-Kids) qui représente une mesure d'auto-évaluation des réactions de l'état de stress aigu.

Pour la réalisation de notre travail de recherche, nous avons choisi « *l'approche cognitivo-comportementale* » qui s'accorde bien avec les objectifs de notre recherche, ainsi qu'avec les outils que nous avons décidé d'utiliser. Sachant que c'est une

approche focalisée sur les cognitions, les émotions et les comportements et qui consiste à comprendre les problèmes actuels et leurs origines, ce qui nous aidera à comprendre, à mesurer et à décrire le vécu psychologique de l'adolescent abusé.

Pour organiser notre travail nous avons commencé par l'introduction, puis la partie théorique et pratique. Premièrement la partie théorique ou la revue de littérature est indispensable pour cette partie. Elle permet de s'imprégner des approches déjà faites et, de voir comment le thème a été abordé dans les publications existantes. Elle est divisée en deux chapitres, le premier chapitre intitulé « Abus sexuel à l'adolescence » ou nous entamons l'historique des deux notions clés de ce chapitre qui sont l'abus sexuel et l'adolescence, puis nous présenterons des définitions en tâchant de citer la particularité de ces concepts en Algérie, Le deuxième chapitre était consacré au « *vécu psychologique de l'adolescent abusé* », qui a porté sur la définition du vécu psychologique, les différentes répercussions psychologiques immédiates d'un abus sexuel chez l'adolescent. Pour concrétiser notre travail on a opté pour trois indicateurs qui sont d'abord « *la détresse péritraumatique* », « *la dissociation péritraumatique* » chez l'adolescent et « *l'état de stress aigu chez l'adolescent* ». Ainsi, nous évoquerons notre problématique et nos hypothèses. Deuxièmement, la partie pratique, dans laquelle nous avons consacré un chapitre qui porte sur « *la méthodologie de la recherche* », à travers lequel nous avons abordé les limites de la recherche, la méthodologie de la recherche, les outils de la recherche, la pré-enquête entre autres pour finir avec une synthèse. Nous avons ensuite fini par une conclusion, la liste des références bibliographiques selon les normes APA (6^e éd mise à jour 2016), les annexes et le résumé.

Partie théorique

Chapitre I

Abus sexuels et adolescence

Préambule

L'abus sexuel représente un acte violent et un crime inhumain qui porte atteinte à l'intégrité physique et psychique des individus en particulier des mineurs, généralement premières victimes de ce fléau social. C'est un acte sanctionné par la législation à travers le monde mais sa sensibilité suscite qu'en parler touche à l'intimité voir à l'honneur des individus. Par ailleurs, cela conduit à l'émergence de nombreuses manifestations psychologiques et physiques de la victime. L'adolescence étant une période de croissance particulière ajoutant à cela un abus sexuel, l'adolescent abusé devient victime d'un agresseur connu ou inconnu ; présentera une symptomatologie physique mais aussi psychique.

Dans ce chapitre nous aborderons l'historique, ainsi que les différentes définitions de l'abus sexuel, l'examen clinique effectué lors d'un abus, les types d'abus sexuel, ajoutant à cela la notion de l'adolescence et son évolution selon les différentes cultures notamment en Algérie, puis nous allons finir par présenter ce qu'est un adolescent abusé et les conséquences de cet abus sur lui et enfin une synthèse.

I- Abus sexuel**1. Historique de l'abus sexuel**

Dans l'histoire de l'humanité, dès les premiers écrits, on constate que le viol et l'inceste sont soumis à des sentences de justice, comme en témoigne le Code d'Hammourabi, 6ème roi de Babylone, aux environs de 1792-1750 avant Jésus Christ. A titre d'exemple, voici la traduction de quelques articles du code :

« Si un homme viole la fiancée d'un autre alors qu'elle est vierge et qu'elle vit toujours chez son père et s'il est surpris, il est mis à mort et la femme est non coupable » (art.130).

« Si un homme « a connu » sa fille, il sera exilé, banni de la ville ; s'il a couché avec la fiancée de son fils, il sera ligoté et jeté à l'eau ; si une mère et son fils couchent ensemble, ils seront brûlés vifs » (art.154).

Ainsi, dans l'antiquité les hommes ne se définissent pas selon une orientation sexuelle. Les concepts d'hétérosexualité, d'homosexualité et de bisexualité sont des concepts modernes qui n'existent pas à cette époque. Le mot « sexe » n'est d'ailleurs apparu qu'au XII^e siècle,

suivi au XVIII^e du mot « sexuel » qui précéda au XIX^e, le mot « sexualité ». On utilisait auparavant souvent le mot « corps » pour désigner le sexe. (Lemoine, 2015)

Le Moyen Age succède à l'Antiquité. C'est une longue période qui couvre à peu près 1000 ans et qui se termine au XV^e siècle. Ainsi, La législation du Moyen Age se répartit en trois domaines : la justice royale, la justice seigneuriale et la justice ecclésiastique chargée de traiter, en l'absence de textes législatifs, les affaires internes de l'église et du clergé ainsi que les affaires de foi et de morale des fidèles.

La justice ecclésiastique s'occupe donc aussi des fautes sexuelles et se développe particulièrement au XII^e siècle, au bas Moyen Age pour atteindre son apogée au XIII^e siècle. L'officialité qui était le tribunal ecclésiastique chargé de rendre la justice au nom de l'évêque ou du vicaire, exerçait alors le pouvoir judiciaire de l'église catholique.

En outre, L'expansion de l'autorité royale conduira à limiter le champ de compétences des justices de l'église. Parmi les « péchés » sexuels, on distinguait :

- Les péchés de chair, eux-mêmes répartis en 3 groupes : l'adultère, la fornication et les sodomites, et l'inceste. Ce dernier étant entendu dans le sens de ce qui est contre la chasteté.
- Les péchés de sortilèges c'est à dire ceux ou jouent le charme des femmes,
- Les péchés de paroles ou de langage, ceux qui concernent les discours, les chants obscènes, les insultes...

Ces péchés sont dénoncés par les clercs qui sont chargés d'assurer la reproduction spirituelle de la société. Le confesseur se réfère alors aux pénitentiels qui sont des ouvrages traitant des problèmes de hiérarchie ecclésiastique, de discipline, de pénitence à effectuer pour chaque péché considéré comme faute morale. De plus, les pénitences pour les péchés sexuels pouvaient ainsi varier de quelques jours à plusieurs années de jeun plus ou moins restrictif jusqu'à l'excommunication des laïcs, ou l'enfermement des clercs dans un monastère en fonction de la gravité des péchés. Les relations homosexuelles pouvaient être punies de 10 à 15 ans de pénitence ! (Lemoine, 2015)

Au XVI^e siècle, en France, le viol collectif ou individuel pouvait être considéré comme un rite de virilisation et ne pas être puni « *les jours de fête et de réjouissances, après un abus*

de nourriture et de boissons ». On commence à peine à cette époque à sanctionner les crimes sexuels (l'inceste, la fornication c'est à- dire relations sexuelles hors mariage, la polygamie, l'adultère, la sodomie, la bestialité), car ils vont contre l'ordre divin. Le vol est à cette époque, un crime plus grave qu'un viol qui appartient à l'univers de l'impudeur avant d'appartenir à celui de la violence, d'où la rareté des plaintes et des condamnations. (Lemoine, 2015)

Ainsi, Le mariage entre personnes unies par des liens spirituels, créés par les sacrements du baptême sont assimilés à l'inceste (parrain, marraine et filleul(e)), et au 17ème siècle, on distingue plusieurs catégories d'inceste :

- L'inceste contre le droit naturel (parents/enfants). La victime est à cette époque souvent soupçonnée, voire responsabilisée et peut être condamnée.
- L'inceste contre le droit des gens (beau-père/belle-fille, belle-mère/gendre)
- L'inceste contre le droit canonique (parents ou alliés jusqu'à un certain degré)
- L'inceste spirituel (parrain/filleul, confesseur/pénitente)

Ce n'est qu'au XVIII^e siècle, que la fille incestueuse ne sera plus condamnée.

Aujourd'hui les relations sexuelles incestueuses sont commises au sein d'une famille et sont répertoriées comme viols et/ou agressions avec circonstances aggravantes. L'interdiction apparaît surtout dans les empêchements au mariage, qui reste possible dans certaines circonstances, après dispense accordée par le chef d'Etat et/ou en cas de naissance d'un enfant. Dans ce cas, la filiation sera unilinéaire, elle ne pourra être reconnue que par la mère.

Puis vient l'époque moderne qui va révolutionner la question. C'est au début du 20ème siècle que l'agresseur sexuel devient pour la première fois, le sujet d'investigations spécifiques avec une approche psychiatrique. On note à l'époque moderne une évolution considérable sur la conduite sexuelle. Cette évolution se fait remarquer par le vouloir législatif international très restrictif. (Lemoine, 2015)

La Convention Internationale des Droits de l'Enfant (CIDE), adoptée par l'ONU en 1989 a pour mission de veiller au respect des enfants. En 2002, un protocole additionnel est entré en vigueur dans 126 pays. Il porte sur la vente et la prostitution d'enfants ainsi que sur la pornographie les mettant en scène. Les états s'engagent à qualifier ces actes comme des

infractions et à les réprimer pénalement et à assurer une protection aux enfants victimes. En 2010, le comité de Lanzarote impose la criminalisation de tous types d'infractions à caractère sexuel perpétrées contre des enfants. 47 états membres du Conseil de l'Europe ont signé cette convention et 36 états l'ont ratifiée. Aujourd'hui, les violences sexuelles sont plus dénoncées que par le passé. La législation, sous la pression sociale, est dans une logique de punir pour éviter la récidive et améliorer la reconnaissance du statut de victime. (Lemoine, 2015)

Quant en Afrique, cela a un sens sacré de la vie sexuelle. Dans diverses sociétés africaines, le sexe ne joue pas un rôle biologique seulement, mais également un rôle religieux et social. « Les organes sexuels sont les portes de la vie. Chez de nombreux peuples d'Afrique, les parties génitales et les fesses sont les parties du corps qui sont les plus soigneusement cachées ; ne pas les couvrir équivaut à « être nu » . u regard de cette conception, on peut dire que c'est peut-être l'attitude religieuse envers le sexe qui a déterminé le comportement social dans ce domaine. Le système familial comprend, entre autres choses, les degrés de parenté où les individus évitent soigneusement tout contact physique. C'est par exemple le cas entre un homme et sa belle-mère, ou une femme et son beau-père, ou entre des frères et sœurs adolescents. Cette distance protège les individus de tout contact sexuel. Par contre, il y a, à l'opposé, une « parenté pour rire », où les individus sont poussés non seulement à se fréquenter socialement mais à être en contact physique, ce qui peut impliquer des rapports sexuels libres ou du moins faciles. (Lemoine, 2015)

En Afrique traditionnel, la vie sexuelle n'était pratiquée qu'après une initiation préalable à la maturité. Donc il faut noter que le sens de la sexualité en Afrique était que la sexualité était avec la vie la valeur sacrée. La fornication, l'inceste, le viol, la séduction, les relations homosexuelles étaient des conduites coupables purgées par des peines diverses : bastonnades, flagellations, mutilations, traitements humiliants, lapidations, exclusions, mises à mort. Les relations hors mariages existaient dans les régions où les fiançailles par étapes étaient de coutume. Les relations hors lit conjugal (adultère) étaient sévèrement réprimées, appelant à verser une compensation. L'approche de la sexualité exige une méthode interdisciplinaire faisant appel plus spécifiquement à la sociologie, la psychologie, la philosophie, le juridique et l'éthique (morale). (Lemoine, 2015)

En Algérie, la question de l'abus sexuel était souvent tue, car elle était considérée comme une question sensible et insurmontable. Cet acte a causé de graves dommages à toutes les catégories d'âge de la société, femmes, garçons et filles, qu'ils soient enfants ou

adolescents et parfois même aux hommes. Résolus silencieusement et solennellement auparavant par les autorités et parfois cité par la presse, actuellement et depuis la fameuse tragédie des deux enfants Haroun et Ibrahim de la wilaya de Constantine âgés respectivement de 10 et 9 ans retrouvés morts après avoir été affreusement mutilés et violés par leurs agresseurs, cela a provoqué un sentiment de révolte chez le peuple algérien généralement et plus particulièrement chez les habitants de la région qui ont protesté devant les différentes structures de la sûreté nationale pour revendiquer le « châtiment le plus sévère » qui est la mise à mort, autrement dit la peine de mort qui a été suspendue en Algérie depuis 1993 afin que ces actes inadmissibles disparaissent ou au moins soient dénoncés.

Bien qu'ils soient victimes malgré eux, ces enfants, ces adolescents et ces femmes qui ont subi un traumatisme doivent aussi supporter les jugements des gens que ce soit sur leur éducation ou simplement sur leurs tenues vestimentaires qui aurait pu éventuellement provoqué cet violence inexplicable , qui pourrait aller jusqu'au rejet de leurs familles et leur entourage et furent accusés et culpabilisés de complicité et carrément de consentement.

Concernant les adolescents, selon une étude faite par Nadia Aït-Zaï, enseignante à la faculté de droit d'Alger qui a pour sujet « *Les violences sexuelles à l'encontre des adolescents en Algérie* » en 2015. La recherche a été faite grâce à un recueil de données envoyées par la DGSN et la Gendarmerie Nationale afin d'en cerner les contours en analysant les agressions, leur nature, leurs conséquences, en suivant le parcours des victimes, leur prise en charge et de proposer quelques recommandations à la commission nationale intersectorielle chargée du dossier violence auprès du ministère de la solidarité. Mais avant tout se pencher sur le nombre d'adolescentes que compte l'Algérie et de donner une définition de l'adolescence pour ne retenir pour cette étude que les adolescentes des 13-18 ans.

L'approche de l'étude s'est faite sur trois niveaux distincts :

- Recueil de données sur la violence : elle s'est faite à l'aide de la consultation des données existantes en la matière, ainsi qu'à l'aide de questionnaires qui étaient déposés au niveau de certains centres de médecine légale au niveau des wilayas, des services de police et de gendarmerie nationale ainsi qu'auprès d'adolescents.
- Étude des textes de lois existants en matière de répression et de protection des adolescentes contre les violences sexuelles.

- Étude des textes et dispositifs existants en matière de prise en charge des adolescentes victimes de violences sexuelles.

En Outre, Les objectifs de l'étude concernent l'identification des sources pour le recueil de données concernant les phénomènes des violences sexuelles à l'égard des adolescentes, l'analyse de données et enfin des recommandations, ainsi que des propositions pour la prise en charge du phénomène et des victimes. De plus, en ce qui concerne les hypothèses, elles ne sont pas présentes, car il s'agit d'une étude quantitative et qualitative qui vise un recueil de données et non une explication ou une description du phénomène de l'abus sexuel à l'encontre des adolescents en Algérie.

Les principaux outils utilisés lors de cette étude s'opèrent d'un modèle de questionnaire, s'adressant aux personnels des services de médecine légale, les services de police et de gendarmerie, ainsi qu'à des adolescentes. Il s'agit de concevoir un ensemble de questions, utilisé soit avec une personne ou avec un groupe pour recueillir des informations détaillées quantitatives et qualitatives. Ainsi, L'analyse s'est sur les données chiffrées recueillies, les données qualitatives recueillies, et les textes législatifs et réglementaires.

Par conséquent, grâce à ces outils les résultats obtenus auprès des adolescents, de la police, de la gendarmerie de plus des services de médecine légale ont indiqué que les plaintes contre l'abus sexuel chez les adolescents a connu une croissance remarquable entre les années 2010-2014 et ceci indique plus probablement que les victimes osent de plus en plus porter plainte et que, contrairement aux idées reçues, les grandes villes comme Alger ne sont pas nécessairement plus violentes que des régions plus traditionnelles.

Nous constatons d'après ces résultats que la violence sexuelle à l'encontre des adolescents est assez importante, que les plaintes contre leurs agresseurs sont de plus en plus fréquentes, et déclarées. La médiatisation de ce phénomène depuis ces dernières années a pris plus d'ampleur, mais n'empêche que certaines réticences restent toujours présentes, mais dissimulées à travers l'anonymat dans les réseaux sociaux qui permettent aujourd'hui de parler de ce vécu douloureux, traumatisant et infranchissable comme témoigne cette jeune femme vivant avec sa mère divorcée qui à l'adolescence avait subi un abus sexuel de la part d'un agresseur inconnu « *Bonsoir , j'avais 13 ans je vivais dans un quartier assez huppé quand ma mère m'a envoyé acheter une pizza , il était 18h00 et la pizzeria collé à mon immeuble j'achète la pizza et en rentrant dans l'immeuble pour prendre l'ascenseur je vois un*

gars de 28 ans qui se masturbait j'ai pris la fuite mais il a couru plus vite que moi et m'a étranglé entre temps. Ma mère a eu un mauvais pressentiment et descendu et la elle voit le (je ne trouve aucun mot pour le décrire) elle lui saute dessus je sors de l'immeuble en pleurant et criant quand des gars de mon quartier viennent et demandent ce qui se passe ma mère leurs explique et la ils le tabassent et appelle la police jusque là disant que c'est choquant mais pas aussi choquant qu'on arrivant au tribunal une fille de 13ans je comprenais rien et la le juge dit à ma mère « c'est normal qu'on s'attaque à votre fille regardez comment elle est habillée, je portais une jupe avec des bas épais et des bottes pauvre pays pauvre peuple... »

2. Définition de l'abus sexuel

A travers ce point, nous allons tenter de définir l'abus sexuel, selon divers auteurs, mais tout d'abord le diviser en abus et sexuel.

Lorsqu'on aborde le terme d'abus on fait référence selon le dictionnaire usuel de la langue française à « Abus : action d'abuser, mauvais usage, usage excessif .abus de confiance : en droit, délit commis par quiconque profite abusivement de la confiance accordée par un tiers (Collectif ,1994)

En ce qui concerne le terme sexuel, il s'agit d'un « ensemble des actes qui permettent le rapprochement de deux partenaires et leur accouplement. Le comportement sexuel ne se réduit pas à la copulation. L'accouplement est précédé de préliminaires : recherche du partenaire, cour, jeux, contacts et stimulations réciproques. (Bloch et al.,1999)

A travers ces deux définitions, on comprendra qu'un abus sexuel est un mauvais usage d'une confiance accordé et utilisée à des fins sexuelles pour assouvir un désir contre nature envers une personne qui ne peut réagir face à cela .

Selon Kempe (1978) l'abus sexuel est « la participation d'un enfant ou d'un adolescent mineur, dépendant et immature du point de vue du développement psychosexuel, à des activités sexuelles qu'il n'est pas en mesure de comprendre. Ces activités sont inappropriées à son âge et à son niveau de développement psychosexuel et sont exercées sous la contrainte, par la violence ou la séduction, ou transgressent des tabous sociaux en ce qui concerne les rôles familiaux ». (Cité par Barudy, 2007, p.139-140)

Roussey, quant à lui définit les abus sexuels notamment comme la participation d'un enfant ou d'un adolescent mineur à des activités sexuelles qu'il n'est pas en mesure de

comprendre, qu'il subit sous la contrainte ou qui transgressent les tabous sociaux existant dans presque toutes les civilisations. (Roussey, 1996).

L'abus sexuel est alors considéré comme une relation sous contrainte entre deux personnes, l'une exerçant un pouvoir et une emprise sur l'autre, qui doit se soumettre car elle n'a pas le choix.

Cette interaction a pour but d'obtenir une satisfaction sexuelle de l'abuseur, soit par une action directe sur les parties génitales ou des zones assimilées à des zones de plaisir, soit par une action indirecte utilisant des contraintes d'ordre verbal, visuel, tactile, et autres pressions morales et psychologiques. (SIMON, 2004)

La définition de l'abus sexuel a vu de nombreux changements depuis les premiers moments et s'est élargie de manière importante au cours de la dernière décennie afin d'y inclure les nouvelles données sur les situations abusives.

Au début de la recherche sur abus sexuel, les seuls critères utilisés pour définir l'abus sexuel correspondaient à un contact sexuel par la pénétration, les attouchements, les baisers et les caresses (Finkelhor, 1994).

Cependant, les critères de non contact l'exhibitionnisme, le voyeurisme et la pornographie n'étaient pas considérés comme des actes sexuels ayant un impact négatif sur la victime. Il est maintenant reconnu que l'abus sexuel représente « des activités sexuelles commises sur un mineur par la menace, la force, l'intimidation, ou la manipulation. Les activités sexuelles comprennent les caresses, l'invitation d'un enfant à toucher ou à être touché sexuellement, la pénétration, le viol, l'inceste, la sodomie, l'exhibitionnisme, l'implication d'un enfant dans la prostitution ou la pornographie ou sur internet » (Collin-Vézina et al., 2013).

On souligne ici que les auteurs se sont appuyés des écrits de Putnam (2003) et de Wolak, Finkelhor, Mitchell, & Ybarra (2008) pour élaborer cette définition.

En outre, dans les transformations apportées à la définition de l'abus sexuel, les activités sexuelles entre enfants, frères et sœurs ont aussi été ajoutées après que les chercheurs eurent démontré scientifiquement qu'elles étaient néfastes émotionnellement pour l'enfant (Cyr, McDuff, Collin-Vézina, & Hébert, 2012).

Enfin, dans la définition actuelle, deux contextes d'abus sexuel ont été distingués, soit l'abus sexuel intrafamilial qui est commis par un agresseur présentant un lien familial avec la victime (liens légaux, de sang ou de faits) et l'abus sexuel extrafamilial correspondant à toute agression commise par un agresseur n'ayant aucun lien de parenté avec la victime.

A travers ces différentes définitions, et à travers les nombreux changements apportés, les divers actes qui ont été ajoutés dans la catégorie d'abus sexuel ont augmenté, ce qui nous pousse à déduire qu'un abus n'est pas seulement d'un violent une atteinte directe au corps de la victime, mais aussi de tout acte qui porte atteinte d'une quelconque manière sur l'enfant ou l'adolescent tant physiquement que psychologiquement.

L'abus sexuel peut également être un acte sexuel complet c'est à dire un viol d'où notre choix de le définir la notion du viol.

2.1.Le viol

Selon le grand dictionnaire de psychologie, un viol représente un attentat sexuel grave se caractérisant par un acte de pénétration génitale de quelque nature qu'il soit, commis sur la personne d'autrui par violence, contrainte ou surprise. À part certains viols de guerre, ou de rites socioreligieux, cet attentat obéit généralement aux mêmes tabous que l'acte sexuel, c'est-à-dire qu'il se déroule le plus souvent dans un lieu discret, caché, dérobé, échappant à des témoignages neutres. (Bloch et al., 1999)

Une autre définition du viol par Metwally qui le définit comme le rapport sexuel complet d'un homme avec une femme sans le consentement correct de celle-ci, et la raison pour laquelle il est criminalisé est qu'il s'agit d'une agression contre l'offre. (Metwally, 1989)

3. L'aspect juridique de l'abus sexuel

Dans les définitions actuelles, deux contextes d'abus sexuel ont été distingués, soit l'abus sexuel intrafamilial qui est commis par un agresseur présentant un lien familial avec la victime (liens légaux, de sang ou de faits) et l'abus sexuel extrafamilial correspondant à toute agression commise par un agresseur n'ayant aucun lien de parenté avec la victime.

Les autorités algériennes ont reconnu la cruauté de ce crime et ont infligé à ses auteurs plusieurs peines qui diffèrent selon le type d'agression, l'âge de la victime et de l'agresseur, et en tenant compte des circonstances dans lesquelles le crime a été commis.

Le législateur algérien stipule le délit de viol à l'article 336 des peines au sein des délits de violation de la morale en général dans la sixième section du chapitre deux du chapitre deux du livre trois de la deuxième partie du code pénal et cela correspond aux articles 23-222 des peines françaises et à l'article 267 des peines Égyptien, 407 sanctions libyennes, 419 sanctions syriennes et article 232 sanctions irakiennes. Ce crime est l'un des crimes les plus graves qui violent la morale publique, ce qui a amené la communauté internationale à le classer et à le considérer comme un crime de guerre, comme ce fut le cas en Bosnie-Herzégovine et en Palestine. En effet, la Cour pénale internationale est devenue compétente pour entendre de tels crimes, compte tenu des dimensions graves que ce crime peut laisser. (<http://www.tribunaldz.com/forum/t2414>)

Quant au conseiller Abdel Aziz Saad, il a défini le viol dans son livre « *Les crimes contre le système familial* » comme l'acte d'un homme ayant une activité sexuelle avec une femme interdite par la loi et la loi sous la contrainte et sans son consentement. Concernant le droit français, le législateur a défini le viol à l'article 23-222 comme des sanctions comme: «*Tout acte de pénétration sexuelle, quelle que soit sa nature, a été commis contre la même personne avec violence, coercition, menaces ou surprise*». (Saad, 2009)

En droit français, le législateur a défini le viol à l'article 23-222 comme des sanctions comme: «*Tout acte de pénétration sexuelle, quelle que soit sa nature, a été commis contre la même personne avec violence, coercition, menaces ou surprise*». (<https://www.gisti.org/spip.php?article2398>)

Le législateur égyptien a consacré aux crimes de l'atteinte à la pudeur, le chapitre quatre du troisième livre du Code pénal sous le titre «*attentat à la pudeur et corruption des mœurs*», et inclut l'article 267, qui stipule: «*Quiconque a des rapports sexuels avec une femme sans son consentement, sera puni de travaux forcés permanents ou temporaires. Quiconque est chargé de l'élever, et quiconque qui a une autorité sur elle ou qui est un serviteur pour elle ou pour ceux mentionnés ci-dessus, sera puni de la réclusion à perpétuité avec travaux forcés* ». (Abu Al-Rous, 1997, p.31). Ainsi, le législateur égyptien, a exposé le crime de viol et l'a considéré comme un crime dont les auteurs sont punis de travaux forcés temporaires, puis a augmenté la peine aux travaux forcés à vie, jusqu'à l'exécution, car ceci est considéré comme une agression contre la liberté sexuelle.(Behnam, 1999, p.941)

Toutes les législations participent à l'exigence d'un contact sexuel complet, c'est-à-dire des rapports sexuels complets, en plaçant l'organe génital de l'homme qui est le coupable dans le vagin de la femme et elle est la victime, et les rapports sexuels sont normaux et ne sont que d'un homme à une femme.

Cependant, selon ce qui était énoncé à l'article 336 des sanctions algériennes : Quiconque commet un attentat à la pudeur est passible d'une peine de cinq à dix ans d'emprisonnement. Si l'infraction est commise à l'encontre d'un mineur qui n'a pas atteint l'âge de seize ans, la peine est une peine d'emprisonnement temporaire de dix à vingt ans. Nous constatons que le législateur algérien a utilisé le terme insulte pour exprimer un viol parce que le texte français des sanctions de l'article 336 le confirme en disant : « Quiconque a commis le crime de viol » (Code pénal Algérien, 2012, p.94)

La loi a traité le crime de viol et l'a considéré comme un crime passible d'une peine d'emprisonnement temporaire de cinq à dix ans sauf que le législateur algérien ne connaissait pas ce crime et n'en énumère pas les éléments et ce que l'on voit dans les dispositions de la justice algérienne qu'il s'agit de rapports sexuels d'un homme avec une femme sans son consentement et que le crime en vertu de la législation algérienne est constitué de deux piliers La disponibilité des deux permet de dire que le crime de viol est commis, qui est le pilier matériel qui est représenté dans l'acte d'impureté naturelle et le manque de consentement de la victime. L'absence de consentement de la victime est l'essence du viol, et si l'accident s'est produit avec le consentement de la victime, il n'y a pas de crime sauf s'il se produit d'un homme marié, alors l'acte est un crime d'adultère ou il se produit en public, alors c'est un acte public explicite.(Bouskia, 2003)

Ainsi, parmi les circonstances aggravantes du crime de viol ; si la victime était mineure et ne dépassait pas seize ans: selon l'article 336/2 du code pénal algérien: «*Et si un acte d'attentat à la pudeur survient contre une mineure qui n'a pas atteint l'âge de seize ans, la peine sera une peine d'emprisonnement temporaire de 10 à 20 ans.*» (Code pénal Algérien, 2012, p.94). Nous remarquons ici que le législateur algérien, soucieux de protéger l'honneur des jeunes filles, considérant que la jeune fille de seize ans a atteint l'adolescence, qui est l'étape la plus dangereuse de la vie sexuelle des filles considérées comme mères du futur.

4. Examen d'une victime d'agression sexuelle

La victime peut se présenter spontanément (seule ou accompagnée), amenée par la police ou la gendarmerie avec une réquisition. En l'absence de lésion vitale, l'accueil, l'entretien, l'examen complet ainsi que le recueil des données médico-légales dans la plupart du temps, doivent se faire dans le service de médecine légale. Comme dans n'importe quelle situation d'agression, l'examen médical pratiqué au décours d'un viol, doit tenir compte du traumatisme psychologique. Il faut insister sur le fait que la victime doit trouver dans la capacité d'accueil et la disponibilité du médecin un étayage précieux à ses facultés de récupération psychologique, ce qui, même en urgence, montre bien la durée d'un examen médico-légal.

L'examen médical proprement dit poursuit un double but :

1) Médico-légal : c'est le premier examen et a priori le dernier et ces constatations doivent être fondamentaux, car en cas de suites judiciaires, cet examen sera discuté des mois après les faits. À préciser qu'un examen négatif « ne signifie pas forcément l'absence de violence sexuelle ». (Dorandeu,2001)

2) Thérapeutique : il vise à réparer d'éventuelles lésions, telles des maladies sexuelles transmissibles et également à préparer la prévention des conséquences somatiques et psychologiques. (Dorandeu,2001)

L'examen n'est effectué, bien entendu, qu'avec le consentement de l'intéressé :

1) Examen somatique : Il faut examiner entièrement le corps à la recherche de signes même les plus discrets de lutte ou de violence : dermabrasions, morsures, ecchymoses, hématomes, lésions compatibles avec des brûlures voire lésions plus importantes en fonction : fractures. Les signes fonctionnels, telles les douleurs, avec leurs localisations doivent être consignés. (Dorandeu,2001)

2) Examen périnéal : Il faut le réaliser avec le maximum de tact possible tant chez l'adulte que chez l'enfant toujours avec l'accord de la victime, chez l'enfant les zones atteintes peuvent être reprécisées. Il faut examiner chez une femme : la vulve, les grandes lèvres, les petites lèvres, la fourchette, l'orifice urétral, anal. Il est important chez la jeune femme vierge de bien visualiser l'hymen (la technique la moins traumatisante est celle où l'on tire les grandes lèvres vers le haut et en dehors). Il faut rappeler que la morphologie

hyménéale est très variable. L'anus doit être déplié afin de voir toute la marge et de rechercher la moindre fissure anale. Il est possible d'effectuer une anoscopie. En cas de pose d'un spéculum, il doit être lubrifié à l'eau. Il faut voir le col, les culs de sac, les parois vaginales. Le toucher rectal permet en cas de pénétration anale d'apprécier la tonicité du sphincter, de rechercher un saignement intra-anal ou intrarectal et permet l'étalement de la cloison recto-vaginale. Il est important de noter s'il existe une douleur qui puisse témoigner d'une fissuration anale. (Dorandeu,2001)

Pour l'enfant ou de l'adolescent : Si possible le voir en tête-à-tête, essayer de ne voir les parents qu'en fin d'examen.

L'interrogatoire avec cette catégorie doit être simple et concret. Une poupée peut être très utile pour faire préciser par le geste les zones agressées et le mode d'agression. Les dessins peuvent être également utiles pour que l'enfant arrive à objectiver le type d'agression dont il a été victime.

L'examen a pour but la recherche des traces de violence sur le corps. Il précise également le stade pubertaire, (seins et pilosités pubiennes), avoir préparé psychologiquement l'enfant à la réalisation de l'examen, au passage à l'examen gynécologique. En lui expliquant que c'est le premier et dernier examen dont il fera l'objet dans le cadre médico-légal, lui expliquer le but de cet examen. Cet examen ne sera réalisé qu'avec l'accord de l'enfant. Il est utile de lui montrer les gestes qui vont être pratiqués, montrer le matériel qu'on va utiliser. Expliquer aux enfants, et notamment aux adolescentes, le fonctionnement de leur anatomie car pour la majorité des jeunes filles, il s'agit là de leur premier examen gynécologique, toutes le redoutent.

A la fin de l'examen , un certificat sera rédigé ,il doit impérativement comporté : les antécédents , les commémoratifs, c'est-à-dire les dires, les doléances et éventuellement les dires d'un tiers , retranscrire l'examen plutôt sous forme de schéma commenté, avec des annotations particulières concernant l'examen gynécologique et anal avec schémas, il est utile de préciser que des photographies ont été réalisées, les conserver dans le service de médecine légale et ne les remettre ultérieurement si besoin que si réquisition. (Dorandeu, 2001)

5. Les types d'abus sexuels

Il existe deux types d'abus sexuel qui sont commis sur les mineurs : l'abus sexuel intrafamilial et l'abus sexuel extrafamilial.

5.1.L'abus sexuel intrafamilial

Un abus sexuel intrafamilial, est tout abus ou agression sexuelle qui a été commis sur les enfants par un membre adulte de la famille, nous utilisons les termes d'abus sexuel incestueux pour signifier qu'ici l'abuseur et l'enfant victime ont des liens de parenté, et d'agression incestueuse pour en signifier le caractère imposé. Il peut s'agir du père, la mère, de la fratrie, des grands-parents, oncles et tantes, etc. (Barudy, 2007)

On peut rappeler la définition de l'inceste : c'est un rapport sexuel accompli par deux personnes liées étroitement par le sang entre lesquelles le mariage est prohibé. La relation entre elles préexiste au commerce sexuel qu'elle favorise, alors que ce n'est pas son but ordinaire. La famille précède l'inceste. Au contraire, les rapports sexuels permis sont normalement établis entre des personnes qui engagent une relation dans ce but. Ceux-là suivent celle-ci et la famille succède aux rapports sexuels, non incestueux, qui la fondent. (De Perrot, 2011)

L'inceste fait alors parti des abus sexuel que l'enfant est susceptible de subir, il représente une situation délicate à accepter par l'enfant et à traiter par les thérapeutes. L'inceste serait alors considéré comme l'abus sexuel le plus grave de par l'implication de la famille : l'abus d'un enfant par un parent constitue le problème mental le plus insidieux, le plus grave et le plus destructeur. (Zimmermann, 1998)

Par Ailleurs l'inceste se caractérise par un abus de pouvoir, de confiance, une trahison de la part d'un proche sur un enfant. L'agresseur implique la victime dans un conflit de loyauté pour obtenir son silence en utilisant des phrases du type : « *Si tu parles, tu vas détruire la famille* ». L'inceste est alors un meurtre sans cadavre, un meurtre psychique, car il crée la confusion dans l'esprit de l'enfant entre amour et sexualité, il place l'enfant dans une fonction d'objet visant à assouvir les fantasmes sexuels de son agresseur, qui est la plupart du temps source d'amour et de confiance. (Aubry,Lopez, 2017, p.11)

La victime est alors sous emprise et cela suite à la terreur, la menace, le chantage, violence ou la confusion suscités par l'abus sexuel. L'ampleur de cette emprise, ses

conséquences sur la croissance, le développement psychoaffectif et la sexualité des victimes longtemps après les faits, amènent à penser qu'il ne suffit pas que l'abus cesse pour que l'emprise cesse. Et donc, la peur de faire éclater au grand jour cette terrible réalité, la famille n'étant plus un lieu de protection mais devient un groupe fermé maintenu dans le secret de ne pas en parler de cet acte immonde.

La victime se retrouve alors ligotée psychologiquement par ce fameux secret. L'inceste est alors un secret partagé entre l'abuseur et l'abusé sous la forme d'un pacte qui les lie et exclut les autres. L'abuseur ne cessera de rappeler les règles du secret, n'épargnant ni les menaces ni le chantage. A travers son silence l'enfant le protège, protège sa famille et se protège. En effet l'angoisse d'être rejeté de la famille et de la société, s'il venait à dévoiler son secret, le pousse à se taire. (Zimmermann, 1998)

Nous comprendrons alors que l'inceste, outre le fait qu'il fasse parti des divers abus sexuels que peut subir un enfant ou un adolescent, empêche la révélation, de par cet aspect menaçant d'engendrer un quelconque mal-être aux membres de la famille de la victime, mais aussi par peur de la destruction et de la division de cette dernière, car lorsqu'il s'agit d'un des parents, du frère ou de la sœur ou encore d'un oncle, le fait de faire éclater cela peut aller à créer des conflits, à dissoudre cette unité sacrée mais aussi à commettre des crimes, ce qui amène les victimes à se taire ainsi que leurs parents qui préfèrent enterrer ce lourd secret plutôt que de faire justice face à cet abus venant d'un membre qui fut un temps source de confiance et d'estime.

5.2. L'abus sexuel extra-familial :

Dans les abus sexuels extrafamiliaux, l'agresseur n'appartient pas au tissu familial de l'enfant et nous rencontrons deux types de situations. L'agresseur peut alors être connu par la famille, dans d'autres cas il s'agit d'un parfait inconnu. (Barudy, 2007)

a) L'abuseur est connu par la famille de la victime :

Il s'agit ici de garçons et de filles agressés sexuellement par un adulte qui appartient à leur réseau social et était donc connu de leurs familles. Certains délinquants sexuels de ce type ont le privilège d'avoir un contact direct avec les enfants; ce sont, par exemple, des enseignants, des superviseurs de mouvements de jeunesse, des prêtres, des animateurs de centre de jeux, des scientifiques pédagogiques, etc. Selon leur autorité et leur position, ils sont le dépositaire de la

confiance des adultes. D'autres encore peuvent atteindre les enfants et vont s'infiltrer près de la frontière familiale et gagner la confiance des adultes.

Ce sont principalement des sujets masculins avec fonctionnement sexuel de type pédophile, manifestation d'une structure de la personnalité perverse. Ces hommes éprouvent, dès le début de leur maturation sexuelle, une attirance sexuelle primordiale et presque exclusive envers les enfants qui revêt un caractère comportemental obsessionnel, ce qui explique que certains auteurs les nomment « abuseurs sexuels obsessionnels » ou « délinquants sexuels obsessionnels ».

Ces agresseurs attirent les enfants par la tendresse, la persuasion, le mensonge ou la pression psychologique. Contrairement aux agresseurs violents, ils utilisent leur autorité et la confiance de leurs parents pour créer une atmosphère de « familiarité » avec la victime et son entourage. Peu à peu, ils laissent les enfants participer à des activités sexuelles.

Ce type d'agresseur est étroitement lié à l'enfant et à travers son envie d'être lui-même un enfant, peut facilement s'adapter au comportement de la victime. Par conséquent, il fournira des rapports en principe très gratifiants et dépourvus de frustrations. Dans de nombreux cas, il choisira les victimes dans des milieux non structurés tels que la structure familiale ou l'échec social, et parmi les enfants qui présentent des défauts sociaux, psychologiques et émotionnels. (Barudy, 2007)

L'agresseur alors est une personne qui profite de la proximité qui lui est permise par la famille de la victime, se cache derrière l'affection, l'amitié, pour assouvir des désirs pédophiles, l'enfant alors est tenu de garder le secret et compte tenu de la relation qu'entretiennent les parents et l'agresseur, cet acte sexuel peut être perçu comme une relation normale pour l'enfant, d'où la difficulté des parents pour savoir ce qui se passe réellement.

b) L'abuseur est inconnu

Lorsqu'il s'agit d'un agresseur inconnu, il s'agit de personnes étrangères à la famille de l'enfant ou l'adolescent, celui-ci agit soit seul comme dans certains cas d'exhibitionniste qui attire les enfants par la force ou par stratégie, en tentant de créer un lien d'amitié afin de mettre en confiance sa proie et d'exercer sa force sur elle. Dans le monde, divers affaires de crimes sexuels ont été enregistrées, notamment en France où l'affaire de Michel Fourniret qui a fait couler beaucoup d'encre, et que nous avons découvert à travers un reportage dans l'émission Crimes sur la chaîne de NRJ 12, plus connu sous le pseudonyme de « *L'ogre des Ardennes* », il s'agit d'un violeur, sérial killer, qui agissait avec la complicité de sa femme, en tentant de gagner la sympathie de petites filles, d'adolescentes en faisant semblant de demander son chemin et de convaincre la victime de monter en voiture avec eux, puis

d'accomplir ses actes macabres , en violant en tuant ces jeunes filles . Dans diverses régions, des disparitions étranges de jeunes filles d'âges différents d'enfant à adolescentes, sans que les parents ne puissent comprendre, puis au fur et à mesure, les autorités trouvaient les corps mais sans pour autant mettre la main sur le meurtrier. En 2008, il fut incarcéré pour toutes les accusations qui lui ont été attribuées, d'autres agresseurs comme lui sont partout et n'hésitent pas à profiter de l'innocence des mineurs pour assouvir leurs désirs pervers. Ces agresseurs agissent avec sang froid, développent une sorte d'obsession malsaine envers des mineurs ou mêmes des jeunes femmes en usant de moyens divers pour les atteindre : sympathie, menaces, kidnapping.

6. Les comportements impliqués dans les abus sexuels

Les comportements impliqués dans les abus sexuels se déploient dans une pluralité de contextes distincts et se déclinent en une grande variété d'actes.

Les contextes concernés recouvrent aussi bien le harcèlement sexuel au travail que les viols en situation de guerre, en passant, ce qui est le cas le plus par les abus intrafamiliaux (les plus fréquents, qu'il s'agisse des abus sexuels d'enfants que des abus sexuels entre conjoints) et extrafamiliaux, ces derniers recouvrant les abus commis par des personnes connues ou par des inconnus.

En ce qui concerne les actes qui matérialisent l'abus sexuel, ils ne se limitent pas au seul contact des zones génitales, mais prennent également d'autres formes, dont les classifications varient selon les auteurs. L'abus sexuel inclut donc tous les actes orientés vers l'intimité corporelle de la victime, qui agressent sa sphère sensorielle et/ou qui utilisent son corps. Ils

Comprennent « des formes verbales et non verbales, gestuelles, visuelles, exhibitionnistes, voyeuristes, masturbations manuelles, fellations, ..., jusqu'aux relations sexuelles complètes, avec pénétration orale, anale ou vaginale » (Haeseveots, 1997) par un doigt, le sexe, un objet. Gosset et al. distinguent deux formes d'abus sexuels :

1. **Les actes agressant la sphère sensorielle de la victime** : conversations ou appel téléphonique obscène, « chat » sexuel; présentation forcée d'images pornographiques (photos, vidéos); exhibition d'organes sexuels.
2. **Les actes qui utilisent le corps** : attouchements sexuels ou masturbation forcée; - toilette intime imposée; - relations sexuelles sous la contrainte (fellation, sodomie,

rapport vaginal); participation active à des scènes pornographiques; incitation à la prostitution. (Collart, 2017)

7. Les processus des passages à l'acte sexuellement abusifs

Lors d'agressions sexuelles ou d'abus sexuels, un profil type n'est pas forcément nécessaire ou spécifique à tous les agresseurs, pour cela nous avons abordé ce point afin de mieux comprendre les motivations et le mode opératoire des agresseurs en tentant d'identifier les caractéristiques qu'on peut retrouver. Ainsi de comprendre comment l'agresseur arrive à ses fins et se retrouve seul avec sa victime.

Il s'agit des processus mis en œuvre lors des passages à l'acte. En ce qui concerne l'auteur, c'est l'hétérogénéité des situations qui prévaut. J. Proulx précise à ce propos que « le passage à l'acte abusif est déterminé par des variables structurales, situationnelles et relatives au modus operandi ».

L'analyse des variables structurales stables concerne l'organisation de pensée, d'émotion et de comportements. À propos de ces caractéristiques de personnalité, la recherche d'un profil de personnalité unique, propre aux agresseurs sexuels ne concorde pas avec la diversité de ces auteurs. Toutefois, l'attachement de type insécure est une caractéristique spécifique des agresseurs sexuels. Ainsi que dans la plupart des cas les agresseurs sont connus par leurs victimes.

Les facteurs situationnels, eux, concernent des aspects circonstanciels (perte d'un emploi, décès, séparation, divorce...) et désinhibiteurs (alcool, drogues, émotions négatives – colère, rage, haine... – pornographie...) et accroissent ponctuellement le risque de répétition.

Quant aux caractéristiques du mode opératoire, elles sont multiples (stratégies, type de l'acte abusif, lien agresseur/victime, réaction de la victime...) et sont donc à comprendre dans une logique interactionnelle. (Collart, 2017)

Dans leurs rapports avec leur entourage, collègues, les agresseurs tentent de se montrer sous leur meilleur jour, comme étant épanouis dans leur vie conjugale et familiale, qu'ils sont de bons parents ce qui leur permet de gagner leur confiance et de les inciter à ramener leurs enfants et de les leur confier sans se douter du danger face auquel seront confrontés les enfants.

Les agressions ont souvent lieu au domicile de l'agresseur, à l'abri du regard des autres adultes. Dans certains cas ils incitent leurs enfants à inviter leurs amis à la maison, car c'est là où ils peuvent dissimuler leurs activités. (Simon, 2004)

Les motivations de l'auteur d'abus sont donc diverses et influencent le mode opératoire du passage à l'acte, où le degré de violence physique accompagnant l'abus sexuel peut être très variable, de pratiquement nul lorsque l'auteur évoque des interactions « amoureuses » ou se positionne en tant que victime d'un enfant qui l'a séduit, par exemple, à très élevé lorsqu'il s'agit d'une démarche de consommation sexuelle de l'autre ou encore lorsque le degré d'agressivité de l'auteur envers la victime est élevé. Mais à côté de cette violence physique potentiellement présente, il faut également considérer la présence de la violence psychologique, omniprésente. Dans les abus sexuels d'enfants, celle-ci a pour principal objet d'imposer le silence, le secret étant la caractéristique principale de ces abus. Cette violence psychologique est multiforme, prenant l'aspect de la séduction, de la gentillesse, de « l'achat » du silence par des cadeaux, ou encore de menaces de séparation, de punition, voire de mort. (Collart, 2017)

8. Prévention et prise en charge de l'abus sexuel

Étant donné que l'acte sexuel violent constitue un traumatisme qui entraîne des conséquences illimitées et graves, directement ou indirectement, sur sa victime, une prise en charge psychologique en premier lieu est plus que nécessaire. De ce point de vue, Crivillé et al. (1996) précisent que « *l'intérêt de cette démarche repose sur les possibilités qu'elle offre pour traiter un plus grand nombre de situations avec plus de rigueur et avec des moyens adaptés* ». Cette prise en charge doit être diverse et pluridisciplinaire, pour être adéquate et pertinente. Son but est de limiter et d'amoindrir les conséquences de l'acte sexuel. Elle doit s'appliquer non seulement à la victime mais aussi à l'agresseur, et dans certains cas comme l'inceste à tout le système familial qui a contribué à l'accomplissement d'un tel acte. Dans ce contexte Crivillé et al. (1996) affirment que « *toute prise en charge serait difficilement efficace sans une articulation étroite avec les équipements du réseau concernés par ces familles.* » (Cité par Kbalidi, Touafek, 2011, p.91)

En outre, la prise en charge ne peut être réalisée qu'à partir d'une connaissance complète des causes et des conséquences, c'est la victime, la plus exposée aux conséquences, qui devra être la première à recevoir une prise en charge.

En ce qui concerne une psychothérapie proprement dite, plusieurs auteurs ayant travaillé sur les psychothérapies de ces victimes comme Morel et Piet ont remarqué « *qu'il faut une phase de soutien psychologique parfois longue avant que l'enfant victime ne s'engage dans une psychothérapie.* » Parmi les modalités de prise en charge, nous citons celle qui concerne les reviviscences du traumatisme. En effet, selon Damiani (2001) la thérapie post-traumatique permet non seulement la réduction des symptômes, mais elle ouvre la voie à une restitution de l'histoire du sujet en lui donnant le sens à travers la verbalisation. Dans cette perspective, l'utilisation de la Désensibilisation et Retraitement par les Mouvements Oculaires (EMDR) est une méthode thérapeutique privilégiée auprès des personnes souffrant d'un État de Stress Post Traumatique (EPST). De même pour la relaxation, à travers laquelle le psychothérapeute essaie de restaurer l'image d'un corps altéré par l'acte sexuel, ce qui aidera plus tard dans le renforcement de l'image de soi. Sans pour autant négliger que les psychothérapies individuelles seront complétées par des thérapies de groupes comme le psychodrame A l'instar de Crivillé et al. , Pauzé et al. (1994) proposent différentes voies de prise en charge qui englobent généralement plusieurs aspects: ·Le traitement pour tous les enfants ayant subi une agression sexuelle ; le traitement obligatoire pour les enfants et adolescents agresseurs ; des intervenants expérimentés pour recevoir les cas de divulgation et d'évaluation des violences sexuelles. (Kbaldi, Touafek, 2011)

Toutefois, Haeseveots (1996) souligne l'importance de la prévention de l'abus sexuel, cela à travers une éducation sexuelle et affective appropriée, en insistant sur la sphère relationnelle et sexuelle. Cette prévention aurait pour but de susciter une prise de conscience, et un respect de soi et des autres. Notant que l'enfant victime d'abus sexuel présente certaines carences, et certains troubles qui affectent sa vulnérabilité. Il y'aurait alors selon lui un lien entre les indices de vulnérabilité et les moyens défensifs propres à l'enfant, il semblerait alors que l'abus sexuel ne survient pas à n'importe quel moment de la vie de l'enfant.(Kbaldi, Touafek, 2011)

Enfin pour que la prise en charge des deux protagonistes de l'abus sexuel soit congruente et efficace, elle doit comprendre généralement l'étude des différents aspects de la violence sexuelle y compris : l'évaluation des facteurs de risque d'être victime et auteur de violence sexuelle ; les conséquences physiques et sociales des différentes formes de violence sexuelle ; les facteurs qui influent sur le rétablissement des victimes après une agression sexuelle ; les contextes sociaux des différentes formes de violence sexuelle, y compris

l'exploitation des personnes à des fins sexuelles, et les relations entre la violence sexuelle et d'autres formes de violences. Déterminer les mesures les plus appropriées que prendre le secteur de la santé face à la violence sexuelle, y compris la prévention du VIH après un viol. (Kbaldi, Touafek, 2011)

Par la suite, déterminer ce qui constitue un soutien psychologique approprié dans différents contextes et situations, évaluer les programmes destinés à prévenir la violence sexuelle, y compris les interventions communautaires notamment celles ciblées sur les programmes scolaires. Il est également nécessaire d'étudier l'incidence des réformes judiciaires et des sanctions pénales, ainsi que l'élaboration des programmes qui visent certaines des causes socio-économiques sous-jacentes de la violence, y compris la pauvreté et le manque d'instruction. (Kbaldi, Touafek, 2011)

II. L'adolescence

L'adolescence s'accompagne de nombreux changements qui peuvent parfois inquiéter les parents : transformations physiques, psychologiques, émotionnelles, sexuelles... La capacité d'adaptation est parfois mise à rude épreuve. Pour bien des jeunes et leurs parents, l'adolescence est une phase riche en émotions parsemée de hauts et de bas. Cette période délicate remplie de changements est celle au cours de laquelle le jeune bâtit pas à pas sa personnalité et son autonomie. Ainsi, nous avons consacré cette section du chapitre pour parler de l'adolescence et son évolution à travers le temps et les cultures.

1. Historique de l'adolescence

Le mot d'origine, *adulescens*, existait déjà dans la Rome antique. , étymologiquement, *adulescens* signifie « celui qui est en train de croître » et ne se réfère à aucune catégorie d'âge en particulier. À Rome, seuls les jeunes hommes de 17 à 30 ans étaient ainsi dénommés et il ne s'agissait en aucun cas de pré-adultes ou de post-adolescents. La citoyenneté leur était acquise à 17 ans et le droit de mariage dès la puberté. Les femmes, quant à elles, devenaient directement *uxor*, épouse, c'est-à-dire sans adolescence. Or, l'usage du terme adolescence disparaît ensuite. Plus tard, tout au long du Moyen Âge, la population est divisée en enfants et adultes autour de l'âge naturel de la puberté. Les termes utilisés pour désigner les jeunes sont alors plus fréquemment liés à l'appartenance à un groupe ou à une condition sociale qu'à une tranche d'âge. (Huerre, 2001)

La puberté signe donc, le passage de l'état d'enfant à celui d'adulte. Par le biais de l'apprentissage. Le mot « adolescent » lui-même ne persiste que épisodiquement dans les écrits latins des clercs du Moyen Âge pour qualifier de façon très imprécise des tranches d'âge comprises entre 15 et 60 ans. Il apparaît au XVIII^e siècle, sous une autre acception, railleuse, utilisée pour se moquer d'un « novice un peu niais », d'un « morveux ». Ces emplois restent toutefois exceptionnels. (Huerre, 2001)

Pour l'historienne Agnès Thiercé, l'adolescence a été inventée au XIX^e siècle. Il y a plusieurs raisons à cela. Tout d'abord, des travaux médicaux sont publiés à cette époque sur la puberté et *L'Emile* de Rousseau marque un tournant dans la représentation de l'adolescence. Il y a aussi et surtout des raisons politiques. En effet, depuis la révolution de 1789, et lors de toutes celles qui ont secoué le XIX^e siècle, les jeunes gens ont pris l'habitude de descendre dans la rue. L'adolescence est apparue sur la scène politique comme une classe d'âge un peu violente, comme une classe dangereuse. L'adolescent est d'abord défini comme un garçon et un bourgeois. (<http://psy-enfant.fr/adolescence-puberte-psychologie-histoire/>)

Toujours selon A.Thiercé : «chez les prolétaires, les pubères intègrent le monde du travail. Dans la bourgeoisie, les filles attendent le mariage.» C'est seulement à partir de 1890 que, à cause des «ambitions éducatrices du XIX^e siècle», l'adolescence, «âge de classe », devienne véritablement une classe d'âge. Néanmoins, dès 1850 on a déjà la formule:

« Adolescence= Puberté + Encadrement + Crise »

La popularité de cette formule ne cessera de croître par la suite jusqu'à passer pour un simple « constat » d'une étape « naturelle » du développement humain. (<http://psy-enfant.fr/adolescence-puberte-psychologie-histoire/>)

2. Définition de l'adolescence

L'adolescence est plus difficile à définir qu'il pourrait sembler au premier abord. En effet, l'adolescence est une notion complexe : il s'agit à la fois d'un phénomène social, d'un processus de maturation biologique et d'un moment de transformation psychique.

L'adolescence est l'âge du changement comme l'étymologie du mot l'implique: *adolescere* signifie en latin «grandir». Entre l'enfance et l'âge adulte, l'adolescence est un passage. Ainsi que le souligne E. Kestemberg, on dit souvent à tort que l'adolescent est à la

fois un enfant et un adulte; en réalité il n'est plus un enfant, et n'est pas encore un adulte. Ce double mouvement, reniement de son enfance d'un côté, recherche d'un statut stable adulte de l'autre, constitue l'essence même de «la crise», du «processus psychique» que tout adolescent traverse. (Braconnier, Marcelli,2008)

Mais encore, l'organisation mondiale de la santé (OMS) considère que l'adolescence est la période de croissance et de développement humain qui se situe entre l'enfance et l'âge adulte, entre les âges de 10 et 19 ans. Elle représente une période de transition critique dans la vie et se caractérise par un rythme important de croissance et de changements qui n'est supérieur que pendant la petite enfance. Les processus biologiques conditionnent de nombreux aspects de cette croissance et de ce développement, l'apparition de la puberté marquant le passage de l'enfance à l'adolescence.

Les déterminants biologiques de l'adolescence sont universels; en revanche, la durée et les caractéristiques de cette période peuvent varier dans le temps, entre cultures et selon les situations socio-économiques. On a assisté à de nombreux changements pendant cette période au cours du siècle dernier, notamment avec l'apparition plus précoce de la puberté, l'âge plus tardif du mariage, l'urbanisation, la communication au niveau mondial, et l'évolution des attitudes et des comportements sexuels.

(https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/fr/)

De plus, selon le dictionnaire de psychologie, l'adolescence est une phase de restructurations affectives et intellectuelles de la personnalité, un processus d'individuation et de métabolisation des transformations physiologique liées à l'intégration du corps sexué. Ainsi du point de vue intellectuel, elle est caractérisée par la pensée formelle, le raisonnement hypothético-déductif, la découverte de la notion de loi: La maîtrise des possible par la pensée alors aboutir un égocentrisme métaphysique; mais elle permet aussi au sujet de concevoir des projets d'avenir et de grande idéaux. Les formes cliniques de l'adolescence comportent aussi bien une originalité juvénile considérée comme normale, des sentiments d'isolement et des préoccupations obsédantes concernant l'image du corps ou s'amorcent de graves troubles mentaux et des attitudes de défi de dépendance provoquant l'agression et la déviance. (Dorant et Parot, 2013).

Nous ne pouvons pas parler d'adolescences sans parler de la notion de l'adolescence dans notre pays qui est l'Algérie

3. L'adolescent algérien

L'adolescence est une notion récente dans le champ social algérien. Il y a une cinquantaine d'années seulement, les individus passaient de la catégorie « enfant » à la catégorie « adulte » sans transition sociale. Pour la fille par exemple, dès l'apparition de ses règles, donc dès « l'âge de la fécondité », elle était généralement vite mariée. Quant aux garçons, dès l'âge de douze ou treize ans, ils assumaient déjà la charge de travail d'un adulte et étaient considérés comme tels. (Sebaa, 2009)

Au dernier recensement (2008), la population algérienne était estimée à 34,8 millions d'habitants. Le poids total de la jeunesse reste important dans la société puisque près de 60 % des Algériens ont moins de 30 ans (enquête MICS 3, 2006). En 2007, les 15-29 ans représentaient 32 % de la population totale, soit environ 10,9 millions d'habitants (RGPH, 2008). La proportion de jeunes de moins de 20 ans, représentant 57,4 % de la population totale en 1966, a fortement diminué puisqu'elle ne représente que 39,6 % en 2007. (Sebaa, 2009)

Mais encore, la notion d'adolescence est donc une « construction sociale » qui tire l'essentiel de son contenu du système culturel, en relation avec l'évolution de la structure de la société. Le jeune algérien qui « est plongé dans un bain culturel riche en images contradictoires d'identification » (Boucebci) vit actuellement une phase de transition socioculturelle qui n'est pas sans incidence sur son développement individuel en interaction avec le groupe social dans lequel il évolue. D'où les expressions de mal-être et les manifestations anxieuses qui s'expriment par des appels à l'aide, qui sont autant de signes ou de symptômes, au sens clinique du terme. L'adolescent va se trouver à la confluence de bouleversements tant individuels, liés à son développement physique et psychologique que sociaux, liés notamment à son environnement immédiat, la famille qui connaît elle-même des bouleversements affectant son équilibre. Cette quête identificatoire, souvent insatisfaite, met le jeune algérien dans un état d'ambivalence : il est à la fois dépendant et insoumis, voire révolté. Ses réactions souvent agressives, parfois violentes, sont rarement lues comme s'inscrivant ou faisant partie d'un processus d'évolution et de développement à la fois individuel et social. Et souvent, les traitements qui sont appliqués à cette agressivité et à cette violence sont généralement de deux types : soit moral, soit juridique. (Sebaa, 2000)

Par conséquent, être adolescent en Algérie est une nouvelle situation sociologique, qui entraîne des problèmes de statut. En fin de compte, pour les jeunes, c'est une situation nouvelle dans le monde, dont le phénomène somatique pubertaire n'est qu'un élément, mais un élément important autour duquel s'organisent tous les autres.

III -Adolescents abusés

L'abus sexuel est un acte qui est vécu comme événement traumatisant chez l'adolescent et ceci peut conduire à des conséquences lourdes sur le plan physique comme sur le plan psychologique voire une confusion, un choc ou un chaos émotionnel, ici nous présenterons les indicateurs physiques et émotionnels de cet abus et ses conséquences.

Avant d'entamer cette section nous trouvons logique de commencer par définir les notions d'abuseur et d'abusé

L'abuseur est celui qui a un comportement sexuel inadapté à l'âge ou au statut de son partenaire mais cette notion de comportement sexuel adapté répond à des représentations socioculturelles de l'enfant, de l'adulte et des rapports d'autorité. (Mormont,2002)

Nous comprenons alors que l'abusé est un mineur qui subit un acte d'abus et d'agression sexuelle contre sa volonté par une personne plus âgé et qui peut être une personne ayant une autorité sur lui

1. Les indicateurs physiques et émotionnels de l'abus sexuel

1.1.Indicateurs physiques :

- Apparition de douleurs abdominales après un séjour hors de la maison. L'enfant ou l'adolescent ayant passé le week-end chez des amis ou de la famille.

À son retour il se plaint de douleurs au ventre, ainsi que de désordres gastro-intestinaux.Ceci peut-être accompagné de constipation ou encoprésie parfois associée à une énurésie.

- Difficulté de marcher ou de s'asseoir souvent liée à des lésions anales ou génitales. Ceci indique que l'abus sexuel est récent.

- Il rentre chez lui avec les vêtements ou sous-vêtements déchirés et tachés de sang ; il explique cela par une chute de vélo ou d'un arbre. La peur de se faire gronder ou punir mène à son silence.
- Des douleurs dans les zones génitales qui doivent être immédiatement investiguées par un médecin légiste, rechercher des contusions, une inflammation, un œdème ou des saignements inexplicables des parties génitales externes, du vagin ou de l'anus.

La recherche de sang dans les urines et dans les selles est également nécessaire.

En parallèle de l'apparition de ses lésions, l'enfant ou l'adolescent devient triste, pleure souvent, s'attache à une personne qui semble pouvoir le protéger. (Simon, 2004)

1.2.Indicateurs émotionnels de l'abus sexuel :

- Un changement d'humeur, l'apparition de nouveaux comportements sont perçus par la famille qui le voit comme dysfonctionnel :
- Perte de ses amis, de l'envie de jouer ou de s'amuser, s'isole de plus en plus, se sent mal aimé et mal compris de ses camarades ou de ses proches.
- Négligence corporelle et vestimentaire : L'adolescent aura un manque d'hygiène ce qui le rend repoussant.
- Il se cache sous des vêtements amples afin de ne pas attirer le regard sur lui (exemple : Une adolescente ayant subi un abus aura tendance à mettre de côté ses habits féminins et les échangera contre des vêtements larges à travers lesquels nul ne pourrait apercevoir ses courbes.
- Baisse des résultats scolaires, difficulté de concentration et d'attention ce qui se reflète sur les activités. Cependant il sera le premier à arriver à l'école et le dernier à la quitter ; avec des périodes de somnolence en cours dues à son sommeil perturbé.
- Des troubles de la relation avec les autres sont toujours présents : De confiance envers les gens autour de lui et de ses proches en particulier.

- Manifestations dépressives, des idées ou un comportement suicidaires et se livre à un comportement auto-destructeur : abus de drogues ou d'alcool, tentatives de suicide, etc. Cela entraîne une perte de l'estime de soi.
- Apparition de troubles du comportement : anorexie, boulimie, insomnie, agressivité inadéquate
- Il évoque des activités sexuelles ou déclare qu'il a été abusé et montre un intérêt inhabituel pour la sexualité, la grossesse, ou les maladies transmissibles sexuellement.(Simon, 2004)

2. Les conséquences causées par l'abus sexuel chez l'adolescent

Les sujets qui ont subi un abus sexuel passent par plusieurs états psychologiques qui s'enchaînent de façon bruyante ou discrète des troubles du comportement et/ou de la personnalité qui peut atteindre un psychotraumatisme. Ainsi, les adolescents sont alors marqués au fer rouge par l'abus sexuel ce qui entraîne une anesthésie physique et émotionnelle.

La particularité de l'abus sur ce mineur, par une personne investie de liens parentaux ou d'autorité paternelle déléguée, est qu'elle génère chez lui, de façon quasi indélébile, un trouble de la construction de la réalité et du monde : Qui croire ? A qui dois-je faire confiance ? Suis-je indigne d'être aimé ? Qu'ai-je fait pour être souillé et puni ainsi ?

Il est primordial de connaître les différents stades par lesquels cheminera l'abusé, puisque dans les heures qui suivent l'agression, est en proie à un malaise (réaction du corps face à une situation de stress) et un mal-être (une réaction d'inadaptation face à une ou plusieurs situations pathogènes évoluant au long cours) accompagnés de nombreux signes cliniques qui doivent orienter vers le diagnostic d'Etat de Stress Aigu ou ESA. Ainsi que des comportements et émotions tels que : la dépression, diminution de l'estime de soi, culpabilité, honte etc. (Simon, 2004)

Synthèse

Pour conclure, l'abus sexuel est une expérience caractérisée par un vécu lourd et traumatisant, conduisant ainsi à des conséquences néfastes sur la santé physique et mentale, et l'éducation de l'adolescent victime, mais également auprès de ses proches et de toute la société. Ainsi, l'abus sexuel représente un problème de santé publique qui concerne toute la population qui peut perdurer au cours de la vie et se poursuivre à travers les générations.

De ce fait, dans le chapitre suivant nous allons aborder les répercussions immédiates de cet abus et les différents indicateurs du vécu psychologique face à cette agression, notamment la détresse et dissociation péritraumatiques , ainsi que le trouble de stress aigu .

Chapitre II

Le vécu psychologique de l'adolescent abusé

Préambule

Le vécu psychologique face à un événement traumatique suscite une réponse, très différente d'un adolescent à un autre au cours duquel ils sont confrontés à la menace de la mort, à l'horreur ou ont été simples témoins de ceci, notamment les agressions sexuelles introduisent des réactions traumatiques particulières, ainsi que des réaménagements fatales de la santé mentale de l'adolescent. La violence contre celui-ci constitue un marqueur récurrent des modifications du champ social de l'Algérie et interroge les adaptations de suppléance d'aides et de conduites thérapeutiques adaptées.

Après un abord de la notion de vécu psychologique et le survol des différentes répercussions psychologiques de l'abus sexuel dans la première section, nous allons présenter les deux sections relatives aux trois indicateurs retenus, la première va se consacrer à la détresse et la dissociation péritraumatique et la deuxième au trouble de stress aigu, puis nous allons finir avec une prise en charge.

I- Vécu psychologique

1. La notion de vécu psychologique

Nous allons présenter un ensemble de définitions du « *vécu psychologique* », afin de parvenir à comprendre la situation dans laquelle se trouve un adolescent suite à un abus sexuel.

Selon le dictionnaire de psychologie (2013), le vécu désigne : « *l'ensemble des événements inscrits dans le flux de l'existence, en tant qu'ils soient immédiatement saisis et intégrés par la conscience subjective* ». (Doran, Parot, 2013, p.746).

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

Quant au psychologique : « désigne tout le fait existant a un instant donné et déterminant la conduite d'une personne ou d'un groupe à ce moment précis » (Sillamy, 1980, p.962).

Le terme psychologique est aussi défini comme appartenant à la psychologie qui est: « *la science des faits psychiques* ». (Sillamy, 2003, p.212)

Donc le vécu psychologique désigne selon Carl Rogers : « *« expérience » c'est-à-dire tout ce que l'individu ressent ou pense face à un événement et il s'agit de ce qui se passe à l'intérieur de l'organisme et cela peut devenir conscient* ». (Cité par Tavis, Wade, 2000, p.244).

En conséquence, le vécu psychologique fait référence à la manière dont l'individu perçoit les événements qui l'affecte, autrement dit c'est l'ensemble des sentiments, des émotions, des pensées que l'individu ressent face à une situation et cette expérience n'est pas accessible qu'au sujet concerné et renvoie à une histoire, une épreuve qui a été nécessairement vécu par une personne, un sentiment propre à un seul individu sans qu'il soit partagé.

Nous distinguons dans la notion du vécu psychologique deux sous-notions qui sont le bon vécu et le mauvais vécu. Par ailleurs, dans le cadre de notre travail qui porte sur les adolescents victimes d'abus sexuel, être victime signifie vivre un mauvais vécu donc, nous ne pouvons alors ne pas mentionner ce qu'est une victime ainsi que la victimologie qui la traite.

Une victime selon le domaine criminel est celle qui subit un dommage physique, corporel, psychique, moral, conséquence d'une infraction. Longtemps oubliée ou tenue à l'écart de l'enquête, voire du procès pénal, la victime est désormais au cœur des préoccupations de l'action de police et de justice. Progressivement, des voix se font entendre pour réclamer une prise en compte plus importante et systématique de la victime ainsi qu'un traitement proactif de situations potentiellement criminelles. (Bauer, Pérez , 2009)

On désigne sous le nom de « *victimes* » les personnes qui ont subi cette violence, qu'elles l'aient ou non vécue comme un trauma. Dans le cas où elles l'ont vécue comme un trauma , on parlera de victimes traumatisées. On considère aussi comme victime toute personne qui suite à l'action d'une autre personne ou d'un groupe de personnes ou du fait d'une catastrophe naturelle ou d'un accident sans auteur, a subi une atteinte à son intégrité physique ou mentale, ou à ses droits fondamentaux, ou une perte matérielle ,ou tout autre dommage ou préjudice. (Crocq, 2007)

La victimologie est une science criminelle s'intéressant aux victimes en général (d'attentats, d'accidents, mais aussi de tous les traumatismes subis), s'enrichit régulièrement des nouvelles avancées dans les domaines qu'elle couvre : législatif, thérapeutique, préventif.

Elle tente également de comprendre et d'analyser l'acte criminel à travers l'étude de la victime avant, pendant et après l'acte. (Coutanceau, Damiani,2018)

Dans notre travail nous avons donc essayé de s'intéresser au vécu psychologique des adolescents victimes d'abus sexuel. Ce qui semble être une réalité très dure à accepter voir l'incompréhension de l'adolescent à cet événement traumatique. Ce phénomène peut provoquer des réponses psychologiques intenses qui varient entre autre de l'âge, du niveau de développement du mineur, du type d'agression, des liens entre l'agresseur et la victime, etc... la période dans laquelle l'abus sexuel se produit est très importante, en particulier lorsqu'il survient dans les premiers stades de la vie de la victime, car le développement psychologique, mental et physique joue un rôle important dans la façon dont elle répond au traumatisme de l'abus sexuel, et l'adolescence est considérée comme l'un des âges critiques en raison des changements physiques, psychologiques et mentaux qui se produisent au cours de celle-ci, car il s'agit d'une étape de transition entre l'enfance et l'âge adulte.

A l'adolescence, cette intensité est influencée par la variabilité des âges qu'englobe le concept même d'adolescence « à 11 ans, chez une jeune fille tout juste pubère, l'impact ne peut être comparé aisément à celui qu'aura la même agression sexuelle chez une jeune femme de 17 ans presque majeure » (Huerre, 2003, p.25).

De ce fait, dans notre recherche nous allons nous focaliser sur le vécu psychologique des adolescents victimes d'abus sexuel, en essayant de mieux comprendre les réactions immédiates face à cet événement traumatique.

2. Le vécu psychologique de l'abus sexuel à l'adolescence

L'abus sexuel engendre plusieurs répercussions physiques, mais aussi psychologiques. Dans cette section nous allons présenter les différentes répercussions de cet acte qui nous semble importantes pour la compréhension de la démarche et des indicateurs choisis pour notre recherche.

2.1. Les répercussions de l'abus sexuel

- **Les répercussions cognitives et comportementales**

Pour T. Bastin, les symptômes-écrans apparaissent à l'adolescence, âge auquel le dévoilement de l'abus a le plus souvent lieu, et sont en général des actes commis sur le mode de troubles comportementaux. Il s'agit de comportements tels que : fugue, délinquance,

sexualité de type compulsif, toxicomanie et autres conduites addictives, troubles alimentaires ils peuvent avoir une connotation clairement autodestructrice : automutilation, tentative de suicide ; il peut s'agir aussi de comportements socialement inadaptés : absentéisme scolaire, agressivité inopportune avec autrui, tendance à s'isoler.

Le terme symptôme-écran se rapporte donc aux symptômes produits par la victime avant ou après le dévoilement des abus sexuels et qui ont pour fonction à la fois de cacher et de révéler l'existence du problème. Parce que la souffrance ne se manifeste jamais par des voies explicites, le symptôme révèle son existence, sans toutefois le faire de manière directe. (Gauthier, 2008) Les symptômes cognitifs les plus fréquents manifestés par les victimes suite à une agression sexuelle sont le syndrome de répétition, les troubles de la mémoire, les symptômes dissociatifs, la confusion et les troubles de la concentration (Mekideche ,2014).

- **Les répercussions dépressives**

Même si la plupart des victimes ne développent pas une véritable dépression, presque toutes sont, à un moment donné, tristes et sans espoir. Les symptômes dépressifs sont la tristesse, le dégoût de la vie, l'envie de mourir, les sentiments d'impuissance le découragement, le pessimisme, le désespoir, l'impression que l'avenir est dénué d'espoir et de promesse. Ces symptômes se manifestent notamment par des crises de larme, des pleurs constants, de l'abattement ainsi que par des pensées ou des passages à l'acte. (Josse,2010).

- **Les dépendances**

La souffrance psychique favorise la consommation abusive d'alcool, de médicaments psychotropes et de drogues. Le recours aux substances psycho actives est une tentative d'automédication contre les symptômes traumatiques (cauchemars, souvenirs répétitifs, flash-back), les troubles associés (dépression, anxiété) et les réactions de stress (hyper activation neurovégétative) ou est un moyen de fuir la réalité. (Josse,2010).

L'événement actuel est traumatique en soi, il implique une perte du sens, l'appel au passé, l'investissement de l'actuel par le passé a pour fonction de donner un sens .le sujet tente de donner au traumatisme actuel une forme reconnaissable, familière, en attractant des expériences passées, en faisant appel à des expériences connues pour donner une forme et un sens à l'expérience actuelle, afin qu'elle puisse être liée, intégrée (Garland, et al.,1998).

- **Le traumatisme psychique**

Avant d'aborder la notion du traumatisme, nous trouvons nécessaire de définir d'abord les concepts de base qui expliquent l'apparition d'un traumatisme psychique et donc ce qu'est un événement et éventuellement un événement traumatique

L'événement traumatique paraît être un concept clé dans la perception contemporaine du phénomène de traumatisme, car il constitue le point de départ visible de l'histoire traumatique. (Vitry, 2000)

Pour commencer nous devons définir c'est quoi un événement dans son sens général. Il est défini comme « tout ce qui arrive » (Littré, 1974), s'est précisée en un siècle pour désigner d'abord « le fait auquel vient aboutir une situation », c'est-à-dire l'issue, le résultat, contraire ou non aux attentes, puis « tout ce qui arrive et a quelque importance pour l'homme », bonheur ou catastrophe, coïncidence ou destin (Robert, 1977)

Or, Par événement est désigné ce qui se produit, ce qui arrive, apparaît ou fait circonstance. Dérivé du latin *evenire* qui signifie « arriver », l'événement peut être qualifié d'heure, de malheureux, d'inattendu, d'exceptionnel ou de choquant. (Souki, 2002). Nous pouvons dire que l'événement à l'origine du trauma est inattendu et intense voire choquant dans sa gravité.

En effet, l'événement traumatique s'il « *est hors du commun, dépassant le domaine des expériences habituelles, vécu avec la mort* » (Crocq, 2000, p.34). C'est là toute la signification et toute la valeur d'un événement, celui qui produit *l'effroi* chez le sujet et le met *face au réel de sa propre mort*. (Rouag-Djenidi, 2011)

De plus, l'événement traumatique est un événement qui confronte le sujet à une réelle menace de mort ou à une menace pour son intégrité physique ou celle des autres, il se caractérise par sa soudaineté, sa violence, son intensité et par impossibilité pour les personnes et l'institution qui s'y trouvent impliqués d'y résister. (Romano, 2011). Il peut provoquer une réaction de stress face à l'évènement stressant, et qui serait le résultat de l'accumulation de changement majeur nécessitant un ajustement un travail minutieux d'identification des principaux événements. (Varescon, 2012).

Par ailleurs, un événement est considéré comme traumatogène ou « *traumatique* » lorsqu'il présente deux caractéristiques. D'une part, il implique une menace de mort ou une

menace grave à l'intégrité physique. D'autre part, il a entraîné une peur intense, de l'impuissance ou de l'horreur chez la victime (APA, 2003).

De ce fait, Le mot « traumatisme » vient des mots grecs anciens *traumatismos*, signifiant action de blesser, et *trauma*, signifiant blessure. Appliqué à la pathologie chirurgicale, il signifie « transmission d'un choc mécanique exercé par un agent physique extérieur sur une partie du corps et y provoquant une blessure ou une contusion ». Transposé à la psychopathologie, il devient traumatisme psychologique ou *trauma*, soit « la transmission d'un choc psychique exercé par un agent psychologique extérieur sur le psychisme, y provoquant des perturbations psychopathologiques, transitoires ou définitives ». La clinique chirurgicale distingue les « traumatismes ouverts », où il y a effraction du revêtement cutané, et les « traumatismes fermés », sans effraction.

On peut donc définir le traumatisme psychique ou *trauma* comme *un phénomène d'effraction du psychisme, et de débordement de ses défenses par les excitations violentes afférentes à la survenue d'un événement agressant ou menaçant pour la vie ou l'intégrité (physique ou psychique) d'un individu, qui y est exposé comme victime, témoin ou acteur.*(Crocq,2007, p.7)

Le traumatisme psychique est décrit selon le grand dictionnaire de psychologie comme un « événement subi par un sujet qui en ressent une très vive atteinte affective et émotionnelle, mettant en jeu son équilibre psychologique et entraînant souvent une décompensation de type psychotique ou névrotique ou diverses somatisations. » Ces événements sont alors multiples tels que des agressions sexuelles, des catastrophes naturels, des accidents, etc. (Blochet al., 1999)

Nombreuses sont les définitions données au *trauma* « traumatisme psychique », celles-ci diffèrent selon les auteurs on pourra citer entre autres Louis Crocq, François Lebigot, mais aussi Bertrand Olliac.

Louis Crocq précise que le traumatisme psychique ou *trauma* est « un phénomène d'effraction du psychisme, et le débordement de ses défenses par les excitations violentes afférentes à la survenue d'un événement agressant ou menaçant pour la vie ou l'intégrité (physique ou psychique) d'un individu, qui y est exposé comme victime, témoin ou acteur ».

Pour François Lebigot, le traumatisme psychique résulte d'une rencontre avec le « réel » de la mort. Cela veut dire que le sujet s'est vu mort ou il a perçu ce qu'est vraiment la mort

comme anéantissement, et non sous cette forme imaginaire qui caractérise le rapport des hommes à la mort. (Lebigot, 2006)

Enfin pour Bertrand Olliac, le traumatisme fait effraction dans le psychisme du sujet victime d'un événement traumatisant. C'est un phénomène de débordement du psychisme d'une personne, qui se trouve dans l'incapacité de symboliser une expérience effrayante. Cet événement est porteur d'un message qui va à l'encontre de ce que la personne tenait pour vrai dans sa compréhension d'elle-même et du monde. Elle se trouve donc dans l'incapacité de penser, d'élaborer, de réagir. Le traumatisme peut naître classiquement d'une confrontation avec le « réel de la mort », mais il peut aussi trouver son origine dans l'attaque du symbolisme : transgression des lois sociales, morales, des tabous, attaque de la logique, du sentiment de sécurité ou de justice. (Olliac, 2012)

Plus particulièrement, dans notre recherche nous nous sommes intéressés à l'adolescence, car l'événement traumatique peut manifester maintes réactions chez l'adolescent, comme pour l'adulte, le traumatisme de l'adolescent est généralement lié à une situation où il a été confronté à la mort ou à la menace de mort, à des blessures graves ou au péril de tels dommages, à des violences sexuelles ou au risque de telles agressions. Cet événement constitue donc une menace pour la vie (mort réelle ou possible) ou pour l'intégrité physique (lésions corporelles, violation de l'intimité) et/ou mentale (perte de biens personnels, outrage à l'honneur ou aux droits fondamentaux, etc.) de sa propre personne ou de celle d'autrui.

S'ils sont moins influencés que les jeunes enfants par le vécu subjectif de leur entourage, les adolescents peuvent toutefois être fortement choqués par l'attitude des adultes qu'ils jugent au crible des valeurs morales : courage, altruisme, dévouement, générosité, vérité, justice, etc. Si au moment de l'incident critique ou dans son décours, ceux-ci se sont montrés pleutres, égoïstes, lâches, sans cœur, méchants, malhonnêtes ou partiaux, leur confiance en l'humanité peut s'en trouver ruinée. (Josse, 2011)

Le tableau clinique du trauma chez l'adolescent comporte, comme chez l'adulte, les manifestations de reviviscence, les évitements et l'irritabilité neurovégétative. Parmi les reviviscences, les *phénomènes dissociatifs*, tels que flash-back, hallucinations ou illusions, sont fréquemment décrits et peuvent être considérés comme symptômes spécifiques de cette tranche d'âge.

Il en est de même pour la *mise en acte*, moyen de défense psychologique prévalent dans cette tranche d'âge. Elle peut s'exprimer sous forme de comportements auto-agressifs (automutilations) ou de conduites suicidaires s'inscrivant souvent dans un vécu de culpabilité (comportement autopunitif). (Crocq, 2007)

Les comportements agressifs et prédélinquants peuvent également être observés ; ils ont une signification de perte des repères ou de perte de la confiance accordée aux adultes. La prise de toxiques et d'alcool peut s'offrir comme une alternative permettant à l'adolescent de fuir un vécu douloureux et insupportable.

Parfois, des somatisations douloureuses et des conversions hystériques (Fausses anesthésies ou fausses paralysies, aphonies, etc.) peuvent être observées. Mais aussi des perturbations des fonctions instinctuelles, donnant lieu à des troubles du sommeil, des troubles des conduites alimentaires et des troubles du comportement sexuel (précocité des passages à l'acte, hyper sexualisation, avec tendance à la prise de risque et à la multiplication des partenaires, particulièrement après les traumas par abus sexuel). (Crocq, 2007)

Enfin, chez les adolescents les plus fragiles, le trauma, venant décompenser un équilibre précaire, peut provoquer des troubles de l'identité et de la personnalité, donnant lieu à la survenue d'états de dépersonnalisation (dits « dissociatifs ») éphémères, et aussi à l'éclosion brutale ou insidieuse d'une psychose. (Crocq, 2007)

Parmi les réactions qui nous intéressent et qui visent directement les indicateurs du vécu psychologiques chez les adolescents abusés sexuellement, nous soulevons la phase aiguë d'un traumatisme qui pour nous, marque le début du traumatisme et se focaliser sur cette phase immédiate ou il demeure crucial de la dépister, car le pronostic ultérieur en dépend et cela pour pouvoir remédier à un état plus avancé voire un état de stress post traumatique.

De ce fait, en fonction de leur maturité et de la gravité des événements, au moment de l'événement et dans les jours qui suivent, les adolescents vont réagir par un stress adapté ou vont présenter des réactions de stress dépassé. Les sujets prédisposés peuvent déclencher des troubles psychopathologiques tels que les troubles dissociatifs avérés et des troubles de l'identité ou de la personnalité, en particulier dans les traumatismes répétés ou prolongés (Amaya-Jackson, 1995). Les troubles du comportement alimentaire, les passages à l'acte suicidaire, les automutilations, les fugues, les conduites d'hypersexualité et prédélinquantes, l'abus d'alcool et de substances toxiques se produisent alors. Les impulsions auto-agressives

pourraient s'interpréter comme des tentatives pour échapper à des états pénibles de vide, de détachement et d'émoussement. Ces affects et les passages à l'acte sont plus fréquents à cet âge. L'étude de Yule (1992) donne une idée de la distribution des items de stress post-traumatique chez l'adolescent un an après le trauma. Les symptômes présents dans deux tiers des cas sont des pensées intrusives récurrentes et des symptômes phobiques (détresse à l'exposition, évitement des activités, des pensées et sentiments liés au trauma) ; L'irritabilité et les colères sont retrouvées chez 40 % des jeunes ; les rêves récurrents ne représentent que 35 % des sujets et les flashbacks 15 %.(Coutanceau et al., 2016)

Plus que leurs benjamins, les adolescents peuvent manifester des symptômes dissociatifs. Ils sont hébétés et désorientés, ils ne comprennent pas ce qui arrive (stupeur dissociative, état confusionnel), ils courent soudainement sans but établi (fugue dissociative), ils ont l'impression de vivre un rêve éveillé ou un cauchemar (déréalisation), ils éprouvent des sensations de dédoublement, d'être spectateur de leur vie, d'agir de façon machinale (dépersonnalisation) ou ont le sentiment que leur corps ne leur appartient pas (décorporalisation). Ils ressentent des sentiments intenses de peur, d'horreur, de colère ou d'impuissance. Ces émotions se doublent généralement de sensations physiques désagréables dues à l'activation neurovégétative orthosympathique (détresse péritraumatique). peut mieux faire dans ce point, présenter les différentes réactions immédiates, notamment la détresse péritraumatique et bien d'autres.(Josse,2011)

II) La détresse et la dissociation péritraumatique

Lorsqu'on aborde le traumatisme, il en va de paire d'aborder les manifestations qui apparaissent suite à l'événement traumatique. La déréliction et les phénomènes péritraumatiques tels que la détresse et les dissociations sont des manifestations pathognomoniques des états de stress aigu. Leur présence affirme le diagnostic. C'est pour cela que nous avons abordé la détresse péritraumatique puis dissociation.

Crocq (2007), propose de dénommer « *réaction immédiate* » cette réaction qui suit immédiatement l'agression et qui ne dure en principe que quelques heures (de 1 à 6 heures, mais dans certains cas de figure une journée). Elle est le plus souvent normale, adaptative (quoique grevée de symptômes neurovégétatifs gênants) ; mais elle peut se révéler parfois pathologique, et inadaptative. (Crocq,2007)

En se référant au concept de dissociation selon Pierre Janet, des cliniciens américains comme Marmar et Van der Kolk ont recherché de tels critères prédictifs, qu'ils ont dénommés signes de « dissociation péritraumatique » et de « détresse péritraumatique ».

Marmar (1997) a retenu comme signes de *dissociation péritraumatique* : la confusion mentale, la désorientation spatiale, l'impression de temps ralenti, la perte du fil des idées, l'impression d'être le spectateur d'un film, l'impression d'étrangeté de l'environnement, l'amnésie de certains aspects de l'événement, l'état oniroïde, l'impression de déformation de l'image de son propre corps, l'impression que l'événement arrive à quelqu'un d'autre mais pas à soi et l'impression d'agir en « pilote automatique ». (Crocq,2007)

Il a retenu comme signes de *détresse péritraumatique* : le vécu de peur extrême, d'horreur, l'impression de mort imminente, la tristesse, la colère, la honte et la culpabilité, l'impression de s'évanouir, le relâchement sphinctérien, le vécu d'impuissance et la peur de perdre son contrôle. (Crocq,2007)

1. La détresse péritraumatique

La notion de détresse péritraumatique est apparue il y a quelques années dans la littérature québécoise. Il s'agissait pour des auteurs comme A. Brunet non seulement de proposer une description clinique plus riche que la dissociation, mais surtout de pouvoir établir un outil en permettant une évaluation quantitative et qualitative précise, fiable et reproductible. C'est ce que permet un outil psychométrique comme la PDI (Peritraumatic Distress Inventory) qui explore avec beaucoup de pertinence toutes les réactions cognitives, émotionnelles, et physiques survenant au moment d'un événement traumatique et dans les heures qui suivent. La détresse péritraumatique représente pour certains une condition nécessaire, mais non suffisante, pour affirmer la rencontre traumatique et, tout comme la dissociation, mais de manière moins constante, elle semble être un facteur de risque de développement d'un trouble psychotraumatique séquellaire. Elle s'articule autour de deux dimensions : celle des émotions négatives telles que la colère, honte, sentiment de menace vitale, notamment la peur de mourir et la peur pour sa propre sécurité. Mais également des indicateurs péritraumatiques végétatifs « *souffle court, tremblements, tachycardie et sueurs* » ; items susceptibles d'augmenter la puissance prédictive pour un PTSD ultérieur. (Ducrocq, Vaiva, 2014)

La détresse péritraumatique est alors un phénomène qui, au regard de l'image traumatique incrustée, peut faire l'objet des mêmes remarques que les états de stress aigu. Néanmoins, s'y caractérise plus nettement un élément indissociable de l'effroi : dans ce bref instant où le sujet perd l'usage, il vit une expérience de déshumanisation. L'homme est un être parlant avant tout, et la perte de mots à sa disposition pour traiter le réel le renvoie à l'état d'animal ou d'objet ; si bien que certains patients rapportent leur expérience en ces termes. D'avoir éprouvé cette destitution et à chaque fois qu'ils se souviennent de l'événement traumatique, cela les plonge dans une détresse quasi métaphysique, qu'ils tentent d'humaniser avec tous les éléments de réalité qui justifient une détresse « *ordinaire* », susceptible d'être partagée. (Vaiva,2005)

2. La dissociation péritraumatique

2.1.Historique de la dissociation péritraumatique

La dissociation fut un thème qui tint une place considérable dans le champ de la psychopathologie de la fin du xix^e siècle au début du xx^e siècle. Ensuite, cette problématique a été délaissée, jusqu'aux années 1980. Pourtant, on ne peut ignorer le nouvel engouement pour la dissociation. Il serait alors plus judicieux d'intégrer cette conception psychopathologique du psychisme dans la clinique ou dans les recherches dès lors que l'on s'intéresse au psychotraumatisme.

Historiquement, il est difficile de dissocier les études sur les troubles dissociatifs de celles que Charcot mena sur l'hystérie et l'hypnose. Ce dernier a toujours reconnu l'existence du somnambulisme, de la fugue et de la personnalité multiple, qu'il considérait comme des manifestations de ce que l'on appelait à l'époque « la grande hystérie ». A travers ses travaux, Charcot a eu de nombreuses implications dans le développement de la psychiatrie moderne, ce qui montre que sa contribution à l'étude et à la compréhension de la dissociation fut considérable, ce qui a tendance à être négligé de nos jours. Nous allons tout d'abord aborder la dissociation selon Pierre Janet, qui fut sans doute le plus influencé par Charcot. Ce chercheur trop peu connu révélera tout son génie et sa modernité, Janet reste l'un des plus grands théoriciens du xx^e siècle dans le champ de la psychopathologie. Nous aborderons ensuite l'approche et les positions de Freud, dont les conceptions sur la dissociation n'ont cessé d'évoluer, pour finalement être écartées de ses conceptions théoriques. (Montel, Tarquinio, 2014)

- **La dissociation selon JANET :**

Pierre Janet a été fortement influencé par Charcot, ainsi il consacra ses recherches à l'étude des patients hystériques. Janet proposa d'abord le terme de « désagrégation psychologique », pour identifier certaines des manifestations de ses patients ; désagrégation qui deviendra plus tard la « dissociation psychique ». Selon lui, l'hystérie pourrait s'envisager comme une perte de capacité d'intégration psychique, qui activerait certaines activités psychiques tournées vers le passé, notamment vers des souvenirs traumatiques. C'est à travers l'hypnose héritée de son passage à la Salpêtrière, qui lui permit d'accéder aux traumatismes anciens de ses patients, des traumatismes qui devaient être pris en compte pour comprendre le sens des symptômes, même si pour les patients cette mise en lien semble difficile, voire impossible.

Ainsi, les mémoires traumatiques seraient « dissociées » du champ de la conscience. Janet rendra compte de ses observations et de ses premières formulations théoriques et thérapeutiques dans deux ouvrages *L'Automatisme psychologique*, en 1889 et *L'État mental des hystériques*, en 1893. Pour lui, la dissociation s'organise autour de deux processus « l'un constitue la personnalité ordinaire, et l'autre qui peut à son tour se subdiviser et former une personnalité anormale distincte de la première et complètement ignorée de celle-ci ». C'est de la jonction entre conscient et inconscient dont il est question ici. La dissociation apparaît comme le trait d'union entre ce qui est accessible, manifeste, et conscient et ce qui ne l'est plus. Cependant cette dissociation est loin d'être linéaire et simple. Elle peut prendre différentes formes, selon la nature des relations existantes entre ces deux personnalités. La séparation peut par exemple être incomplète, lorsque la seconde personnalité n'est pas totalement indépendante de la première ; voire totale lorsque l'une et l'autre se développent dans des sens différents. Mais les deux personnalités peuvent s'unir à nouveau et dépendre en creux l'une de l'autre. Les choses se trouvent alors inversées. C'est la personnalité seconde, anormale et inconsciente qui alors domine et détermine les idées et les actes de la première. Tout se passe alors comme si elle prenait le contrôle de la personnalité normale. Ainsi, il existe une dimension dynamique et complexe de la dissociation qui ne relève pas d'un fonctionnement univoque et permanent. Le développement que va proposer Janet, bien qu'influencé par son époque deviendra plus fin et plus élaboré, s'inscrivant de plain-pied dans le développement d'une psychopathologie moderne, qui trouve aujourd'hui encore ses prolongements. (Montel, Tarquinio, 2014)

Il souligne le rôle fondamental de l'émotion dans la désorganisation de la synthèse mentale, en particulier au niveau de la mémoire, les amnésies résultantes, selon lui, d'une dissociation. Sous l'effet d'un choc émotionnel, les processus mnésiques codent les informations d'une façon particulière. Pour Janet, comme pour nombre de ses successeurs, les mnésies traumatiques se différencient des souvenirs normaux. Ces mnésies, que Janet nomme idées fixes, sont composées d'éprouvés physiologiques, d'impressions sensorielles « *visuelles, auditives, kinesthésiques, etc.* » et de mouvements variés ainsi que de vécus affectifs et cognitifs « *pensées, idées* » partiels ou désintégrés. Ces aspects fragmentés de l'expérience ne permettraient pas à un réel souvenir de s'élaborer et de s'intégrer dans la biographie du sujet. Les mnésies traumatiques sont dissociées, sensorielles et affectives et se différencient des souvenirs normaux, narratifs, verbaux et sémantiques. Isolées de la personnalité habituelle « *ou conscience personnelle* », ces idées fixes évolueraient dans l'inconscient à la manière d'un parasite.

Selon Janet, le sujet confronté à un événement perturbant ou traumatique ne peut y faire face parce qu'il ne possède pas « *l'éducation antérieure* » qui lui permettrait de réagir automatiquement, qu'il est dépourvu de la « *force vitale* » nécessaire ou que le temps d'adaptation lui manque. Janet précisera également que la dissociation provoque une déstructuration de la personnalité temporelle. (Josse,2014)

- **La dissociation chez Freud :**

Un autre célèbre disciple de Charcot, Freud, identifiait parmi les troubles hystériques ceux dus à la dissociation « les états de conscience modifiés, somnambulisme, fugue, personnalité multiple », et ceux dus à la conversion, incluant des symptômes moteurs et sensitifs « paralysies, anesthésies ». Freud a proposé un modèle conflictuel du fonctionnement psychique, dans lequel le Moi se protège des expériences traumatisantes par le refoulement.

Mais, en 1895, Freud et Breuer dans leurs « *Études sur l'hystérie* », n'en sont pas là. À cette époque, on peut même dire qu'ils s'inscrivent dans le prolongement des thèses de Janet, entendant par Spaltung la séparation qui s'opère entre le conscient et l'inconscient dans la névrose. Rappelons, que Freud a longtemps donné au traumatisme psychique un rôle important dans l'étiologie de l'hystérie. Il développa alors, une théorie dite pan-traumatique (Barrois, 1988), dans laquelle névrose hystérique et névrose traumatique étaient toutes deux déclenchées par un même mécanisme. « Dans la névrose traumatique, la maladie n'est pas

vraiment déterminée par une passagère blessure du corps, mais bien par une émotion : la frayeur, par un traumatisme psychique » (Freud, 1895). C'est l'émotion liée à cet événement qui serait responsable du traumatisme psychique : « Pour créer des représentations, le psychisme déploie une activité en partie consciente, en partie inconsciente. Les représentations peuvent ou non devenir conscientes. Il ne convient donc pas de parler d'une scission dans le conscient, mais d'une dissociation dans le psychisme. La dissociation qui apparaît dans l'activité psychique existe de façon rudimentaire dans toute "grande" hystérie. À notre avis, la tendance à cette dissociation, sa possibilité constituent dans cette névrose un phénomène fondamental » (Freud, Breuer, 1895, Cité par Montel, Tarquinio, 2014).

Le parallèle avec les propositions de Janet est considérable. Plus tard, dans le cadre de sa deuxième topique, Freud élabore le concept de « clivage du Moi » comme un mécanisme opérant dans le fétichisme et les psychoses I y décrit la coexistence au sein du Moi de deux attitudes ou postures psychiques différentes, voire opposée vis-à-vis de la réalité extérieure : l'une dénie cette réalité, alors que l'autre la reconnaît plutôt comme une menace. À partir de cette époque, Freud fera plutôt référence au clivage qui peut conduire dans l'hystérie, à une forme de dédoublement de la conscience, à des personnalités bien séparées (Laplanche et Pontalis, 1967). C'est dans « Étude comparative des paralysies motrices organiques et hystériques » que Freud a le mieux explicité sa position. Il insiste sur l'importance de la dissociation et d'autres phénomènes psychiques dans les paralysies hystériques. Mais comme le reprennent Thoret et al. (1999), si pour Janet, c'est l'expérience traumatique qui explique ce phénomène de dissociation, pour Freud, c'est bien le résultat d'un investissement affectif intense qui ne deviendra traumatique que si la dissociation et l'isolement maintiennent ces phénomènes séparés, surinvestis et inaccessibles. Freud (1893) rappelle que les symptômes disparaissent quand le thérapeute réussit à mettre en lumière le souvenir de l'événement déclenchant, ce qui est assez proche des fonctions qu'avait données Janet à la dissociation. Mais Freud va prendre ses distances et le pas décisif fut franchi quand la dissociation fut appréhendée comme le résultat d'une autosuggestion, en lien avec le caractère invouable de certains désirs avec la morale. Tout est refoulement, un refoulement qui va alors remplacer et englober la dissociation. (Montel, Tarquinio, 2014)

Les travaux de Pierre Janet et de Sigmund Freud ont alimenté les conceptions modernes de la dissociation. Parfois assumées, souvent tuées de telles approches se retrouvent jusque dans les nosographies des différentes versions du DSM. (Montel, Tarquinio, 2014)

- **Le DSM et la dissociation**

Comme le rappellent Lazignac et al. (2005) : « Jusqu'en 1952, les classifications nosologiques de la névrose ont retenu la classification de Freud avec l'hystérie de conversion et l'hystérie dissociative, puis avec le DSM-I, ces deux entités ont été séparées en réaction de conversion et réaction dissociative. Cette scission fut temporairement suspendue avec la publication du DSM-II (1968), qui distinguait la névrose hystérique de type conversive et la névrose hystérique de type dissociative. Les deux catégories furent à nouveau séparées lors de la troisième édition du DSM-III en 1980 et, dans sa version révisée, DSM-III-R en 1985. Dans les deux dernières éditions du DSM (DSM-IV et DSM-IV-TR), le trouble de conversion fait partie des troubles somatoformes, catégorie nosologique distincte des troubles dissociatifs ». Au fond, il s'agissait de rompre avec une psychanalyse, insuffisamment opérationnelle au goût des Nord-Américains plus préoccupés par le caractère rationnel et opérationnel de la pratique clinique, que par les considérations théoriques et épistémologiques que, parfois, elle impose. La posture bien que critiquable s'est néanmoins imposée, même si aujourd'hui plus qu'hier, on en mesure les limites. Néanmoins, la plupart des études cliniques récentes utilisent les critères diagnostiques du DSM-IV. C'est la raison pour laquelle nous avons fait le choix de présenter les différentes déclinaisons des troubles dissociatifs que propose cette classification nosologique. (Montel, Tarquinio, 2014)

2.2. Définitions de la dissociation péritraumatique

Selon le Littré, on retrouve deux définitions du terme dissociation. C'est d'abord « l'action de dissocier. La dissociation des éléments d'un corps ». C'est ensuite un terme de chimie. « État où les corps sont sous leur forme élémentaire et simple, mais où ils ne se combinent pas, parce qu'ils en sont empêchés par leur température élevée ». Ainsi, et pour reprendre Thoret et al. (1999) « les définitions de la dissociation renvoient à un mouvement de séparation, de rupture, de désagrégation, de disjonction. La dissociation est le mouvement inverse du processus d'association ». Cette définition se rapproche alors de ce qu'on pourrait observer sur le plan psychopathologique. (Montel, Tarquinio, 2014)

La dissociation psychique peut être définie comme la rupture de l'unité psychique, c'est-à-dire la désunion de fonctions normalement intégrées que sont la conscience, la mémoire, l'identité ou la perception de l'environnement. Prise en ce sens, qui est celui que lui avait donné Pierre Janet, la dissociation est aujourd'hui un concept majeur dans le champ de

la psychotraumatologie. Les très nombreuses recherches qui y sont consacrées mettent en avant son rôle fondamental dans la constitution de la pathologie traumatique. (Kédia ,2009)

Le DSM-V (APA, 2013) définit la dissociation comme « une rupture et/ou une discontinuité dans l'intégration normale de la conscience, de la mémoire, de l'identité, de l'émotion, de la perception, de la représentation corporelle, du contrôle moteur et du comportement. ».

Avant d'aborder la dissociation dite pathologique il serait nécessaire de la prendre d'abord dans sa dimension quotidienne. Cette dernière est la transe quotidienne spontanée, qui correspond aux capacités naturelles d'absorption dont disposent les sujets. Cette dissociation « normale » recouvre la possibilité de se protéger d'une situation perçue comme menaçante en se « coupant » de ses sensations douloureuses. Ainsi, dans la vie quotidienne, les individus traversent différents états de conscience pour s'adapter à des rôles et des situations variés qui traduisent leurs ressources et leurs limites. Il s'agit d'un processus dynamique de dissociation/association permettant de compartimenter des expériences distinctes de la vie, et en particulier d'écarter stress ou tracas de façon plus ou moins durable. Cette aptitude innée, naturelle, impliquant des comportements réflexes et automatiques reflète la capacité à s'intérioriser par le recours à l'imaginaire, l'esprit s'affranchissant des contraintes du réel.

Mais dans le cas où cette aptitude défensive perdure au-delà d'un danger, de façon rigide et perturbante pour le sujet, c'est le signe d'une dissociation pathologique induisant des symptômes traumatiques, ce qui définit le deuxième type de dissociation : la dissociation traumatique. Celle-ci a été décrite comme étant un processus de séparation mentale structurée affectant les perceptions, les émotions, la mémoire et l'identité qui sont normalement intégrées et accessibles à la conscience. Même si l'expérience reste accessible à la conscience, elle est perturbée au niveau qualitatif, au niveau de la relation à soi tel que la dépersonnalisation, ou au niveau du contrôle volontaire exercé sous forme de flash-back. Par ailleurs, le sujet n'a pas de conscience réfléchie de ce processus.

Un traumatisme induirait ainsi une transe naturelle, moyen de défense face à la situation qui devient pathologique lorsqu'il perdure au-delà du danger et désorganise le sujet. Certains auteurs conceptualisent ainsi la dissociation péritraumatique comme étant une réponse adaptative à un événement stressant : le sujet garde un contrôle mental partiel alors que le contrôle physique est altéré. Si la dissociation se prolonge dans la vie quotidienne, elle permet à l'individu de se déconnecter de ses affects et d'éviter l'émergence de souvenirs

traumatiques. La dissociation a donc ici pour effet une compartimentation de l'expérience traumatique. Néanmoins, en raison même de cette « protection » qu'elle offre la dissociation induit un syndrome de répétition invalidant qui définit le TSPT. (Fareng, Plagnol, 2014)

La dissociation péritraumatique est toute particulière et se traduit par une réponse du type freezing. Dans les heures qui suivent l'exposition à l'événement, on retrouve fréquemment différents symptômes : un sentiment subjectif de torpeur, de détachement, voire une absence de réactivité émotionnelle, une réduction de la conscience de l'environnement, une impression de déréalisation, de dépersonnalisation, une amnésie dissociative. Tous ces symptômes de dissociation aiguë font partie des critères diagnostiques de l'état de stress aigu. Pour certains auteurs, la dissociation péritraumatique est le meilleur prédicteur de développement d'un TSPT. (Bourgault, 2013)

2.3. Les réactions dissociatives péritraumatiques

Les réactions dissociatives péritraumatiques se traduisent par l'amnésie dissociative, la stupeur dissociative, les troubles somatoformes dissociatifs, le trouble de dépersonnalisation, la déréalisation, les actions automatiques et la distorsion temporelle.

- **L'amnésie dissociative partielle ou totale** : Les victimes ne se rappellent pas de tout ou partie de l'événement critique qu'elles ont vécu. L'amnésie peut perdurer longtemps, parfois toute la vie. Sa levée peut se produire spontanément, être engendrée par un stimulus-déclencheur (images à la télévision, odeur, bruit, lieu, etc.) ou être favorisée par un abaissement ou une altération de la conscience vigile (états hypnagogiques et hypnopompiques, relaxation, fatigue, sommeil, méditation, état hypnotique, ivresse, etc.). La plupart des victimes sont perturbées par ce défaut de souvenirs. Néanmoins, certaines témoignent du contraire et se déclarent ravies de ne pas se souvenir de toute l'horreur.
- **La stupeur dissociative** : Les victimes sont dans un état de sidération, d'hébétude, de stupéfaction. Elles manifestent un état confusionnel s'accompagnant de bradypsychie, de désorientation et d'une altération de la capacité à raisonner, à comprendre les choses, à prendre des décisions et des initiatives, à poser des choix et à agir ou à réagir de manière adaptée. Elles paraissent indifférentes à ce qui leur arrive et au drame qui se joue et donnent l'impression de ne pas entendre lorsqu'on leur adresse la parole. Elles sont présentes physiquement, souvent figées, mais leur esprit semble absent.

Elles sont absorbées par la scène traumatique qu'elles revivent de manière hallucinatoire, parfois pendant plusieurs jours. Elles racontent leur récit en boucle, sans tenir compte de leur interlocuteur, le regard rivé sur le scénario traumatisant qui se déroule dans leur esprit. Certaines personnes sont tellement confuses qu'elles éprouvent des difficultés à décliner leur identité et à répondre aux questions qu'on leur pose. Ultérieurement, elles peinent à se rappeler le déroulement de l'événement (amnésies, distorsions mnésiques telles que rappel anarchique de la succession des événements et interprétation erronée des faits, etc.) et d'en préciser la durée réelle. (Josse,2014)

- **Les troubles somatoformes dissociatifs** : Les victimes peuvent manifester des troubles psychomoteurs dissociatifs entraînant une paralysie, une aphonie, un bégaiement, un trouble de la marche ou de l'équilibre, des mouvements involontaires et incontrôlés, des troubles sensitifs (perte de sensibilité ou de la sensation douloureuse), etc. (Josse,2014)
- **La dépersonnalisation**. Certaines victimes sont dissociées de leur identité et ont l'impression de ne plus être elles-mêmes. Elles éprouvent des sensations de dédoublement (par exemple, de se voir elles-mêmes de l'extérieur), d'être spectateur de leur vie ou d'agir de façon machinale à la manière d'un robot ; elles ont l'impression que l'événement arrive à une autre personne (défaut de personnification), que leur corps est déformé ou qu'il ne leur appartient plus (décorporealisation).
- **La déréalisation**. Les victimes ont un sens altéré de l'expérience de la réalité ; elles ressentent des impressions d'irréalité ou d'étrangeté des personnes et des choses ; elles éprouvent un sentiment prolongé et récurrent de détachement ; elles ont la sensation de vivre un rêve éveillé ou un cauchemar. (Josse,2014)
- **Les actions automatiques**. On parle d'action automatique lorsque les personnes adoptent un comportement qui n'est pas issu d'un processus réflexif ou décisionnel. Les gestes et les actes sont exécutés machinalement dans un état de dissociation, ce qui les différencie d'une réaction réellement adaptée. Les victimes témoignent généralement d'un vécu de déréalisation ou de dépersonnalisation et manifestent fréquemment une amnésie rétrograde (limitée à la période de l'action automatique). Certaines actions automatiques semblent appropriées à la situation (s'enfuir pour échapper au danger, porter secours à des victimes en situation dangereuse comme, par exemple, entrer dans une maison en feu pour sauver des enfants, etc.), d'autres sont

clairement inadaptées (gestes stéréotypés et comportements répétitifs inefficaces ou incongrus tels que lisser inlassablement le pli d'un vêtement complètement déchiré, parler aux personnes décédées, etc.). Parmi les plus fréquentes, citons les errances (déambulations au hasard) et la fugue dissociative, déplacement soudain, sans but préalablement établi et réfléchi ne cessant que lorsque la victime est épuisée. Dans sa fuite affolée, la personne se heurte parfois aux obstacles, piétine autrui, revient vers le danger au lieu de s'en éloigner, etc. Les raptus suicidaires commis au moment du drame pourraient eux-aussi être mus par ce qui semble être un besoin impérieux d'agir (par exemple, défenestration des victimes d'un immeuble en flamme).(Josse,2014)

- **La distorsion temporelle.** Certaines personnes témoignent d'une perception altérée du temps, les événements leur semblant se dérouler au ralenti. Parallèlement, elles peuvent avoir l'impression de voir toute leur vie défiler devant leurs yeux en un temps record. Ce phénomène de brève durée apparaît généralement dans des situations extrêmes.

La dissociation péritraumatique fait craindre une évolution péjorative de l'état psychique des victimes. Les phénomènes dissociatifs comptent parmi les stratégies d'adaptation. Néanmoins, lorsqu'ils sont massifs (par exemple, amnésie totale ou amnésie partielle mais touchant des aspects importants de l'expérience), ils potentialisent le risque de psychotraumatisme car l'incident critique échappe ainsi au processus intégratif. Nombre de victimes ayant manifesté des symptômes dissociatifs recouvreront toutefois leur équilibre psychique spontanément, généralement après quelques heures ou quelques jours. La dissociation péritraumatique est considérée comme un des meilleurs indices prédictifs d'un syndrome psychotraumatique à plus long terme. Toutefois, les recherches menées depuis près de vingt ans prouvent que la dissociation péritraumatique n'est pas un facteur prédictif indépendant d'un stress post-traumatique. Plus que la dissociation, c'est l'hyperactivation neurovégétative qui semble être le pivot central du développement d'un trouble ultérieur. (Josse,2014)

III) Trouble de stress aigu

Comme cité ci-dessus, notre choix pour opérationnaliser le vécu psychologique s'est posté sur 3 indicateurs la détresse et la dissociation péritraumatique plus du stress aigu qui fait partie des réactions immédiates suite à un événement traumatique, autrement dit ; dans notre recherche l'abus sexuel chez les adolescents. Dans cette section, nous allons d'abord aborder

la notion du stress, son origine et ses approches théoriques puis entamer avec l'état de stress aigu.

Le mot « stress », employé dans le langage neurophysiologique au début du XXe siècle, servait à désigner l'ensemble des réactions physiologiques puis également psychologiques de l'organisme humain ou animal face à une menace ou une situation imprévue.

Le mot anglais *stress* est emprunté au vocabulaire des métallurgistes, qui désignaient ainsi le comportement d'un métal soumis à des forces de pression, d'étirement ou de torsion.

En 1914, le physiologiste américain Cannon l'a transposé à la régulation hormonale des émotions, chez l'animal. En 1945, les deux psychiatres militaires américains R. Grinker et J. Spiegel l'appliquent à la pathologie psychiatrique de guerre, dans leur ouvrage intitulé *Men understress*, pour désigner l'état psychique des soldats soumis aux émotions du combat et développant en conséquence des troubles mentaux aigus ou chroniques. (Crocq,2007)

En 1950, le physiologiste canadien H. Selye adopte le terme de stress pour désigner ce qu'il appelait depuis 1936 le « syndrome général d'adaptation » ou réaction physiologique standard de l'organisme soumis à une agression, quelle que soit la nature de cette agression.

A propos de la nature bio-neuro-physiologique du stress, dans la conception de Selye, le stress était un phénomène essentiellement physiologique, ou neurophysiologique réflexe, mettant immédiatement l'organisme agressé en état d'alerte et de défense.

Des recherches neurobiologiques postérieures aux travaux de Selye (Selye est décédé en 1982) ont permis d'approfondir les mécanismes du stress, qui se déroule selon quatre axes. : *L'axe cathécholaminergique, l'axe corticotrope, l'axe des peptides opiacés* et enfin, *l'axe immunitaire*.

Au total, la réaction de stress en réponse à une agression ponctuelle ne dépasse pas quelques heures. Toutefois, si les stressseurs (facteurs de stress) maintiennent leur action, il va de soi qu'elle se prolongera d'autant. Son inconvénient est qu'elle est grevée de symptômes gênants (pâleur, sueur, tachycardie, spasmes viscéraux) et qu'elle est coûteuse en énergie. Elle est tellement dépensière en énergie qu'elle épuise les réserves hormonales et glucidiques, et que, si la situation d'agression se perpétue ou se renouvelle à de trop brefs intervalles, l'organisme s'épuise et s'effondre. (Crocq,2007)

Concernant la psychologie du stress, il se déclenche et se déroule sans intervention de la volonté, même si le sujet est conscient de la menace ou de l'agression, et conscient ensuite de sa propre réaction ainsi que des modifications physiologiques et psychiques qu'elle entraîne. On admet que le stress a trois principaux effets psychologiques :

- Il focalise l'attention sur la situation menaçante, chassant provisoirement de la conscience les autres préoccupations et pensées en cours ;
- Il mobilise les capacités cognitives (attention, mémorisation, évaluation, raisonnement) ;
- Il incite à la prise de décision et à l'action.

En outre, le stress permettrait au sujet de contrôler relativement son émotion. (Crocq,2007)

Le stress est une réaction utile, adaptative. Grâce à son stress, le sujet échappe au danger ou se trouve en mesure d'y faire face, ce qui correspond au mot anglais « *coping* ». La réaction de stress s'achève alors, sur le plan psychologique, par une sensation ambiguë d'épuisement physique et psychique intriquée avec un vécu euphorique de soulagement (« quitte pour la peur »). Mais il arrive que si le stress est trop intense, trop prolongé ou répété à de trop courts intervalles, il se mue en réaction de stress dépassé, inadaptative. (Crocq,2007)

En tenant compte ce qui a été rapporté, le stress comme la réaction réflexe, neurobiologique, physiologique et psychologique d'alarme, de mobilisation et de défense, de l'individu à une agression, une menace ou une situation inopinée.

La clinique de la réaction immédiate est mal connue, alors qu'elle a une importance primordiale : c'est à partir de ses symptômes qu'on peut déterminer si la victime a réagi à l'événement par un simple stress (le plus souvent adaptatif), ou si elle l'a vécu comme un traumatisme psychique, lourd de conséquences psychopathologiques. (Crocq,2007)

Ainsi, la réaction immédiate adaptative, dénommée stress *adapté*, est une réaction d'alerte et de mobilisation. Elle double l'alarme et la mobilisation biophysiques du stress d'une alerte et d'une mobilisation psychologiques.

Sur le plan biophysique, les effecteurs sont mobilisés : accélération des rythmes cardiaque et respiratoire, élévation du taux de sucre sanguin, fuite de la masse sanguine de la périphérie vers les organes.

Sur le plan psychologique, l'alerte et la mobilisation se manifestent dans les quatre sphères cognitive, affective, volitionnelle et comportementale.

- Dans la *sphère cognitive*, il se produit – spontanément, sans décision délibérée – une élévation du niveau de vigilance, une focalisation de l'attention et une exacerbation des capacités d'évaluation et de raisonnement, le tout aboutissant à l'élaboration d'une décision. La perception bascule subitement du mode réceptif passif à un mode actif de prospection sélective des signaux pertinents. Toute l'attention du sujet et tout son esprit sont monopolisés par la situation de danger, et les pensées et rêveries qu'il entretenait précédemment s'envolent. Ses facultés de jugement, d'évaluation (en urgence et en gravité), de mémoire (pour retenir les informations de l'environnement et pour rappeler à l'esprit les schémas de réponse inculqués précédemment) et de raisonnement (anticipation des conséquences de la décision) sont stimulées dans une hyperactivité rapide qui répond à l'urgence de la situation. Le tout aboutit à l'élaboration d'une ou de plusieurs décisions.
- Dans la *sphère volitionnelle*, la réaction immédiate se traduit par un désir impérieux de passer à l'action. Le sujet ressent une tension interne désagréable qui ne sera réduite que par le passage à l'acte ; il s'arrache à son indécision, son apathie et son hésitation pour entrer dans l'action, à commencer par le choix d'une décision.
- Dans la *sphère comportementale* enfin, la réaction de stress normale se traduit par une séquence d'attitudes et de gestes adaptés : attitude d'alerte et de préparation à la défense, gestes de défense et de combat, ou gestes de retrait ou de fuite raisonnée, ayant pour but soit de réduire ou faire disparaître la menace, soit de mettre le sujet à l'abri. Ces séquences de décisions et de gestes seront modulées en fonction des résultats obtenus et des obstacles rencontrés. Tous ces gestes sont rapides mais non précipités ; ils sont harmonieux et efficaces, quoique moins « décontractés » que les gestes de la vie courante.

On peut donc dire que la réaction psychologique immédiate est *a priori* adaptative, voire salvatrice (et il convient de débarrasser le mot « stress » de la connotation péjorative que lui attribue le langage courant). En gros, on retiendra qu'elle a trois caractéristiques majeures : elle est *focalisatrice d'attention, mobilisatrice d'énergie, et incitatrice à l'action*. Elle permet au sujet menacé de se défendre ou de se retirer, et donc de se sauver et de sauver autrui.

Lorsqu'un individu est exposé à une agression ou une menace soudaine mettant en jeu sa vie ou bien son intégrité physique ou mentale, il présente immédiatement, de façon quasi réflexe, une réaction d'alarme pour faire face à cette agression. Cette réaction a longtemps été dénommée « *réaction émotionnelle* » ; mais on la désigne aujourd'hui, par emprunt au vocabulaire anglo-saxon, sous le vocable « réaction de stress ». La Classification internationale des maladies mentales, dans sa 10e révision de 1992 (CIM-10), la dénomme « *réaction aiguë à un facteur de stress* » (répertoriée F43.0).

1. Critères diagnostiques du stress aigu

1.1. Selon la CIM 10

La réaction aiguë à un facteur de stress est caractérisée par un trouble transitoire survenant chez un individu ne présentant aucun autre trouble mental manifeste, à la suite d'un facteur de stress physique et psychique exceptionnel et disparaissant habituellement en quelques heures ou en quelques jours. La survenue et la gravité d'une réaction aiguë à un facteur de stress sont influencées par des facteurs de vulnérabilité individuels et par la capacité du sujet à faire face à un traumatisme. La symptomatologie est typiquement mixte et variable et comporte initialement un état « d'hébétude » caractérisé par un certain rétrécissement du champ de la conscience et de l'attention, une impossibilité à intégrer des stimuli et une désorientation. Cet état peut être suivi d'un retrait croissant vis-à-vis de l'environnement (pouvant aller jusqu'à une stupeur dissociative – voir F44.2 –), ou d'une agitation avec hyperactivité (réaction de fuite ou fugue). Le trouble s'accompagne fréquemment des symptômes neurovégétatifs d'une anxiété panique (tachycardie, transpiration, bouffées de chaleur). Les symptômes se manifestent habituellement dans les minutes suivant la survenue du stimulus ou de l'événement stressant et disparaissent en l'espace de deux à trois jours (souvent en quelques heures). Il peut y avoir une amnésie partielle ou complète (F44.0) de l'épisode. Quand les symptômes persistent, il convient d'envisager un changement de diagnostic.

- Choc psychique
- Etat de crise
- Fatigue de combat
- Réaction aiguë (au) (de) :
 - Crise
 - Stress

Pendant longtemps, dans les nosographies, la période post-immédiate ne fut pas identifiée, car on la considérait comme début ou phase de latence de la névrose traumatique. C'est l'observation clinique qui a imposé la distinction et l'autonomie de la période post-immédiate (Crocq, 1999 ; Prieto, 2002), autonomie justifiée par la spécificité de son tableau clinique, l'enjeu qu'elle représente, et l'importance qu'il y a à lui consacrer une surveillance attentive. Dans nos nosographies modernes, la 10^e révision de la Classification internationale des maladies mentales (CIM-10, 1992) inclut implicitement cette période post immédiate dans les états de stress post-traumatiques, transitoires ou durables.

Néanmoins, le DSM américain (DSM-IV, 1994 et DSM-V, 2013) l'identifie sous le vocable d'« *état de stress aigu* » (*acute stress disorder*), avec des critères cliniques combinant la persistance de symptômes dissociatifs apparus dans l'immédiat et l'éclosion de symptômes d'état de stress post-traumatique, ainsi que des critères temporels d'apparition des symptômes dans les 4 semaines suivant l'événement et de persistance pendant un créneau de durée de 2 jours à 4 semaines.

Les cliniciens américains auteurs du DSM ont introduit, dans leur révision DSM-IV (1994), le diagnostic de trouble de stress aigu (*acute stress disorder*) ; et ils l'ont maintenu dans la récente révision DSM-V (2013). Ce diagnostic correspond à peu près à la période post-immédiate (les symptômes de l'état de stress aigu, qui commencent immédiatement après le trauma, doivent persister au moins 3 jours et au maximum 1 mois ; tandis que pour la période post-immédiate, ils commencent à partir du 2^e jour et ils peuvent persister 1 ou 2 mois). Le diagnostic du trouble de stress aigu comporte cinq catégories de critères (En fait, ce diagnostic du trouble de stress aigu est une combinaison de symptômes de la réaction immédiate et de symptômes du trouble de stress post-traumatique : frayeur, confusion mentale, déréalisation et dépersonnalisation d'une part ; reviviscences, évitement, retrait et hyperréactivité neurovégétative d'autre part.

Dans le système DSM, toutefois, il se différencie difficilement du «*trouble de stress post-traumatique, variété aiguë* » (car perdurant moins de 3 mois), qui relève des mêmes critères, sauf les critères B de dissociation.

1.2.Selon le DSM V

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

1. En étant directement exposé à un ou plusieurs événements traumatiques.
2. En étant témoin direct d'un ou de plusieurs événements traumatiques survenus à d'autres personnes.
3. En apprenant qu'un ou plusieurs événements traumatiques est/sont arrivés à un membre de la famille proche ou à un ami proche. N.B. : Dans les cas de mort effective ou de menace de mort d'un membre de la famille ou d'un ami, le ou les événements doivent avoir été violents ou accidentels.
4. En étant exposé de manière répétée ou extrême à des caractéristiques aversives du ou des événements traumatiques (p. ex. intervenants de première ligne rassemblant des restes humains, policiers exposés à plusieurs reprises à des faits explicites d'abus sexuels d'enfants).

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

B. Présence de neuf (ou plus) des symptômes suivants de n'importe laquelle des cinq catégories suivantes : symptômes envahissants, humeur négative, symptômes dissociatifs, symptômes d'évitement et symptômes d'éveil, débutant ou s'aggravant après la survenue du ou des événements traumatiques en cause : Symptômes envahissants

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

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

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

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

3. Réactions dissociatives (p. ex. flashbacks [scènes rétrospectives]) au cours desquelles l'individu se sent ou agit comme si le ou les événements traumatiques allaient se reproduire. (De telles réactions peuvent survenir sur un continuum,

l'expression la plus extrême étant une abolition complète de la conscience de l'environnement.)

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

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

Humeur négative

5. Incapacité persistante d'éprouver des émotions positives (p. ex. incapacité d'éprouver bonheur, satisfaction ou sentiments affectueux).

Symptômes dissociatifs

6. Altération de la perception de la réalité, de son environnement ou de soi-même

(P. ex. se voir soi-même d'une manière différente, être dans un état d'hébétude ou percevoir un ralentissement de l'écoulement du temps).

7. Incapacité de se rappeler un aspect important du ou des événements traumatiques (typiquement en raison de l'amnésie dissociative et non pas en raison d'autres facteurs comme un traumatisme crânien, l'alcool ou des drogues).

Symptômes d'évitement

8. Efforts pour éviter les souvenirs, pensées ou sentiments concernant ou étroitement associés à un ou plusieurs événements traumatiques et provoquant un sentiment de détresse.

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

On admet aujourd'hui que la période post-immédiate est une période cruciale, au cours de laquelle le devenir du patient peut se jouer, et qui justifie une surveillance clinique étroite,

une intervention psychologique à visée préventive (éviter que le sujet, abandonné à sa méditation solitaire, ne se constitue une névrose traumatique) ou même thérapeutique (accélérer la sédation des symptômes du stress immédiat, ou réduire l'émergence des premiers symptômes d'une névrose traumatique).

Symptômes d'éveil

10. Perturbation du sommeil (p. ex. difficulté d'endormissement ou sommeil interrompu ou agité).

11. Comportement irritable ou accès de colère (avec peu ou pas de provocation) qui s'expriment typiquement par une agressivité verbale ou physique envers des personnes ou des objets.

12. Hypervigilance.

13. Difficultés de concentration.

14. Réaction de sursaut exagérée.

C. La durée de la perturbation (des symptômes du critère B) est de 3 jours à 1 mois après l'exposition au traumatisme.

N.B. : Les symptômes débutent typiquement immédiatement après le traumatisme mais ils doivent persister pendant au moins 3 jours et jusqu'à 1 mois pour répondre aux critères diagnostiques du trouble.

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

E. La perturbation n'est pas due aux effets physiologiques d'une substance (p. ex. médicament ou alcool) ou à une autre affection médicale (p. ex. lésion cérébrale traumatique légère), et n'est pas mieux expliquée par un trouble psychotique bref. (APA,2015)

L'état de stress aigu s'agit donc, d'un trouble anxieux (classification DSM-IV ou CIM-10) qui recouvre l'ensemble des symptômes psychologiques apparaissant dans les suites immédiates d'un événement traumatique (ESPT aigu). Ce trouble se caractérise par une réaction anxieuse marquée par la peur ou l'effroi, la sensation intense de menace de mort, par un état de sidération ou d'agitation, la présence ou non d'un état de dissociation

2. Les approches du stress

2.1.L'approche cognitive du stress

Les théories cognitives du stress reconnaissent la complexité des réactions de l'individu face au stress, mais se centrent davantage sur le rôle des pensées ou attributions spécifiques ou sur les processus cognitifs qui influencent ces derniers.

Si les théories cognitives dans ce domaine sont aussi très nombreuses, elles ont toutes en commun l'appréciation du rôle des interprétations personnelles des événements comme déterminants principaux de leur caractère stressant. Parmi les plus en vue, celui de l'approche cognitive ou modèle de Beck. (Graziani, Swendsen, 2005)

Beck (1979), à l'instar d'autres cognitivistes a contribué à faire évaluer de façon notable les thérapies cognitivo-comportementales, traditionnellement régies par les principes béhavioristes et d'analyse comportementales. En incluant une dimension cognitive, ce nouveau courant nommé cognitivo-comportementaliste, accord une place essentielle aux pensées irrationnelles, aux schémas cognitifs pathologiques et aux erreurs logiques de la pensée entant que possible du changement en thérapie. (Hayes et al, 2004)

Beck (1984), reprend le modèle interactionnel de Lazarus et l'approche des constructions personnelles de Kelly. Il considère une transaction stressante comme le résultat d'un processus actif, continu qui inclut des analyses, des interprétations et des évaluations successives de la situation externe, des risques, des coûts et des avantages d'une réponse particulière. Selon le type d'évaluation et la situation donnée, le sujet est motivé à mettre en place tel ou tel autre comportement. (Graziani, Swendsen, 2005)

Face à une situation potentiellement dangereuse et stressante, l'individu éprouva une anxiété et un besoin irrépressible d'agir (par affrontement ou par la fuite).Beck a conçu un système d'analyse et d'interprétation des stimuli qui se fonde sur des structures abstraites, fonctionnelles et relativement stables qui gère toutes des étapes du traitement de l'information. L'activité des schémas est la suivante : filtrage et sélection des informations stockées en mémoire à long terme (MLT), récupération des informations en MLT, gestion de l'action. (Graziani, Swendsen, 2005)

Dans ce modèle cognitif de Beck, il existe de nombreux schémas de base assez stables qui incluent un traitement spécifique des stimuli, des processus cognitifs spécifiques, et une

structuration particulière des informations. Ce modèle postule qu'une pathologie serait constituée d'une multitude des schémas non adaptés à la vie courante. Lorsqu'un événement extérieur intervient, des schémas cognitifs spécifiques sont actifs pour classifier, interpréter, évaluer et donne une signification à l'événement. Il oriente le sujet vers certains stimuli ou événement plutôt que d'autre, en le sensibilisant sélectivement « *le set cognitif* » facilite certaines activités ou stratégies de coping plutôt que d'autre. (Graziani, Swendsen, 2005)

Dans ce modèle, la pathologie (dont le stress) est donc appréhendée comme distorsion, une maladie du traitement de l'information dans laquelle l'individu se trouve soumis à des schémas négatifs de pensée, figés et inappropriés, générant, affects et comportements synchrones. (Parrocchetti, 2011)

Beck (1984) met l'hypothèse que chaque sujet possède des régions cérébrales particulièrement sensibles au stress. Pour peu qu'une situation active l'une de ces aires, l'individu réagira sur un mode à la fois cognitif et comportemental. (Parrocchetti, 2011) f

2.2.L'approche transactionnelle du stress

Les approches transactionnelles veulent dépasser la simple notion de cause effet et cherchent à repérer tous les facteurs pouvant expliquer la variabilité de transaction stressante dans une optique interactionnelles. Parmi les approches les plus influentes dans ce domaine, celle de Lazarus et Folkman ; cette approche a pour objectif la compréhension et l'explication des conduites d'ajustement individuelles à des situations stressantes en se centrant sur le processus psychologique mis en œuvre par l'individu. Le stress est ici envisagé« (...) *comme éprouvant ou excédant ses ressources et mettant en danger son bien-être*». (Lazarus et al., 1984)

Elle considère que le stress ne dépend pas de la situation ou des individus seuls, mais bien des conséquences des interactions entre le sujet et son environnement, l'un et l'autre s'influencent réciproquement. Elle met particulièrement en évidence l'existence de deux processus médiateurs qui influent sur cette transaction individu-environnement : l'évaluation cognitive et le coping. (Parrocchetti, 2011)

Pour Lazarus, le stress doit être envisagé comme un processus transactionnel caractérisant les interactions individu-environnement, le coping et la simultanéité des changements survenant dans le processus d'évaluation. Ainsi, cette approche se focalise sur la façon dont l'individu construit cognitivement la perception d'une situation stressante (stress

perçu), analyse sa capacité de faire face (contrôle perçu) et met en place des stratégies de coping. (Parrocchetti, 2011)

Lazarus(1986) décrit deux étapes dans la phase d'évaluation : une évaluation primaire sert à la personne pour déterminer si l'événement est important ou pas, s'il nuit ou augmente l'estime de soi-même, si sa propre santé et son propre bien-être et celui d'un proche sont en danger, toutes les caractéristiques de la personnalité comme les valeurs, les buts personnels et les engagements, les croyances sur soi-même et le mode aidant à définir les enjeux qui sont importants pour le bien-être dans les transactions stressantes être sujet et environnement. (Folkman et al., 1986)

A travers cette évaluation, le sujet détermine donc si la situation représente une menace, un danger, un défi ou pas. (Graziani, Swendsen, 2005)

Une fois que la nature de la menace a été évaluée, l'évaluation de l'individu converge sur les ressources pour faire face, cette estimation est appelée « *évaluation secondaire* ». Elle sert au sujet pour déterminer ce qu'il faut faire pour prévenir des situations négatives ou bien pour tirer bénéfice de la situation. Différentes possibilités de coping sont évaluées : changer la situation, l'accepter, chercher à s'informer davantage, prendre du recul pour éviter d'agir impulsivement. (P. Graziani et J. Swendsen, 2005)

Ces deux évaluations se déroulent très rapidement générant des émotions qui à leur tour, accompagnent et influencent l'évaluation cognitive.

De manière globale le sujet estimant disposer de ressources suffisamment pour contrôler la situation privilégiera des stratégies visant à affronter volontairement les obstacles (coping contrôlé sur le problème), alors que le sujet croyant ne pas pouvoir le maîtriser tentera de modifier les conséquences du stress sur sa propre personne (psychologiques, cognitives, émotionnelles). (Graziani, Swendsen, 2005)

3. Prise en charge

3.1.Prise en charge pharmacologique

Bien que des avancées importantes concernant la psychopharmacologie du psychotraumatisme aient été réalisées chez l'adulte, il n'existe pas à l'heure actuelle de données suffisantes pour pouvoir proposer des médicaments psychotropes dans la prise en charge du psychotraumatisme de l'enfant et de l'adolescent ,même pour ce qui est du propranolol dans les interventions précoces (dans les trois mois suivant l'événement traumatique) ni pour la sertraline dans le TSPT. (Bui et al., 2020)

3.2. Prise en charge psychologique

La prise en charge des sujets traumatisés se démarque des autres prises en charges et psychothérapies traditionnelles. A cet effet des cellules d'urgences médico-psychologiques ont été mise en place pour l'intervention lors de catastrophes. Une équipe pluridisciplinaire interviendra alors sur le lieu de l'événement. Cette cellule aura alors pour but de soulager les symptômes des victimes. La victime, ainsi traumatisée ne se considère pas comme un malade mental et répugne à consulter le psychiatre ou le psychologue. Plus précisément dans la période immédiate qui suit l'événement traumatique, la victime choquée n'étant pas en état de formuler une demande, le psychologue prendra alors les devants de la demande.

Le psychologue offrira alors une écoute empathique se traduisant dans son attitude gestuelle et sa mimique. Dans les entretiens de la phase immédiate, les victimes ressentent en général un impérieux besoin de parler, mais pas une situation de monologue, elles favorisent d'avantage un dialogue. Durant ce dialogue le psychologue devra apporter du réconfort, des encouragements, et du soutien « *il confirme que le danger est écarté* », des informations sur l'événement et sur les symptômes relatifs au stress et au trauma. (Crocq, 2007)

Il convient de faire la distinction entre les interventions de type defusing, proches du déchochage pratiqué par les urgentistes et les réanimateurs, le débriefing, et les autres interventions psychothérapeutiques en post-immédiat. Les interventions de type defusing intègrent le fait d'assurer une aide médicale de base, la sécurisation des personnes, l'accueil et la couverture des besoins vitaux (alimentation, abri, etc.), mais également un soutien psychologique de base, la délivrance d'informations de psychoéducation à propos des réactions possibles à un événement traumatique et une information minimale sur les structures vers lesquelles la famille pourrait se tourner en cas de besoin (consultation d'orientation médico-psychologique, centre du psychotraumatisme, etc.). (Bui et al., 2020)

La pratique du débriefing, centrée sur le fait de demander aux individus exposés à un traumatisme de raconter et de discuter en détail des circonstances du traumatisme et de leur vécu, dans un cadre individuel ou groupal, n'apporte que peu ou pas de bénéfice. Certaines études ont même mis en évidence des taux augmentés de TSPT et une intensité plus grande des tableaux de TSPT suite à ce type d'interventions de groupe. Au total, le débriefing en groupe ne devrait actuellement pas être proposé en routine et de façon systématique à des enfants ou à des adolescents à risque de développer un TSPT. En revanche, les individus

traumatisés en demande de pouvoir parler de leur expérience traumatique, doivent pouvoir être pris en charge et se voir proposer un espace de parole dans lequel le traumatisme pourra être évoqué avec plus ou moins de détails. Il convient d'insister sur cette différence, qui va à l'encontre de certaines conceptions et pratiques persistantes : si le defusing fait légitimement partie des pratiques de base de la prise en charge en urgence des personnes ayant été exposées à un événement traumatique, le débriefing n'est donc actuellement plus recommandé de façon systématique, chez l'adulte comme chez l'enfant. Enfin, les interventions de psychoéducation délivrées en ligne pour les soignants et/ou les enfants dans les trois mois suivants l'événement traumatique ont apporté la preuve de leur efficacité en termes de prévention du risque de TSPT chez l'enfant et l'adolescent. (Bui et .al, 2020)

En se basant sur l'efficacité de la trauma-focused cognitive behavioral therapy (TF-CBT) dans le TSPT de l'enfant et de l'adolescent, des protocoles adaptés de cette thérapie (quelques séances seulement) ont été proposées dans le TSA , sans pour autant que l'on puisse pour l'instant la recommander, du fait du manque de résultats suffisamment clairs en faveur du bénéfice de ces interventions précoces .D'autres interventions ont été étudiées, avec des résultats limités ou non concluants, telles que des sites internet d'auto-accompagnement pour les adolescents et des livrets d'information pour les parents , la thérapie d'exposition narrative ou encore la thérapie à médiation corporelle associée à la relaxation . (Bui et al., 2020)

L'objectif de ces prises en charge thérapeutiques immédiates est de prévenir les troubles post-traumatiques et dont l'expressivité chez l'enfant et l'adolescent reste méconnue des professionnels et des parents. Ce dispositif participe au processus de résilience qui permet à l'enfant et l'adolescent de se dégager de l'impact traumatique de l'événement. Ces interventions visent également à soutenir les proches et les professionnels de l'institution telle que l'école, pour limiter les risques de survictimisation de l'enfant et l'adolescent par des attitudes inadaptées (fausses réassurances, déculpabilisation compassionnelle, mensonge, etc.). (Romano, 2013)

IV- Les études antérieures

A la parvenue de la pandémie du COVID-19 et suite aux mesures sanitaires effectuées par le ministère de santé algérien, le stage qui devait représenter notre partie pratique dans notre recherche n'a pu aboutir à sa fin et s'est arrêté à une pré-enquête. Pour y remédier et compléter notre étude, le ministère des études supérieures algériennes à rédiger un

communiqué dans lequel est indiqué que les études antérieures concernant notre thème devaient être citées et discuter dans notre mémoire.

Par conséquent, nous avons consacré cette partie du chapitre qui va comprendre la discussion des thèses de doctorat algériennes ou étrangères qui ont traité des thématiques semblables à notre thème qui concerne le vécu psychologique chez les adolescents victimes d'abus sexuel.

1. Analyse et discussion des études antérieures

1.1. Abus sexuels et comportements violents chez des mineurs placés à l'aide sociale à l'enfance

La première étude que nous avons choisi d'analyser a été réalisée par H. Marie-Grimaldi, qui a pour thème : « *Abus sexuels et comportements violents chez des mineurs placés à l'aide sociale à l'enfance* », reçu le 7 septembre 2001 ; publiée le 18 janvier 2002. La recherche a été menée au sein de l'Aide Sociale à l'Enfance en France. Au niveau méthodologique, une grille de lecture a été élaborée qui a permis de recueillir des éléments concernant la nature des abus sexuels ainsi que les troubles psychopathologiques manifestés par les sujets. Les diverses sources d'information mises à disposition étaient le dossier administratif des enfants et adolescents. Pour cela , l'hypothèse de la recherche va permettre d'affirmer ou infirmer l'existence d'un lien statistiquement significatif entre abus sexuels et violence physique .À cet effet, deux groupes de sujets ont été sélectionnés : le groupe I composé de 15 sujets placés, ayant connu des abus sexuels dans l'enfance et dont l'âge au moment du recueil des données varie de 7 à 18 ans et le groupe II, constituant le groupe témoin, composé de 14 sujets, également en situation de placement, mais n'ayant pas connu d'abus sexuels et dont l'âge au moment du recueil des données varie de 5 à 18 ans. Afin d'aboutir à des résultats, des entretiens et des bilans psychologiques ont été utilisés, toutefois les données obtenues ont été soumises à des tests statistiques. Cette étude a permis d'aboutir aux résultats suivants : les troubles sexuels, la violence physique et les troubles de l'humeur sont significativement plus importants dans le groupe I que dans le groupe témoin. Des concepts comme ceux de polytraumatismes, défaut d'appropriation corporelle, fragmentation psychique, position quasi-hallucinoïde, identité primaire et violence agie ce qui a permis au chercheur de qualifier cela de potentialité psychotique où la question du meurtre de soi ou de l'autre demeure principale. Un seul cas a été mis en avant il s'agit de Matthias, âgé de 18 ans , ayant subi un abus sexuel par son oncle maternel qui avait également des relations intime

avec la mère de Matthias donc sa sœur en présence des enfants de cette dernière , ce qui a développé chez cet adolescent des troubles dès l'âge de 5 ans mais il fut placé à l'âge de 14 ans suite à la violence qu'il exerce sur sa mère et son entourage . A travers l'observation de ce cas , les psychologues et éducateurs ont décrit qu'il a un comportement violent avec tout le monde au sein du foyer mais aussi des troubles de l'identité et de l'identification sexuelle avec des tendances contradictoires allant d'une volonté de s'affirmer en tant qu'homme et des tendances identificatoires féminines mal supportées. L'image maternelle est caractérisée par le vide comme en témoigne sa sensibilité au trou dans les tests projectifs. Ce qui le menait à avoir des passages à l'acte fréquent, et lors d'une arrestation qu'il révélera qu'il a été victime d'abus sexuels durant son enfance.

Pour conclure, cette recherche a permis de démontrer une symptomatologie du mineur victime d'abus sexuel placé en institution, dont les troubles du comportements,sexuels, et violence constituent une psychopathologie variée. (Grimaldi,2001)

Cette étude a des similitudes avec notre thème compte tenu de la tranche d'âge des cas retenus , et de l'abus sexuel et ses conséquences, mais ce que nous avons observé c'est que le chercheur s'est focalisé sur un seul cas parmi tout le groupe de victimes d'abus sexuel , et étant dans le domaine de la psychologie clinique nous ne pouvons pas généraliser des résultats obtenus à travers un seul cas car « chaque cas est un cas » c'est pour cela qu'à notre humble avis approfondir les résultats obtenus avec les autres cas de l'étude aurait donné une étude plus proche de ce que nous avons l'habitude de voir à travers les diverses études que nous avons consultés ainsi que les travaux de recherches réalisés au sein de notre université ou ailleurs .

1.2.Psychopathologies péritraumatiques chez le mineur agressé sexuellement

L'étude suivante a été réalisée par P. Bessoles, avec pour thématique « *Psychopathologies péritraumatiques chez le mineur agressé sexuellement* », réalisée en 2004, à Grenoble en France. Concernant la méthode adoptée dans cette étude, il s'agit de la méthode clinique. Elle a pour objectif de créer une grille d'analyse des entretiens cliniques réalisés en situation d'urgence avec des mineurs abusés sexuellement. Le contexte médico-psychologique est un service de médecine légale clinique en CHU. L'hypothèse de la recherche concerne les pathologies péritraumatiques chez le mineur de moins de 15 ans victime d'abus sexuel. Concernant le traumatisme immédiat, il s'agit de l'hypothèse de spécificités psychopathologiques notamment phobiques.

Afin d'aboutir à des résultats, l'entretien clinique semi-directif a été l'outil principal de cette étude, ainsi le traitement des données suit le protocole d'une échelle de fréquence sémiologique. L'étude a donc porté sur un effectif de 79 mineurs de tout âge et sexe confondus. Tous présentent un tableau clinique post-traumatique en référence au DSM-IV. Cela a permis d'aboutir à quatre grandes dominantes péritraumatiques qui sont comme suit : une symptomatologie d'efficiences cognitive qui concerne le rapport au savoir, à la connaissance et aux apprentissages et non l'intelligence et les processus cognitifs. Des troubles du comportement et de la conduite dont la dominante est l'inhibition du lien psychosocial, cette dernière cède parfois à des acmé anxieuses à sémiologies de raptus auto- ou hétéro agressifs. Ainsi qu'une dominante phobique qui occupe l'essentiel du tableau clinique, qui n'émarge pas seulement à une expression névrotique des troubles mais évoque des fonctionnements psychiques limites où dominant des angoisses de type paranoïde. Un aspect somatoforme où la symptomatologie corporelle tend à confirmer les atteintes identitaires et les altérations des processus de représentation mentale du traumatisme sexuel. (Bessoles, 2004)

Pour conclure, cette étude a abouti à déterminer que la dominante psychopathologique des mineurs abusés sexuellement est la dimension phobique du péritraumatisme. Elle tend vers une expression clinique paranoïde. Les menaces de démantèlement psychique, parfois de dysmorphophobies ou dans les cas extrêmes d'épisodes de dépersonnalisation plus ou moins transitoires, argumentent la nécessité d'une prise en charge rapide du mineur. Nous avons choisi cette étude pour la similitude avec notre thématique, nous pensons qu'ajouter à l'entretien semi-directif des échelles psychométriques adéquates à la phase péritraumatique permettrait d'augmenter la fiabilité et validité de cette étude.

1.3. Les effets immédiats de la violence sexuelle sur l'image de soi de l'enfant algérien

L'étude suivante a été réalisée par Mme ABBOUD Hayet qui a pour thème : « *Les effets immédiats de la violence sexuelle sur l'image de soi de l'enfant algérien* » durant l'année 2007 à Constantine. La méthode utilisée pour la réalisation de cette recherche qualitative est la méthode clinique et l'étude de cas avec pour objectif de découvrir l'impact de la violence sexuelle sur la santé psychologique et mentale des victimes ainsi que ses effets sur l'image de soi. Les questions partielles suivantes ont été posées : Qu'en est-il de leur vécu, pendant et après l'agression sexuelle ? Y a-t-il réellement un traumatisme ou de légers troubles rapidement dépassés ? Quels symptômes psychologiques mentaux et

psychosomatiques, cet acte délictueux engendre-t-il ? C'est pourquoi les hypothèses suivantes ont été construites concernant les dommages graves occasionnés par le viol et l'inceste, dommages psychologiques, mentaux, psychosomatiques liés à leur identité. La violence sexuelle porte gravement atteinte à l'image de soi et peut générer une non reconnaissance de soi dans le miroir, une vision parcellaire, ou clivage du moi. Elle peut également engendrer un morcellement allant jusqu'à la psychose. De nombreuses manifestations peuvent apparaître telles que l'anorexie et la boulimie. Une autre supposition également concernant le viol subi pendant l'enfance qui n'est jamais oublié, ses séquelles ne guérissent pas.

Ainsi que d'autres hypothèses comme par exemple peuvent être formulées, pourquoi l'effectif des garçons victimes est plus élevé que celui des filles ? Serait-ce à cause de leur disponibilité dans la rue ou bien une préférence homosexuelle favorisée par l'éducation séparatiste précoce qui facilitent des rapports de personnes de même sexe pour éviter les viols, a créé un autre problème plus grave ?

Celle-ci comporte l'étude de 14 cas d'enfants violés, dont trois sont des cas témoins, violés très jeunes et présentant des perturbations très graves et des comportements déviants dont la prostitution. Les 11 enfants étaient âgés entre 4 et 14 ans, les 3 autres cas âgés de 12 ans, 16 ans et 24 ans. Ainsi le type d'abus sexuel n'a pas été retenu comme critère de sélection du groupe de recherche, car 2 des cas ont été victimes d'abus intrafamilial, pour les autres cas il s'agit d'un abus extrafamilial. Pour cela les outils suivants ont été sélectionnés : l'entretien clinique de recherche avec les enfants et les parents, notant que l'entretien avec les plus jeunes n'a pas été chose aisée de par leur jeune âge et la difficulté de compréhension de ce qui leur est arrivé, des tests de personnalité, facilitant la projection, tels que le dessin de la personne, le dessin de famille et le test des genèses de perception de soi. La passation des tests et leur analyse a démontré que les symptômes ont proliféré montrant déjà à l'instar des réactions immédiates de graves dommages de la personnalité, entre manifestations de type névrotique et celles plus graves de type psychotique révélant une atteinte de l'intégrité corporelle et psychique, et une grave scission dans l'image de soi. Notamment le dessin du bonhomme qui a permis de détecter le trouble du schéma corporel et de l'image de soi. Certains enfants ont parlé du non ressenti, du non reconnaissance de soi dans le miroir, du dégoût ressenti par rapport au corps. En ce qui concerne le test des genèses de perceptions de soi a aussi été très fonctionnel, permettant de découvrir une destruction de toutes les perceptions de soi acquises auparavant avant le viol. Les perceptions « restées » sont toutes

négatives, oscillant entre la dévalorisation de soi et la perte de l'identité. Le dessin de famille a permis de dévoiler les conflits inter et intra systémique, accentuant les symptômes des victimes. Dans les trois cas témoins, la recherche a mener à prouver l'impact du viol sur le devenir des enfants. Le viol n'étant pas oublié, il a non seulement laissé des traces mais il a occasionné de graves dommages et orienté l'avenir vers une voie commune, celle de la déviance pour ne pas dire perversion et de la pathologie. Les trois tendent vers la souffrance de leur corps et de leur âme. La prostitution est le refuge qui leur a permis de s'acharner contre eux même et de salir encore plus leur image désinvestie par le viol.

Tous les enfants, ont présenté des troubles et des symptômes divers non négligeables (boulimie, anorexie, troubles du sommeil, instabilité affective, confusion de l'identité sexuelle) ce qui renvoie à conclure que le viol commis est traumatique et grave. D'autres troubles également sont apparus chez ces victimes ne sont pas de moindre importance (repli sur soi, agressivité, rupture des liens familiaux, agoraphobie) ainsi que le type de l'acte perpétré (pénétration anale ou vaginale, l'âge de la victime et le sexe sont aussi des facteurs de gravité. (Abboud, 2007)

Cette étude porte sur les effets immédiats de la violence sexuels ce qui s'accorde avec notre thème, cependant le choix d'un groupe dont les âges sont différents, notamment la difficulté d'obtenir le témoignage des enfants en bas âge peut porter atteinte à la validité de l'étude.

1.4.Le trauma du viol chez l'adolescent

Cette étude que nous avons choisi d'analyser est une étude faite par « Feth Elazhar El Arabi_» intitulée « *le traumatisme du viol chez l'adolescent* » en 2014 dans la région de Skikda. Cette étude a été faite au niveau du centre intermédiaire de santé mentale (CISM) qui suit l'établissement de proximité publique de Tamalousse de la wilaya de Skikda.

En prenant compte que cette étude soit en arabe, nous avons eu recours à un dictionnaire pour traduire le plus exactement possible les termes psychologiques et afin de ne pas en changer le sens dans l'étude.¹

¹ لا بلانش، بونتاليس.(2002)، معجم مصطلحات التحليل النفسي، ترجمة مصطفى حجازي، بيروت : المؤسسة الجامعية للدراسات والنشر و التوزيع

La méthode utilisée au cours de cette recherche est l'étude de cas en s'appuyant sur l'approche psychodynamique dont l'objectif était de comprendre le traumatisme du viol chez l'adolescent c'est-à-dire dans ce cas découvrir la caractéristique du fonctionnement psychique, et la qualité des mouvements identificatoires chez un adolescent violé qui est aussi le problème principal de cette recherche qui a été suivi par les questions partielles suivantes :

- Quelle est le trait du fonctionnement mental chez l'adolescent violé ?
- Quelle est la qualité des mouvements identificatoires chez l'adolescent violé ?

En ce qui est de l'hypothèse principale qui suppose la manifestation de la caractéristique d'un fonctionnement psychotique et d'une limitation des mouvements identificatoires chez l'adolescent violé, elle a été aussi suivie par les hypothèses partielles suivantes :

- L'adolescent violé manifeste un trouble de la pensée d'ordre psychotique.
- L'adolescent violé manifeste une limitation des mouvements identificatoires primaires.
- L'adolescent violé manifeste une limitation des mouvements identificatoires secondaires.

L'étude principale se fait sur 10 adolescents victimes d'abus sexuel âgé entre 13 et 18 ans. L'analyse qui suit concerne la possibilité d'un trouble de la pensée, trouble des mouvements Identificatoires chez un cas nommé Saïd âgé de 18 ans agressé avec une arme blanche puis violé par un adulte. Ainsi, pour concrétiser cette analyse le choix s'est porté sur l'entretien semi-directif comme type d'entretien et sur les tests projectifs sur Rorschach et TAT dont les résultats relèvent l'apparition d'un trait de fonctionnement mental psychotique, et une perturbation de l'identification primaire et secondaire.

Pour conclure, Cette étude a des similitudes avec notre thème compte tenu de la tranche d'âge des cas retenus, et de l'abus sexuel et ses conséquences, mais l'approche choisie est différente. Néanmoins, nous avons observé que le chercheur s'est focalisé sur un seul cas parmi tout le groupe de victimes d'abus sexuel , et étant dans le domaine de la psychologie clinique nous ne pouvons pas généraliser des résultats obtenus à travers un seul cas car « chaque cas est un cas » c'est pour cela qu'à notre humble avis présenter les résultats obtenus avec les autres cas de l'étude aurait donné une étude plus proche de ce que nous avons l'habitude de voir à travers les diverses études que nous avons consultés ainsi que les travaux de recherches réalisés au sein de notre université ou ailleurs .

1.5. Profils des adolescentes abusées sexuellement résilientes et Non-résilientes : stratégies de coping et mécanismes de défense

Cette étude que nous allons analyser est une étude faite par « Louise DUBUC_ » intitulée « *Profils des adolescentes abusées sexuellement résilientes et Non-résilientes : stratégies de coping et mécanismes de défense* » en 2017 au Canada. Cette étude a été réalisée auprès de 19 adolescentes ayant déclaré avoir été victimes d'abus sexuel ou de viol, sur 20 adolescentes rencontrées. La vingtième n'a pas donné suite à la première rencontre.

La méthodologie de cette étude s'inscrit dans un nouveau courant des théories psychodynamiques selon DUBUC, où elle évalue les aspects positifs de l'adaptation après l'abus sexuel. Des composantes dynamiques et intersubjectives de la personnalité sont impliquées dans la résilience psychologique (Santiago-Delefosse, 2000) impliquant une intégration des modalités intrapsychiques (mécanismes de défense) et de la réalité externe (stratégies de coping) de chaque personne. Les recherches montrent que la personne va s'adapter en adoptant des stratégies spécifiques (Lazarus & Folkman, 1984) qui ont été reconnues comme de bons prédicteurs à long terme (Nezu & Carnevale, 1987). La notion de flexibilité psychologique a été récemment associée aux stratégies de coping, faisant référence à l'utilisation d'un plus grand nombre de stratégies ou comportements qui permettent de s'adapter positivement après un événement traumatique.,

Ainsi, Les principaux objectifs de l'étude sont donc de décrire le fonctionnement psychologique d'un groupe d'adolescentes abusées sexuellement et d'étudier empiriquement et qualitativement les différences entre les participantes qui ont reçu un diagnostic d'un trouble de stress post-traumatique (PTSD) et celles qui n'ont pas été diagnostiquées PTSD .

Deux hypothèses ont été vérifiées. La première statue que les adolescentes qui n'ont pas été diagnostiquées TSPT ont :

- a) Des scores plus élevés à l'*Échelle de résilience* de Wagnild et Young que les adolescentes avec diagnostic de PTSD ;
- b) Des stratégies de coping plus efficaces et plus variées au *Brief Coping* que les adolescentes qui ont été diagnostiquées PTSD ;
- c) Des mécanismes de défense plus souples et plus matures au *DSQ-40* que les adolescentes diagnostiquées PTSD.

La deuxième hypothèse propose que, pour l'ensemble des participantes, il existe des corrélations entre l'échelle de résilience (score global ou scores des deux dimensions), les

stratégies de coping et les mécanismes de défense. En particulier, les scores de résilience seront positivement corrélés avec les stratégies de coping efficaces et les mécanismes de défense matures. D'un point de vue qualitatif, à partir d'une étude de cas de l'adolescente sélectionnée d'après son score de résilience le plus élevé, la question de recherche est la suivante : quelles modalités psychiques peuvent favoriser la résilience et aider l'adolescente à résister à cet agent perturbateur qu'est l'abus sexuel ?

Afin d'atteindre cet objectif, une méthodologie mixte a été utilisée. Dix-neuf adolescentes abusées sexuellement (abus intra et/ou extrafamilial ; 1 ou plusieurs épisodes/d'une durée variable) ont participé à cette recherche. Suite à l'entrevue anamnétique, parmi celles-ci onze présentaient uniquement des symptômes post-traumatiques et huit ont été diagnostiquées avec le trouble État de stress post-traumatique (TÉSPT, DSM-IV-TR, APA, 1994). Cinq instruments ont ensuite été utilisés : *l'Échelle de résilience* de Wagnild et Young (1993), le *Brief Cope* (Carver, Shier, & Weintraub, 1989), le *Defense Style Questionnaire* (Andrews, Pollock, & Stewart, 1989), *l'Échelle d'évaluation globale du fonctionnement* (EGF; DSM IV-TR, APA, 1994) et le test du *Dessin de la main qui gêne* (David, 1994). De plus, le test projectif *Thematic Aperception Test* (TAT) a été administré à l'adolescente ayant le score le plus élevé à *l'Échelle de résilience*, dans le but de confirmer et d'étayer qualitativement les données empiriques. Les résultats obtenus suggèrent que les adolescentes qui ne présentent pas de PTSD ont des scores de résilience plus élevés, utilisent des stratégies de coping efficaces et variées et ont recours à des mécanismes de défense matures et souples contrairement aux adolescentes avec un PTSD. Les réponses au TAT, cotées avec la grille de dépouillement d'Emmanueli (2001), ont confirmé que l'adolescente la plus résiliente utilisait une grande variété de procédés rendant compte d'une souplesse de son fonctionnement psychique. Les résultats obtenus permettent de fournir des pistes aux cliniciens pour détecter les facteurs de risque et de protection au moment de l'évaluation initiale des adolescentes ayant été victimes d'un abus sexuel afin d'établir adéquatement les objectifs de traitement et de favoriser leur processus de résilience.

En synthèse des résultats, la plupart des 19 participantes ont été victimes d'abus sexuel intrafamilial, toutefois les adolescentes avec diagnostic TSPT ont été légèrement plus nombreuses à avoir subi les deux formes d'abus sexuel, soit intra et extrafamilial. Quant à la durée et à la fréquence de l'abus sexuel, la plupart des adolescentes ont été abusées sexuellement sur une base continue, mais les adolescentes sans diagnostic ont subi plus fréquemment entre un et trois épisodes. Parmi, les troubles les plus fréquents vécus en

comorbidité par 18 des 19 participantes, on retrouve la dépression, l'anxiété, les troubles de comportements, les pensées suicidaires et la somatisation.

Pour conclure, et tenons comptes des résultats obtenus lors des questionnaires, ils n'ont pas montré de différences significatives entre les deux groupes bien que le score global et le score à la dimension compétence personnelle montraient une tendance à ce que les adolescentes sans TSPT aient des scores plus élevés, tendance qui aurait pu être significative avec un plus grand nombre de participantes. Ensuite, le nombre restreint de participantes empêche toute généralisation des données à la population générale. De plus, plusieurs tests statistiques n'ont pas atteint le seuil de signification et c'est probablement dû au petit nombre de participants.

Il aurait donc été mieux d'explorer un échantillon plus grand, car cela pourrait être très intéressant que de futures recherches puissent reproduire cette étude avec un plus grand nombre de participantes. Par contre, le nombre restreint de participantes a permis de faire une analyse plus détaillée de chacune.

1.6. Le vécu psychologique des adolescentes victimes d'inceste -étude clinique-

L'étude suivante a été réalisée par la doctorante Hafssi Souad et Achouri Sonia, qui a pour thème : ²« *Le vécu psychologique des adolescentes victimes d'inceste -étude clinique-* ». L'article a été envoyé le 17/09/2018 et publié le 25/05/2019, ce dernier a été réalisé au sein de l'université Badji Mokhtar de Annaba et publié dans les annales de l'université d'Alger 1, n° 33-volume 2/ juin 2019. La recherche a été réalisée au sein de la clinique de psychothérapie « Nourri El Amal » à Souk Ahras dans une période qui s'étend du 16 juin 2017 au 12 mars 2018. La méthode utilisée est la méthode clinique et l'étude de cas. L'objectif de cette étude est d'explorer la nature des symptômes que présente l'adolescente victime d'inceste, ainsi que les indicateurs de son vécu psychologique.

Le problème de l'étude est : Le vécu psychologique se manifeste-t-il par une symptomatologie chez les adolescentes victimes d'inceste ? Comme questions partielles :

- Le vécu psychologique présente-t-il des symptômes de trouble stress post-traumatique chez les adolescentes victimes d'inceste ?

- Le vécu psychologique présente-t-il des symptômes de dépression chez les adolescentes victimes d'inceste ?

L'hypothèse générale formulée comme suit : Le vécu psychologique se manifeste par une symptomatologie chez les adolescentes victimes d'inceste. Les hypothèses partielles :

- 1) Le vécu psychologique présente des symptômes de trouble stress post-traumatique chez les adolescentes victimes d'inceste.
- 2) Le vécu psychologique présente des symptômes de dépression chez les adolescentes victimes d'inceste.

En ce qui concerne les outils utilisés, le choix s'est porté sur l'entretien clinique de recherche ainsi que le Test d'Appréciation Thématique (TAT). La passation des outils a été sur un échantillon de deux cas, deux adolescentes victimes d'inceste, la première âgée de 16 ans a été abusée par son père biologique, la deuxième âgée de 18 ans abusée par son oncle paternel. En ce qui concerne les résultats obtenus à travers cette étude, pour la première hypothèse à travers les résultats obtenus par l'entretien et le TAT à propos des symptômes du TSPT, le vécu psychologique se manifeste à travers une difficulté d'oublier l'événement traumatique pour les deux adolescentes, qui se rappellent de tous les détails tout en essayant d'éviter les stimulateurs de souvenirs de l'événement .

A partir du DSM IV, ces symptômes du PTSD se divisent en trois :

- **Reviviscence :** Revivre l'événement traumatique à travers des cauchemars surtout pour le premier cas, ainsi que la répétition des souvenirs de l'expérience traumatique, et leur sentiment que l'événement va se reproduire et qu'elles seront à nouveau victimes de viol.
- **Conduite d'évitement :** les deux cas ont présenté des symptômes d'évitement et cela à travers l'évitement des pensées et rappels de l'abus sexuel, difficulté à ressentir de la joie, absence de pensées positives envers l'avenir.

Et l'incapacité des deux cas à poursuivre leurs études comme indicateur de perte d'envie à toute activité quotidienne de la vie, de même pour toute activité intellectuelle ou sociale pour sortir de la solitude dont elles souffrent.

- **Altération de l'éveil et de la réactivité :** Les deux cas éprouvent des difficultés de concentration, ainsi qu'un comportement irritable et des accès de colère, ainsi que des troubles du sommeil plus prononcés chez le premier cas.

Après classification des symptômes que présentent les deux cas et qui sont ceux d'un TSPT, on déduit que le viol subit est un événement traumatique compte tenu de l'expérience de tristesse et de douleur. Notant que cet acte était inattendu pour les deux cas, car les deux agresseurs n'avaient aucun comportements qui pouvait prédire cet acte d'où la peur et la tristesse que cela a engendré en elles.

Les répercussions du traumatisme de l'abus sexuel et de l'inceste ne se sont pas dissipées, sachant qu'une année s'est écoulé entre cet événement traumatique et l'étude réalisée, pour les deux cas et cela revient à l'aspect traumatique de l'inceste qui ne peut être intégré par le système nerveux car cela a un aspect déviant et différent des images mentales qu'elles ont du père et de l'oncle. Ces dernières voyaient le lien avec leurs agresseurs uniquement comme lien de parentalité, de sang, avec seulement des sentiments d'affection loin de toute représentation sexuelle, mais cela a été brisé par l'abus sexuel, dont l'expérience traumatique persiste, et les victimes ont du mal à se représenter d'une manière logique qu'elles sont victimes d'inceste.

De ce fait, les traces de l'abus sexuel sont indélébiles et s'étendent sur le long terme en stress post-traumatique, vu les circonstances de cet acte qui a été subi sous menace, ce qui engendre une mémoire traumatique, à travers des cauchemars. Les souvenirs répétitifs de l'événement installent un sentiments de détresse qui les mène à adopter des comportements d'évitement à travers l'évitement de tout stimuli de l'abus sexuel comme les lieux, personnes, les odeurs ceux-ci ont un impact sur leur perte de confiance en elles-mêmes, en autrui et l'abandon de toute activité sociale. Ces deux adolescentes ont alors essayé de refouler leurs sentiments et leur souffrance soit de manière consciente ou inconsciente, afin de minimiser la souffrance qu'elles vivent suite à l'abus sexuel, et cela se ressent à travers leur repli social, l'abandon de toute activité et d'une vision négative et pessimiste de l'avenir.

Mais leurs difficultés à dépasser les pensées intrusives, à créer chez elles une difficulté de concentration ainsi qu'une hypervigilance, de peur que l'événement traumatique se produise à nouveau ce qui donne lieu à un sommeil agité, et des sentiments de peur et d'angoisse. Les symptômes d'altération de l'éveil et de la réactivité sont dus aux pensées et souvenirs douloureux qui sont difficiles à oublier, ce qui mène à des sursauts, ainsi que des symptômes physiologiques tels que la rougeur, sueur, surtout face à des stimuli qui rappellent l'événement traumatique. Cette altération de l'éveil cause des accès de colère, des problèmes de concentration, une hypervigilance ce qui a été largement observé à travers l'étude des deux

cas. L'abus sexuel en tant qu'expérience traumatique et l'inceste plus particulièrement étant une relation interdite entre ceux qui ont des liens de parentés est difficile à assimiler par la victime qui vivra toujours avec des symptômes traumatiques.

Pour la deuxième hypothèse, en explorant le vécu psychique des deux adolescentes victimes d'inceste, aux symptômes de PTSD s'ajoutent des symptômes de dépression selon le DSM 4 et cela à travers l'étude des deux cas, tels que des pensées pessimistes envers l'avenir, Pensées de mort récurrentes et idées suicidaires avec passage à l'acte surtout pour le premier cas, diminution des activités sociales, sentiment de colère, douleurs corporelles tels que des maux de tête et fatigue, perte de plaisir, tristesse, perte de confiance en autrui.

La victime d'inceste aura toujours un sentiment de désespoir comme il en est le cas pour les deux adolescentes, une difficulté à reconstruire leur vie et à poursuivre les activités sociales et scolaires, s'en suivi un processus psychopathologique de sentiment de culpabilité, de perte d'intérêt pour la vie ainsi qu'un comportement autodestructeur car pour le premier cas, il y a eu de nombreuses tentatives de suicide, et en ce qui concerne le deuxième cas les idées de mort et de suicides étaient présentes, à travers ce processus psychopathologique, la victime développe une haine et une dévalorisation de soi-même ce qui la pousse à penser à la mort ainsi que son incapacité à trouver son bonheur, car la plupart du temps les victimes d'incestes pensent qu'elles sont responsables de ce qui leur est arrivé, et cela revient à l'image de la société et ses jugements qui accuse les victimes d'abus sexuels comme ayant joué un rôle et d'être responsables de cet acte.

L'agression sexuelle a alors un impact important sur la perception de l'individu de lui-même et des autres ainsi que du monde autour, car la victime souffre de distorsions cognitives qui donnent lieu à des pensées pessimistes à propos de l'avenir, la victime perd alors son optimisme de réussite et sombre dans la dépression, ces distorsions se manifestent également comme étant des filles malchanceuses et qu'elles pouvaient empêcher que cet événement se produise, et compte tenu du lien entre la victime et son agresseur, l'incompréhension du motif de cet abus et cela pousse vers la culpabilité ainsi qu'un sentiment de dégoût qui s'intègrent plus tard dans l'image de soi ou partiellement ce qui pousse à la dépression et aux tentatives de suicide. Ces tentatives de suicides ou idées suicidaires chez les victimes ont modifié leur vécu psychique, elles représentent un comportement autodestructeur envers soi qui est perçu comme déformé et négatif et cela se généralise dans leurs pensées envers les autres et envers l'avenir.

Pour conclure, à travers cette étude, les chercheurs ont abouti à mettre en évidence la souffrance psychique des victimes d'inceste, à travers l'exploration de leur vécu psychique, et cela à travers les symptômes du trouble de stress post-traumatique et de dépression. (Achouri ,Hafssi,2018)

Nous avons opté pour cette étude car elle traite une thématique similaire à la notre notamment l'abus sexuel , la tranche d'âge qui est limitée aux adolescents, et surtout que l'inceste n'est pas assez traité de par sa sensibilité dans la société Algérienne , et de son impact sur les familles , cette étude est très enrichissante pour nous étant donné l'absence de cas dans notre recherche mais nous pensons que dans l'utilisation des outils notamment l'entretien de recherche et le TAT , un outil psychométrique aurait donné des résultats plus fiables en ce qui concerne la dépression notamment l'échelle d'évaluation de la dépression chez l'enfant (CDRS-R) qui englobé les enfants de 8 à 18 ans , ce qui donnera une analyse qualitative et quantitative plus valide et fiable .

Synthèse

Pour conclure ce chapitre, nous avons abordé le vécu psychologique des adolescents victimes d'abus sexuels entre détresse et dissociation péritraumatiques, ainsi que l'Etat de stress aigu. Cela nous a permis de mieux appréhender les souffrances psychologiques que l'abus sexuel engendre sur ces adolescents abusés, qui sont dans l'incapacité de révéler leur souffrance par crainte ou par honte, mais aussi l'emprise exercée par l'agresseur et le traumatisme sexuel qui les désespère. Toutefois d'autres facteurs sont aggravants tels que l'âge, la vulnérabilité, le lien avec l'agresseur. Nous avons pu observer cela à travers les études antérieures que nous avons traitées, où l'abus sexuel laisse des séquelles indélébiles dans le vécu psychologique de ces adolescents abusés sexuellement. Cependant, quelque soit son degré de violence, l'adolescent qui le subit développera un traumatisme psychique qui nécessitera une prise en charge adéquate, ou dans certains cas d'être placé en institution de protection de l'enfance lorsqu'il s'agit d'un abus sexuel intrafamilial , afin de préserver cet adolescent d'une quelconque déviance et de lui permettre d'avoir une vie plus épanouie après un important travail thérapeutique.

Dans le chapitre suivant, nous allons aborder le chapitre de « *la méthodologie de la recherche* », où nous abordons les limites de la recherche, la méthodologie de la recherche, les différents outils, ainsi que notre pré-enquête, ainsi qu'une synthèse.

Problématique et hypothèses

Habituellement, le monde des bébés, des enfants et des adolescents se déroule dans des conditions prévisibles, dans des environnements stables et dans des lieux où vivent des personnes familières, donc synonymes de sécurité et de bonheur. Cependant, il arrive que des événements préjudiciables tels que des agressions sexuelles, des abus, divers accidents, des guerres, des décès ou des séparations fassent irruption ce monde sûr et protégé.

Ainsi, parmi les événements qui nous ont marqué, se situe l'abus sexuel à l'encontre des adolescents, car dans le processus du développement humain, l'adolescence représente une période charnière, qui outre les changements physiologiques et morphologiques est aussi la période d'affirmation de soi, de structuration de la personnalité.

En effet, l'adolescence est cette période de la vie qui est un chemin transitoire entre l'âge adulte et l'enfance. Elle est caractérisée par le développement pubertaire et la finalisation du développement du processus intellectuel selon Piaget qui est donc, la phase où la pensée abstraite, c'est à dire ; la pensée hypothético-déductive prend forme.

La survenue d'un effroyable événement est un tournant décisif pour la vie de l'adolescent, surtout si cet événement touche à son intégrité physique et psychique, comme il est le cas de l'abus sexuel.

Par ailleurs, l'abus sexuel sur mineur est un fait à caractère agressif et sexuel sans le consentement de celui-ci, qui peut blesser l'intégrité physique, psychologique ou émotionnelle d'un adolescent, engendrant des distorsions cognitives et des comportements inadaptés dans un futur proche.

Au moment où l'adolescent découvre réellement son corps, qu'il commence à ressentir et à apercevoir les différents changements, il perd cette innocence qu'il avait depuis l'enfance suite à cette agression.

Si nous croyons depuis longtemps que les jeunes ne sont pas touchés par les traumatismes, alors nous savons maintenant que le contraire est vrai. En raison de leur résilience et de leur incomplétude, leurs personnalités sont plus sensibles aux interférences que leurs aînés et peuvent connaître davantage de changements. Les traumatismes de l'enfance peuvent avoir un impact profond sur le développement et la santé physique, mentale ou socio-psychologique.

Parmi les événements préjudiciables nous retenons l'abus sexuel qui est un fait choquant et brutal et c'est un phénomène présent partout dans le monde, bien qu'il soit intolérable par toute culture et religion. Ce délit est d'autant plus inadmissible et affolant, lorsqu'il est infligé à un enfant considéré comme un être vulnérable et sans défenses.

L'Algérie ne fait pas exception, C'est pourquoi, la protection de l'enfance et de l'adolescence relève des dispositions constitutionnelles qui garantissent la protection de ces êtres fragiles contre ces agressions,

En parallèle, selon une étude intitulée « les violences sexuelles à l'encontre des adolescentes en Algérie » en 2015, rapporté à la population globale, le taux de plaintes rapportées à la Direction Générale de la Sureté Nationale(DGSN) fluctuant entre 4,2 et 4,9 pour 100.000 habitants. En outre, au niveau régional, c'est la région du centre qui enregistre le taux de plaintes le plus faible (3,4 à 3,8 selon les années), tandis que le taux est plus élevé dans les régions Ouest et Sud. Mais encore, les plaintes déposées à la gendarmerie, concernant des agressions sexuelles sur adolescentes indique que chaque année en moyenne 21 jeunes filles de 13 à 18 ans sont victimes de viol et 23 d'attentats à la pudeur. Selon les plaintes déposées à la gendarmerie, la plupart des victimes adolescentes sont sans profession ou élèves ; 1% est employé. (Aït-Zaï N, 2015)

Ainsi, Le côté tabou, amoral de cet acte est un frein à sa divulgation, c'est pour cela que son ampleur reste inévaluable et inestimable. Son signalement reste comparativement faible par rapport aux autres actes délictueux, et ceci en raison des conséquences qu'il entraîne : enquête. Judiciaire, dévoilement public, honte et déshonneur.

Eveline Josse (2007), disculpe que la verbalisation d'un signalement dans ce type d'agression n'est donc brisée qu'à l'adolescence ou à l'âge adulte. Elle l'attribue également aux tabous culturels qu'elle qualifie de frein considérable aux révélations d'agression à caractère sexuel, elle dit que dans la majorité des sociétés, évoquer la sexualité provoque des sentiments de gêne et de honte autant par le locuteur que son confident.

Josse associe aussi ce manque de signalement à la religion, où elle explique que plus l'interdit religieux concernant la sexualité en dehors des liens du mariage est impératif, plus la victime éprouvera de difficultés à dénoncer les faits. (Josse, 2007), les adolescentes révèlent rapidement les faits en comparaison aux victimes plus jeunes (Schmit, 2000), le plus souvent

à un ami du même âge qu'eux et très peu à des professionnels .(Priebe, G., & Svedin, C. G. , 2008).

Simon (2004), exprime que ces adolescents victimes d'un acte révoltant et à contre gré, se retrouvent dans une situation d'incompréhension et de mal être, hagardes, le regard vide, désorientés dans le temps et dans l'espace. Car, dans les heures qui suivent l'agression le sujet abusé est en proie à un malaise (réaction immédiate du corps face à une situation de stress) et un mal-être (le mal-être est une réaction d'inadaptation face à une ou plusieurs situations pathogènes évoluant au long cours) accompagné de nombreux signes cliniques qui doivent orienter rapidement vers le diagnostic d'état de stress aigu ESA (Acute Stress Disorder ou ASD de littérature anglo-saxonne).

Par ailleurs, notre recherche s'est intéressée au vécu psychologique des adolescents victimes d'abus sexuel, nous avons voulu comprendre ce vécu en investissant trois indicateurs cliniques précieux, qui sont la détresse et la dissociation péritraumatique, mais également l'état de stress aigu.

Selon Kédia et ses collaborateurs (2012), ces manifestations dissociatives, apparaissant pendant l'événement traumatisant ou juste après, sont qualifiées de « péritraumatiques ». Elles incluent à la fois des phénomènes psychiques et des manifestations somatoformes (Nijenhuis, Van Engen, Kusters, et Van der Hart, 2001), tels que des sentiments profonds d'irréalité, des expériences de sortie du corps, une déconnexion de son propre corps, la vision de tunnels, l'absence de douleur, ou des inhibitions motrices.

En premier lieu, Bernard Hart (1925) prédit que la dissociation peut être considérée comme l'essence de la psychopathologie et c'est une notion élaborée selon une méthode scientifique rigoureuse, illuminant un vaste champ de phénomènes demeurant jusque-là inexplicables et a permis d'ouvrir la voie à des avancées thérapeutiques sans lesquelles de nombreux cas seraient restés insolubles.

La notion de « dissociation péritraumatique » et celle de « détresse péritraumatique » renvoient au vécu du sujet au moment même du trauma, lorsque le système nerveux autonome est sollicité pour fournir une réponse de type « fuite ou combat » (« *fightor flight response* »). Ainsi, au cours des événements traumatiques se produisent des altérations sévères et involontaires de la conscience, qui peuvent être temporaires et durer quelques heures ou quelques jours, ou être plus importantes. Le trauma peut être d'une telle intensité que

l'hypervigilance et l'hyperstimulation épuisent psychiquement le sujet et provoquent une altération importante de la conscience, pendant et après l'expérience traumatique. (Kédia, 2013)

Alors que la détresse péri-traumatique s'apparente à une réaction normale au stress se caractérisant par une activation neuro-végétative, ainsi selon Rosemarie Bourgault la dissociation péri-traumatique est toute particulière et se traduit par une réponse du type *freezing*. Dans les heures qui suivent l'exposition à l'événement, on retrouve fréquemment différents symptômes : un sentiment subjectif de torpeur, de détachement, voire une absence de réactivité émotionnelle, une réduction de la conscience de l'environnement, une impression de déréalisation, de dépersonnalisation, une amnésie dissociative. Tous ces symptômes de dissociation aiguë font partie des critères diagnostiques de l'état de stress aigu. Pour certains auteurs, la dissociation péri-traumatique est le meilleur prédicteur de développement d'un ESPT. (Kédia, 2013)

Les dernières éditions de la Classification Internationale des Maladies (1990-2018) perçoivent Réaction aiguë à un facteur de stress Trouble transitoire survenant chez un individu ne présentant aucun autre trouble mental manifeste, à la suite d'un facteur de stress physique et psychique exceptionnel et disparaissant habituellement en quelques heures ou en quelques jours.

Selon le DSMV(2015), la sévérité (le degré) du traumatisme (plus grande est l'ampleur du traumatisme, plus grande est la probabilité de TSPT. Enfin, la survenue d'une dissociation pendant le traumatisme et sa persistance après le traumatisme sont un facteur de risque

Chez certaines personnes, une présentation dissociative ou détachée peut être au premier plan, bien que celles-ci présentent aussi typiquement une réactivité émotionnelle ou physiologique intense en réponse aux rappels du traumatisme.

Les états dissociatifs peuvent durer de quelques secondes à plusieurs heures, ou même plusieurs jours, pendant lesquels des aspects de l'événement sont revécus et l'individu se comporte comme s'il était réellement dans l'événement. Alors que les réponses dissociatives sont fréquentes pendant un événement traumatique, seules les réponses dissociatives qui persistent au-delà de 3 jours après l'exposition au traumatisme sont prises en compte pour le diagnostic de trouble stress aigu.

Certains individus présentant le trouble n'ont pas de souvenirs intrusifs de l'événement lui-même mais éprouvent une détresse psychologique ou une réactivité physiologique intense

quand ils sont exposés à des événements déclencheurs qui ressemblent ou symbolisent un aspect de l'événement traumatique

En Algérie Hafssi (2018), a présenté une étude sur le vécu psychologique des adolescents victime d'inceste de deux adolescents qui ont été agressées sexuellement par l'un des pères biologiques et l'autre par l'oncle. L'étude a été menée pour un traitement psychologique dans la ville de Souq Ahras, l'étude a dévoilé la souffrance des victimes de PTSD et une dépression.

Toujours selon Rosemarie Bourgault (2013), les statistiques internationales indiquent pour le viol, 50 % des sujets confrontés développent un ESPT. La réaction de stress aigu est un des facteurs prédictifs d'une évolution vers un ESPT.

Toutefois, la réaction de stress aigu, selon certaines études, ne permet pas de prédire d'une manière fiable une telle évolution. En fait, il semble que la dissociation péri-traumatique, l'un des symptômes du tableau clinique de stress aigu, soit le facteur déterminant dans le pronostic.

Selon l'étude réalisée par H. ABBOUD, portant sur « *Les effets immédiats de la violence sexuelle sur l'image de soi de l'enfant algérien* », ayant pour objectif de découvrir l'impact de la violence sexuelle sur la santé psychologique et mentale des victimes ainsi que ses effets sur l'image de soi. Elle a permis à travers les tests utilisés de détecter le trouble du schéma corporel, une destruction des perceptions de soi, ainsi que les conflits dans le système familial qui ont un impact sur la victime, ceci aboutit à l'apparition de plusieurs troubles qui ont démontré la gravité de l'abus sexuel mais aussi en fonction de l'âge de la victime compte pour le devenir psychique et les répercussions à long terme.

En ce qui concerne l'étude de P. Bessoles, « *Psychopathologies péri-traumatiques chez le mineur agressé sexuellement* », a abouti à quatre grandes dominantes péri-traumatiques : symptomatologie d'efficiency cognitive, Des troubles du comportement et de la conduite dont la dominante est l'inhibition du lien psychosocial, ainsi qu'une dominante phobique où dominant des angoisses de type paranoïde, cette dernière représente la dimension dominante chez les mineurs abusés sexuellement.

On constate donc en se référant à ces études, que l'adolescent face à un abus sexuel ne peut dévoiler ce qu'il a subi, et ce pour plusieurs raisons, mais celui-ci peut développer suite à cela une multitude de symptômes qui peuvent être des symptômes traumatiques, notamment la détresse et la dissociation péri-traumatiques, ainsi qu'un état de stress aigu.

A partir de ce qu'on a énoncé ci-dessus, nos questions sont formulées de la manière suivante :

Question générale :

- Quelle est la nature du vécu psychologique des adolescents victimes d'abus sexuel ?

Questions partielles :

- Est-ce que l'adolescent présente une détresse péritraumatique suite à un abus sexuel ?
- Est-ce que l'adolescent manifeste une dissociation péritraumatique immédiatement suite à un abus sexuel ?
- Est-ce que l'adolescent développe un trouble de stress aigu suite à un abus sexuel ?

Les hypothèses

Hypothèse générale

La nature du vécu psychologique des adolescents victimes d'abus sexuel est traumatique.

Hypothèses partielles

L'adolescent présente une détresse péritraumatique suite à un abus sexuel

L'adolescent manifeste une dissociation péritraumatique immédiatement suite à un abus sexuel.

L'adolescent abusé sexuellement développe un trouble d'état de stress aigu

Définitions opérationnelles des concepts

L'opérationnalisation désigne l'adaptation de concepts, d'idées sous une forme plus précise, grâce auxquelles nous pourrions observer et mettre à l'épreuve les indicateurs objectivement repérables et mesurables des dimensions d'un concept. Notre recherche s'est intéressée au vécu psychologique des adolescents victimes d'abus sexuel de ce fait :

Le vécu psychologique

- Les pensées, les émotions, et le sentiment de soi.

- Etat émotionnel Suite un événement
- Développement d'une symptomatologie spécifique.
- Une expérience réellement vécue et les éprouvés qui en découlent

Pour mieux le cibler nous allons l'opérationnaliser, à l'aide des indicateurs qui sont des manifestations cliniques objectivement repérable et mesurables des dimensions du concept complexe. Afin de concrétiser cette opération nous avons opté pour 3 indicateurs précieux : la détresse et la dissociation péritraumatique et l'état de stress aigu.

L'adolescence

- Stade du développement de la vie humaine de la puberté à l'âge adulte.
- Période et sa durée sociale est liée au degré de dépendance aux parents.
- Se termine généralement à l'âge adulte, qui varie d'un pays à l'autre.

La victime

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

L'abus sexuel

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

Détresse péritraumatique

- Réponse émotionnelle vécue lors de l'événement traumatique.
- Perception de menace vitale.
- Sentiment de peur.
- Impuissance.

Dissociation péritraumatique

- Manque de traitement lors du traitement de l'information.
- Perturbation des fonctions cognitives : mémoire, perception.
- Altération de la conscience.
- Dépersonnalisation, sentiment de détachement et impression de déréalisation.

Etat de stress aigu

- Réaction intense de stress suite à un événement traumatique (2 -30 jours)
- Peur intense
- Sentiment d'horreur
- Activation neurovégétative

Partie pratique

Chapitre III

Méthodologie de recherche

Préambule

Dans chaque domaine, tout travail d'investigation nécessite une méthodologie, et le choix de celle-ci représente une étape cruciale pour le chercheur afin de guider et d'expliquer le déroulement de la recherche et illustrer toutes les méthodes et outils utilisés afin d'assurer une récolte rigoureuse de données sur le terrain de recherche à travers le groupe d'étude qui dans notre étude s'agit des adolescents victimes d'abus sexuel et les outils d'investigations adéquats qui permettront de structurer l'étude et de répondre aux objectifs déterminés au préalable. De même à travers ce chapitre s'intitulant « *la méthodologie de recherche* » nous allons présenter la démarche qu'a pris notre travail de recherche.

Après préambule, nous exposerons d'abord, les limites de la recherche, le groupe de recherche supposé et plus précisément les critères de sélection de la population d'étude, ensuite nous définirons la méthode utilisée, en plus de la présentation du lieu de notre recherche, nous mettrons aussi en valeur les outils de recherche que nous avons employés et leurs analyses. Enfin nous évoquerons le déroulement de la pré-enquête, l'attitude du chercheur ainsi que les difficultés de la recherche.

1) Les limites de la recherche

C'est la phase où nous situons la recherche dans un cadre spatio-temporel, et où nous précisons le nombre de cas prévus pour effectuer notre étude, les outils adéquats et l'approche retenue, que nous présentons comme suit :

- Limite spatiale : la recherche s'est déroulée au CHU Saadna Abdenour de Sétif.
- Limite temporelle :
 - Pré-enquête : 21 Janvier au 19 Février 2020
 - Enquête prévue : du 23 février au 23 Mai 2020
- Limite du groupe : 10 cas prévu, mais non exploités
- Outils de recherche : entretien de recherche semi directif, échelle PDEQ-C pour la détresse péritraumatique, échelle PDI-C pour la dissociation péritraumatique et ASC-Kids pour le trouble de stress aigu.
- Approche : TCC

2. La méthodologie de la recherche

Tout travail de recherche nécessite un enchaînement logique et cohérent, d'où la nécessité de suivre une méthode propre au domaine de la recherche ainsi qu'elle soit adéquate en parallèle avec les sujets traités, les objectifs préétablis.

Selon Jean Louis Laubet Del Bayle, « *la méthode est définie « Comme l'ensemble des opérations intellectuelles permettant d'analyser, de comprendre et d'expliquer la réalité étudiée* ». (Laubet, 2000, p. 120).

Pour Pinto et Grawitz « *une méthode est un ensemble d'opérations intellectuelles par lesquelles une discipline cherche à atteindre les vérités qu'elle poursuit, et les démontre* ». Ces auteurs ajoutent que l'on peut aussi définir une méthode comme « *étant un ensemble concentré d'opérations mises en œuvre pour atteindre un ou plusieurs objectifs, un corps de principes présidant à toute recherche organisée et un ensemble de normes permettant de sélectionner et coordonner les techniques* ». (Pinto, Grawitz, 1971, p.288-289).

A travers ces deux définitions, on retient alors qu'une méthode est un ensemble d'opérations intellectuelles dans le but de mieux cerner le sujet étudié ainsi que d'atteindre des objectifs préétablis.

Widlöcher recommande dans deux textes princeps (1990,1999) le recours à la méthode des cas uniques à chaque fois que le chercheur doit explorer un champ nouveau de la manière la plus exhaustive possible à l'aide d'hypothèses plurielles. Nous nous trouvons précisément dans cette perspective. (Widlöcher,1999)

En étant dans le domaine de la psychologie clinique, la méthode que nous allons utiliser est la méthode clinique, Car en 1949, Daniel Lagache, déclarait que la psychologie clinique était une discipline fondée sur une méthode : la méthode clinique. Elle vise à envisager la conduite dans sa perspective propre, et de relever aussi fidèlement que possible la manière d'être et d'agir d'un être humain concret et complet aux prises dans une situation. (Lagache Cité par Bénony, Chahraoui ,2003)

La méthode clinique est avant tout destinée à répondre à des situations concrètes de sujets souffrants et elle doit se centrer sur le cas, c'est-à-dire l'individualité, mais sans pour autant s'y résumer. La méthode clinique s'insère alors dans une activité pratique visant la

reconnaissance et la nomination de certains états, aptitudes, comportements dans le but de proposer une thérapeutique ainsi que dans le domaine de la recherche. La spécificité de cette méthode réside dans le fait qu'elle refuse d'isoler les informations obtenues et qu'elle tente de les regrouper en les replaçant dans la dynamique individuelle. (Pedielli, 2006)

On pourrait ajouter que la méthode clinique comporte deux niveaux complémentaires : le premier correspond au recours à des techniques (tests, échelles, entretiens...) de recueil in vivo des informations (en les isolant le moins possible de la situation « naturelle » dans laquelle elles sont recueillies et en respectant le contexte) alors que le second niveau se définit par l'étude approfondie et exhaustive du cas. La différence entre le premier et le second niveau ne tient pas aux outils ou aux démarches mais aux buts et aux résultats : le premier niveau fournit des informations sur un problème, le second vise à comprendre un sujet, ce que n'impliquent pas toutes les situations cliniques, notamment celles qui concernent la recherche sur des faits psychopathologiques ou d'adaptation. (Pedielli, 2006)

Afin de réaliser notre recherche, nous avons eu recours à la méthode descriptive qui est la plus adéquate en psychologie clinique car selon Beaugrand (1988) les méthodes descriptives interviennent en milieu naturel et tentent de donner à travers cette approche une image précise d'un phénomène ou d'une situation particulière. Ajoutant à cela, que l'objectif ici n'étant pas d'établir une relation de cause à effet, comme il est le cas dans la démarche expérimentale mais plutôt d'identifier les composantes d'une situation donnée, ainsi que décrire la relation qui existe entre ces composantes. (Beaugrand Cité par Bénony, Chahraoui, 2003, p.125)

Donc, nous nous sommes basés sur la méthode descriptive, car elle nous semble être la plus adéquate à notre thème de recherche intitulé « *Le vécu psychologique des adolescents victimes d'abus sexuel* », et elle vise à identifier les troubles psychiques, la composante psychologique des troubles organiques et des situations difficiles (traumatismes, drames personnels...). Elle va nous permettre de saisir le vécu de l'abus sexuel (ressentie, émotion, cognition, comportement, sentiments...) en les observant et les décrivant dans leur singularité et leur totalité, comme elle va aussi nous permettre de comprendre, d'analyser, et de mettre en valeur leur situation dans sa globalité.

Dans le cas de la recherche sur terrain en sciences humaines et sociales, le recours aux méthodes qualitatives est très fréquent, de par leurs atouts. En effet, ces sciences font

beaucoup appel aux matériaux discursifs (discours) et aux approches qualitatives pour tenter de mieux comprendre les processus à l'œuvre dans la dynamique psychique, interactionnelle ou sociale. Dans ce sens, nous avons choisis la démarche qualitative dans notre recherche, car la recherche en science humaines et sociales implique des expériences humaines et des interactions sociales qui se conduisent tout naturellement de manière qualitative. De cette manière, la recherche qualitative s'efforce de mettre en valeur le monde tel qu'il est vécu par les acteurs. La méthode qualitative se caractérise par le recours à des approches et techniques d'approche directe du sens des phénomènes humains et sociaux sans le passage par la mesure et la quantification. (Paillé, 2006, p.5).

Dans la méthode descriptive, on retrouve l'étude de cas que nous avons choisi afin d'explorer de décrire et de comprendre le vécu psychologique des adolescents victimes d'abus sexuel en tenant compte de leur vécu suite à cet événement traumatique.

L'étude de cas consiste en une observation approfondie d'un individu ou d'un groupe d'individu. Elle est naturellement au cœur de la méthodologie clinique et les cliniciens y font souvent référence. A travers l'étude de cas, le clinicien essaiera de décrire le plus précisément possible le problème actuel d'un sujet en tenant compte de ses différentes circonstances de survenue actuelles et passées (histoire du sujet, organisation de la personnalité, relations avec autrui, mécanismes de défense, etc.). Pour cela, il rassemble un grand nombre de données à travers des méthodes différentes (entretiens, tests projectifs, questionnaires, échelles cliniques, témoignages des proches) afin de comprendre au mieux le sujet de manière globale en référence à lui-même, à son histoire et à son contexte de vie. Il s'agit de comprendre la dynamique qui a conduit à l'apparition de certains problèmes de vie du sujet à travers une suite logique de son histoire. L'objectif de l'étude de cas n'est pas de prouver ou de démontrer mais à travers la description du vécu du sujet, on pourra formuler des hypothèses étiologiques sur la nature, les causes, le développement de l'évolution d'un trouble. (Bénony, Chahraoui, 2003)

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

et parfois visent à responsabiliser le patient plutôt que de simplement l'observer. (Ionescu, 2012, p. 62)

Donc nous avons retenu comme méthode de recherche la méthode clinique et l'étude de cas ainsi qu'une démarche qualitative qui serait la meilleure manière pour atteindre notre objectif principal de recherche qui est d'explorer au mieux la qualité du vécu psychologique notamment la présence ou non de détresse et de dissociation pérित्रumatique voire un trouble de stress aigu. À noter que, l'abus sexuel est un événement d'une extrême sensibilité qui peut réveiller chez les adolescents interrogés de nombreuses contusions. Cela exige donc une approche méthodologique adaptée et une grande flexibilité du chercheur afin de révéler les réactions immédiates qui ont suivi cet événement traumatique.

3. Présentation du lieu de recherche

Notre recherche devait se réaliser au sein du CHU « *Saadna Mohamed Abdennour* » de Sétif, car il y'avait une possibilité importante que des sujets qui répondent à notre étude se présentent, pour pouvoir rassembler un nombre de cas convenable à notre étude. D'après les informations qu'on a recueillies par l'administration on a pu collecter les renseignements suivants :

- Présentation du CHU « *Saadna Mohamed Abdennour* »

Au siècle dernier (1934) la structure était un hôpital civil conçu pour une capacité de 200 lits, couvrant deux cents milles habitants, considéré comme l'un des plus anciens au niveau national. Puis transformée en hôpital régional, elle devient secteur sanitaire de Sétif, puis secteur sanitaire universitaire, et après l'indépendance il a été transformé selon le *Décret n°86-304* du 16/12/86 en un centre hospitalo-universitaire qui porte le nom du martyr - Saadna Mohamed Abdennour. Il se situe au centre de Sétif, il se compose de plusieurs services tels que : urgences médicaux-chirurgicales, Orthopédie, néphrologie, hémodialyse, neurologie, pneumologie et le service de médecine légale où nous avons effectué notre pré-enquête.

Le CHU de Sétif est composé de quatre (04) structures :

- Hôpital Central (Saadna Mohamed Abdennour) dont la superficie de structure est de 57150 m² et la capacité en lits organisés est de 502 lits techniques.

- Hôpital Mère et Enfant « KharchiMessaouda dont la superficie de structure : 22400 m² et la capacité en lits organisés est de 253 lits techniques.
- Unité Ophtalmo-O.R.L « TairDelloula » dont la superficie de structure est de 880 m² et la capacité en lits organisés est de 83 lits techniques.
- Médecine légale, psychiatrie et Médecine du travail dont la superficie de structure est de 1425 m² et la capacité en lits organisés est de 00 lits techniques.

Au sein du service de médecine légale, il y'a 3 unités : Explorations médico-judiciaires, thanatologie, Médecine Pénitentiaire. Il y'a deux médecins légistes, deux médecins généralistes, un psychologue.

4. Le groupe de recherche

Notre travail de recherche porte sur le vécu psychologique des victimes d'abus sexuel, alors afin d'avoir un groupe de recherche le plus homogène possible, nous avons établi des critères de sélection dont les critères d'inclusion qui représentent les standards utilisés pour déterminer s'il est approprié qu'une personne soit autorisée à prendre part à la recherche. Les critères les plus importants utilisés pour déterminer la participation incluent l'âge, le sexe, le type d'abus sexuel et les critères d'exclusion qui indiquent les conditions qui rendent impossible l'entrée des sujets dans une recherche bien qu'ils remplissent les critères de l'inclusion.

4.1. Les critères d'inclusion

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

- Des adolescents des deux sexes âgés entre les âges de 10 et 19 ans selon l'OMS, car c'est un âge où la transition critique dans la vie se caractérise par un rythme important de croissance et de changements, mais aussi une période où l'adolescent découvre son identité sexuelle
- Être victime d'un abus sexuel intrafamilial et extrafamilial, après consultation des études antérieures similaires à notre recherche nous avons constaté qu'il était possible de retenir les deux types
- Que ce soit le premier et le seul abus subi
- Que l'abus se soit déroulé dans une période dépassant pas le 1 mois, car nous étudions les réactions immédiates et selon le DSM-V(2015) ; le trouble stress aigu est le développement de symptômes caractéristiques persistant de 3 jours à

1 mois après l'exposition à un ou des événements traumatiques, la détresse péri-traumatique fait référence aux réponses émotionnelles vécues lors de l'évènement traumatique et la dissociation péri-traumatique qui fait référence à divers symptômes dissociatifs (dépersonnalisation, sentiment de détachement, impression de déréalisation, etc.) qui s'imposent à la personne, durant l'évènement traumatique ou immédiatement après celui-ci. Cette délimitation temporelle semble aussi convenir, après notre revue de la littérature, aux deux autres indicateurs retenus dans cette présente recherche.

- Les adolescents ne présentant pas de handicap mental ou physique ou psychique avant l'abus sexuel, car nous allons administrer des échelles d'auto-évaluation et ces caractéristiques sont contraintes à la passation de celles-ci

4.15 Les critères d'exclusion

- Les adultes et les enfants
- Les adolescents victimes d'autres types d'abus sexuel que celui retenu
- Les adolescents victimes de plusieurs abus sexuels ou victimes d'un abus sexuel auparavant, notamment durant l'enfance
- Les sujets dont l'abus sexuel dépasse 1 mois car la littérature considère que la phase immédiate se situe entre 3 jours et 1 mois
- Les adolescents souffrant d'un retard mental ou d'une maladie somatique ou de handicap, car ils sont incapables de donner leur consentement ou incapables mentalement de comprendre la situation sexuelle violente parce qu'il s'agit de mineurs ou d'handicapés mentaux.
- Que ce ne soit pas des adolescents placés dans une institution.

C'est Pourquoi, nous avons décidé de limiter notre groupe de recherche à 10 cas (filles ou garçons) dont l'âge varie entre 13 et 17 ans. Par contre, nous n'avons pas pris en considération, le type d'abus sexuel, le sexe, le niveau scolaire, ni le niveau socioéconomique, ni la situation professionnelle, ni la situation matrimoniale, ni la langue des sujets.

5. Les outils de recherche et leurs analyses

Dans la suite de ce chapitre, nous allons présenter les outils que nous avons utilisé, afin de recueillir le maximum d'information sur nos sujets de recherche, pour répondre à nos

questionnements et vérifier nos hypothèses, et qui sont l'entretien de recherche et les outils psychométriques.

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

C'est pourquoi, nous entameront la passation des questionnaires des réactions péritraumatique notamment le questionnaire de la détresse péritraumatique pour enfants-adolescents et le questionnaire de la dissociation péritraumatique pour enfants-adolescents, car ces deux indicateurs sont les signes pathognomoniques de la manifestation ou non d'un trouble de stress aigu voire un trouble de stress post-traumatique. Ainsi, nous finaliserons la passation de nos outils de recherche avec la mesure d'auto-évaluation du stress aigu.

5.1. L'entretien clinique

L'entretien de recherche est fréquemment employé comme méthode de production de données dans la recherche en psychologie clinique, il représente un outil indispensable et irremplaçable afin d'avoir accès aux informations subjectives des individus : biographie, événement vécus, représentations, croyances, émotions, histoire personnelle, souvenirs, rêves, etc. Il s'inscrit uniquement dans l'activité de recherche du clinicien. Dans ce cas, il n'a pas d'objectif thérapeutique ou diagnostique mais il vise l'accroissement des connaissances dans un domaine particulier choisi par le chercheur. Il est alors produit à l'initiative du chercheur, contrairement à l'entretien thérapeutique où c'est le sujet qui est en situation de demande. (Bénony, Chahraoui, 2003)

La dénomination « d'entretien clinique de recherche » condense ainsi tous les paradoxes liés à l'utilisation de la méthode clinique (Moro, 1993) comme méthode de recherche. On distingue ainsi trois formes d'entretien clinique de recherche : l'entretien non-directif,

l'entretien semi-directif, l'entretien directif. Mener un entretien clinique de recherche consiste donc à recourir à une technique d'entretien de recherche (non directive ou semi-directive) tout en adoptant une attitude clinique dans la relation au sujet (Bénony&Chahraoui, 1999).

Un entretien clinique de recherche peut poursuivre des visées exploratoires, de validation ou d'illustration et donc être plus ou moins directif. (Pedinelli, 2006). Le choix de la forme de l'entretien se fait par rapport à la situation ou par rapport au sujet, mais aussi par rapport à l'approche adoptée. Dans notre recherche, nous avons opté pour l'entretien clinique semi-directif, car il nous permettra d'apporter beaucoup d'informations pertinentes sur le vécu des adolescents victimes d'abus sexuels à travers des questions précises qui laisseront aux sujets la possibilité d'exprimer leur ressenti et vécu ainsi que toutes les émotions et réactions qu'ils ont pu vivre et ressentir au moment de l'abus à travers la détresse et la dissociation péri-traumatique et l'TSA.

Les entretiens sont utiles en particulier pour l'exploration de l'histoire de chaque individu (avec le repérage très précis d'éventuels traumatismes, en particulier sexuels), de ses rapports avec l'entourage, de son interprétation de l'événement traumatique, avec la possibilité de laisser émerger des éléments auxquels nous n'avons pas pensé. Par ailleurs, nous nous sommes particulièrement attachés à aborder avec ces sujets, et de façon extrêmement précise, la violence sexuelle en elle-même.

Nous avons souhaité ainsi nous intéresser à la façon dont les individus pouvaient rendre compte verbalement des faits dont ils ont été victimes afin d'approcher leur perception des agressions sexuelles commises. Enfin, les entretiens permettent l'appréhension d'éléments contre-transférentiels, fondamentaux pour préciser la nature des distorsions cognitives suite à cet événement, éventuellement la détresse, la dissociation voire un stress aigu.

Puisque notre population de recherche concerne les adolescents, il est donc important de parler de l'entretien de recherche avec l'adolescent.

La qualité du « contact » lors des premiers entretiens avec un adolescent est fondamentale dans la mesure où elle peut faciliter la solidité et la qualité de la relation thérapeutique future. L'adolescent fait déjà l'expérience que quelqu'un peut l'écouter, puis peut l'écouter pour lui-même, mais aussi que ce qu'il raconte de sa vie, de ses doutes, de ses angoisses est pris au sérieux. L'entretien avec le psychologue lui permet ainsi de ne plus se sentir seul, et surtout d'avoir moins honte de ses ressentis et de ses pensées.

Par ailleurs, la particularité du travail avec l'adolescent est qu'une relation assez semblable à celle de l'adulte s'établit alors qu'il est néanmoins dépendant de ses parents. Cela va avoir des incidences au plan pratique. C'est ainsi qu'il est préférable que le premier entretien ait lieu avec l'adolescent seul et de ne rencontrer les parents qu'après. Il importe de lui préciser que nous avons, dans un premier temps, besoin de connaître ses parents, d'avoir leur point de vue sur sa situation, de savoir comment ils comprennent et perçoivent ses soucis. La relation de confiance avec le psychologue est fondamentale ; ce dernier doit l'assurer de la confidentialité des informations échangées, de ne rencontrer ses parents qu'en sa présence, et de l'informer de tout échange entre eux et lui. (Chahraoui, Benony, 2013)

Lorsqu'une personne est victime de violence, il est nécessaire d'aborder le sujet d'une manière particulière, c'est pour cela que nous parlerons de l'entretien en cas de violence en général

Les violences, quelles qu'elles soient, pour peu qu'elles soient intenses et/ou répétées et que le sujet en ait été marqué, peuvent avoir des effets destructeurs massifs. Il est donc très courant en entretien clinique de s'attarder sur ces situations de façon à en réduire les effets douloureux et pathogènes

Aborder les thèmes de violences dont onpu être victime les patients est délicats. D'une part, il est important de ne pas éviter le sujet et d'aller vers ces récits douloureux et, d'autres parts, ces questions sont souvent très sensibles pour le sujet et il convient donc d'y aller prudemment, au rythme que le sujet peut supporter. Donc il faut tenir compte de sa sensibilité vis-à-vis de ses expériences et de ses capacités à les abordées et donc de les revivre psychiquement. Il faudrait éviter que le sujet ne s'expose trop brutalement aux émotions douloureuses associées à ces situations, au risque que cela aggrave les conséquences psychiques des violences subies. (Bouvet, 2018)

Quand les sujets abordent ces événements ils souvent dans un état d'esprit inconfortable qui mène la souffrance associée aux souvenirs, la honte, de la culpabilité, de la gêne de dénoncer des proches qui se sont mal comportés et de l'angoisse de n'être pas cru. Parfois cela s'accompagne de difficultés cognitives « attention, mémoire, concentration, cohérence des souvenirs ... » en raison de l'impact traumatique des violences. (Bouvet, 2018)

Pour aider le sujet à s'exprimer dans de bonnes conditions le clinicien à intérêt à adopter une attitude qui suit plusieurs principes :

- Une écoute compréhensive et du tact clinique dans un rythme que le patient peut suivre émotionnellement ;
- L'intention de se faire une idée assez précise des faits avant de se positionner ;
- Dans un deuxième temps, si cela n'est trop pénible pour le sujet : la volonté de comprendre le point de vue du sujet, de comprendre son expérience intérieure.
- Une empathie importante, une validation des émotions vécues ;
- Un a priori e, faveur de la reconnaissance du statut de victime du sujet ;
- Il est donc nécessaire d'éviter ce qui met en doute le statut de victime du sujet car ce n'est le rôle du psychologue d'établir la vérité des faits. (Bouvet, 2018)

Par ailleurs, pour l'analyse des données, nous pouvons retenir deux méthodes distinctes : l'analyse quantitative et l'analyse qualitative. Alors la méthode d'analyse pour laquelle nous avons opter pour traiter et décortiquer les données recueillies dans ce travail de recherche grâce au guide d'entretien est la méthode qualitative qui est une méthode qui repose sur une approche large et ouverte de l'objet d'étude, ainsi que les données recueillies et les techniques d'analyse sont majoritairement qualitatives. Elles permettent alors, une meilleure compréhension des phénomènes qui ne sont pas mesurables quantitativement

La méthode qualitative est définie comme une étude destinée à recueillir des éléments qualitatifs, qui sont – la plupart du temps - non directement chiffrables par les individus interrogés ou étudiés. Elle est le plus souvent réalisée par des entretiens collectifs ou individuels ou par des observations en situation menées auprès d'échantillons réduits. Elle vise généralement à comprendre en profondeur des attitudes ou comportements. (Kivits, 2016, p. 162).

Tout entretien clinique de recherche nécessite d'être accompagné d'un guide d'entretien plus ou moins structuré. Le chercheur prépare ainsi la consigne à l'avance, qui sera identique à tous les sujets de la recherche sans pour autant qu'elle ne soit inductive. (Bénony, Chahraoui, 2003)

Ainsi selon Jean Louis Pedinielli, lorsque c'est la validation d'une hypothèse qui est recherchée, l'entretien devient une technique de recueil de données, s'inscrivant dans une méthodologie explicite. L'entretien semi-directif permet, par l'intermédiaire du guide d'entretien, de recueillir des informations pertinentes, relatives à l'hypothèse. (Pedinielli, 2006).

Comme cité précédemment l'entretien clinique est toujours associé à un guide d'entretien, celui-ci est subdivisé en axes, chaque axe ayant un titre qui débouche sur un certain nombre de questions relatives à celui-ci.

Le guide d'entretien c'est un premier travail de traduction des hypothèses de recherche en indicateurs concrets et de reformulation des questions de recherche (pour soi) en question d'enquête (pour les interviewés). Le degré de formalisation du guide est fonction de l'objet d'étude (multi dimensionnalité), de l'usage de l'enquête (exploration, principale ou complémentaire) et du type d'analyse que l'on projette de faire. (Blanchet, Otman, 2014. p.58)

De ce pas, nous avons élaboré un guide d'entretien de 16 questions en 3 axes (voir Annexe 1). Quatre questions portent sur : « *les informations générales sur le sujet* » qui ont pour objectif de rapporter des informations sur la biographie du sujet, ensuite dans le premier axe cinq questions portent sur « Informations anamnestiques sur le sujet adolescent et son entourage » qui ont pour objectif de récolter des informations de la naissance à avant l'abus sur la scolarité de l'adolescent, la relation qu'il entretient avec ses amis et ses camarades de classe, ainsi que sur l'état de la santé physique et somatique.

Puis dans le deuxième deux questions qui abordent « Informations concernant l'évènement de l'abus sexuel », qui a pour objectif de décrire l'évènement potentiellement traumatique vécu, à savoir quand, par qui et les souvenirs qu'il garde de cet abus.

Ensuite dans le troisième axe, cinq questions portent sur « informations sur le vécu de l'évènement », qui ont pour but de repérer la détresse causée par l'abus, et d'explorer sa présence ou non à travers les réponses apportées pendant l'entretien, de décrire, les manifestations dissociatives (de dépersonnalisation, de déréalisation), et enfin, d'autres questions qui vont nous aider à repérer la présence ou non d'une symptomatologie relative au trouble de stress aigu.

Dans ce cadre, notre recherche a donc consisté à recueillir et viser directement les pensées des adolescents abusés, immédiatement après l'abus sexuel, et ceci afin de décrire le vécu des sujets de notre recherche, autrement dit, les émotions, les cognitions éprouvées dans la phase immédiate d'un abus sexuel, ainsi que les comportements adoptés suite à cet évènement traumatique. Car il s'agit ici de rendre compte leur propre expérience en faisant appel à leur mémoire et leur perception pour verbaliser ou schématiser leur ressenti à ce

moment-là. Et ceci, en suivant l'approche adaptée pour notre recherche qui l'approche cognitivo-comportementale.

Quand on dit on adopte l'approche TCC, parce que l'on veut décrire ou explorer les émotions, les pensées et comportements de nos sujets. On peut dire par émotion, on entend dire Les émotions sont caractérisées par des sensations physiques de plaisir ou de déplaisir correspondant à des modifications physiologiques en réponse à des stimuli environnementaux. Cependant, l'organisme ne répond pas passivement et en fonction des caractéristiques des stimulations auxquelles il se trouve exposé. Sa perception des événements dépend de ses expériences antérieures et de l'état physique dans lequel il se trouve à ce moment précis. La transformation de l'émotion phénoménophysique en affect phénomène mental « *plaisir, tristesse, anxiété, peur, dégoût, colère* » dépend de l'interprétation de la situation mais non de la situation elle-même. Ainsi l'affect dépendrait de la cognition.

Ainsi, la cognition est l'acte de connaissance. Elle consiste donc en l'acquisition, l'organisation et l'utilisation du savoir sur soi et le monde extérieur. La psychologie cognitive est l'étude de l'activité mentale dans ses relations avec la perception, les pensées et l'action. Les phénomènes mentaux conscients et inconscients permettent à l'individu de s'adapter aux stimuli internes et externes représentent son champ d'étude. Elle se centre sur les processus mentaux les plus élaborés : la pensée, la prise de décision, la perception et la mémoire. Enfin, le comportement au sens de « séquence comportementale », n'est pas conçu comme le signe ou le symptôme d'un état sous-jacent, mais comme le trouble à part entière. La thérapie n'a pas pour but de supprimer une séquence de comportements mais d'apprendre au sujet une nouvelle séquence, non pathologique et incompatible avec le trouble présenté. (Cottraux,2011)

De ce fait, l'entretien fournit un certain nombre d'informations qu'il faut essayer de décoder et d'analyser. Pour ce faire, il est nécessaire de disposer d'un document écrit, l'idéal étant l'entretien enregistré qui peut se prêter à une analyse scientifique. Toutefois, l'enregistrement pose préalablement une question éthique : le sujet doit être d'accord après avoir été suffisamment éclairé et informé du déroulement de l'étude.

Dans les autres cas, le clinicien chercheur peut prendre des notes pendant l'entretien, mais cette méthode comporte un grand nombre de biais et elle empêche le chercheur d'être complètement disponible à l'expérience du sujet en créant une relation inauthentique. Il peut retranscrire l'entretien immédiatement après, mais là aussi, il peut y avoir un grand nombre d'oublis, de lacunes, de distorsions et de biais liés à la mémoire sélective.

D'autre part, pour l'analyse des données, l'entretien peut donner lieu à différents types d'analyse : une analyse clinique qualitative, qui peut être descriptive, ou une analyse quantitative. Alors, dans notre démarche d'analyse de l'entretien de recherche, nous avons retenu la méthode qualitative, en s'appuyant sur l'idée que l'analyse des données et des résultats procure la qualité d'être intelligibles et interprétables, et en essayant de faire une lecture clinique du discours du sujet, effectuée sur le modèle de la pragmatique.

Or, l'analyse qualitative est une lecture globale, non détaillée qui permet au chercheur de se familiariser avec un problème donné. Ce type d'analyse peut être ainsi illustré dans le cadre d'une étude exploratoire ou bien comme une méthode qualitative commentaire à une analyse plus systématique. (Chahraoui, Bénony, 2003).

En effet, l'analyse qualitative est par définition même différente de l'analyse quantitative dans la mesure où elle réalise ses objectifs sans porter d'attention aux fréquences. Ce qui compte dans les analyses qualitatives, c'est la sélection et l'organisation raisonnée de catégories qui condensent la signification d'un texte donné, avec la visée de mettre à l'épreuve des hypothèses et des affirmations pertinentes. (Delefosse, Rouan, 2001)

De la sorte, nous avons fini d'aborder notre premier outil de recherche, et nous allons entamer à la présentation des autres outils, car la recherche en psychologie clinique ne se satisfait pas toujours de la méthode par entretien car celle-ci ne permet pas de mesurer ou d'apprécier l'intensité du trouble étudié. Cependant, la mesure d'un phénomène n'a de sens que restituée en fonction de la réalité subjective qu'elle exprime, c'est pour cela que nous avons choisi d'autres outils psychométriques au cours de notre étude, car ces derniers peuvent permettre d'obtenir des informations qui ne peuvent être observées ou faire l'objet de questions directes lors des entretiens semi-directifs.

Ainsi, nous avons eu recours à une batterie psychométrique et nous nous sommes pas tenu aux seuls entretiens cliniques semi-directif car nous savons à partir des données de la littérature que notre population d'étude qui est les adolescents victimes d'abus sexuel peut présenter des difficultés d'expression, de communication et d'élaboration en raison de l'abus subi, de la proximité temporelle de ce dernier qui caractérisée par la manifestation de différentes répercussions voire la détresse et la dissociation péritraumatique allant jusqu'au développement d'un stress aigu. Cela procurera de la rigueur à la démarche méthodologique adoptée.

Dans ce cadre, On peut considérer une échelle comme un instrument, méthode ou mécanisme par lequel les individus ou les objets sont mesurés, classifiés ou différenciés par rapport à une variable.

En psychologie, « *Les échelles sont en général des épreuves constituées d'items ordonnés difficulté croissante. Elles permettent d'évaluer en niveau souvent exprimé, en termes d'âges ou de stades* ». (Blochet al., 1991, p.254).

D'après M. Angers (1997), l'échelle est définie « Comme une technique pour assigner un score à des individus en vue d'un classement, les échelles sont utilisées pour classer des individus ou des ensembles d'individus selon leurs réponses à des questions construites à partir d'indicateurs choisis. On regroupe ainsi un ensemble d'indicateurs transformés en question et on essaie d'évaluer le résultat chiffré d'une personne selon ses réponses ; on la classe alors sur une échelle allant du plus au moins ou d'une attitude extrême dans un sens jusqu'à l'attitude extrême opposée ». (Angers, 1997, p.115).

En outre, notre choix s'est porté sur 3 questionnaires qui mesurent trois indicateurs qui représentent un continuum de réactions traumatiques : le premier c'est l'inventaire de détresse péritraumatique pour enfants-adolescents « *Peritraumatic Distress Inventory – Child* » (PDI-C), le deuxième s'intitule le questionnaire d'expériences dissociatives pour enfants-adolescents « *Peritraumatic Dissociative Experiences Questionnaire-Child* » (PDEQ-C) et enfin la liste de contrôle du stress aigu pour les enfants-adolescents « *The Acute Stress Checklist for Children: Development of a Child Self-Report Measure* » (ASC-Kids) qui représente une mesure d'auto-évaluation .

La description des questionnaires (PDI-C) et (PDEQ-C) :

Nous avons choisi ces deux questionnaires complémentaires, afin de mesurer les réactions immédiates, donc les réponses péritraumatiques des adolescents suite à un événement traumatique qui dans notre cas est l'abus sexuel, ils vont nous permettre de répondre à nos questions de recherche, d'infirmer ou de confirmer les données des entretiens, et effectivement vérifier nos hypothèses de départ.

Bien que l'IPD, introduit comme mesure de détresse péritraumatique qui fait référence au sentiment de « peur, d'impuissance et d'horreur » vécu pendant ou immédiatement après une exposition à un traumatisme pendant la période péritraumatique, et le PDEQ, introduit

comme mesure de la dissociation péritraumatique qui fait référence aux altérations de l'expérience du temps, lieu et personnes vécues pendant ou peu de temps après exposition à un événement traumatique ont tous deux démontré de bonnes propriétés psychométriques chez l'adulte, ils n'ont jamais été validés chez les enfants.

Cependant, après l'étude longitudinale via la salle d'urgence intitulée « Validation of the Peritraumatic Dissociative Experiences Questionnaire and Peritraumatic Distress Inventory in school-aged victims of road traffic accidents » (Bui et al. 2011, p108) sur 133 victimes consécutives d'accidents de la route, âgées de 8 à 15 ans ou les réactions péritraumatiques ont été évaluées au départ, ainsi que les symptômes PTSD 1 mois plus tard. Elle a permis de considérer le PDI-C et le PDEQ-C comme fiables et valides chez les enfants et les adolescents et peuvent désormais être utilisés comme instruments validés dans la pratique clinique. (Bui et al ; 2011)

Ainsi, nous pouvons considérer que ces deux questionnaires sont les plus compatibles à nos indicateurs et qui correspondent directement à la tranche d'âge choisie d'où notre choix à les appliquer pour notre étude.

5.2.1 Le PDI-C

La version adulte de l'inventaire de détresse péritraumatique (PDI) construit par Alain Brunet (2001) pour mesurer le critère A2 du PTSD dans la classification du DSM-IV, a été traduit et validé en Français par Louis Jehel et collaborateurs (Jehel, 2003). L'inventaire contient 13 items cotés de 0 à 4. Les scores vont de 0 à 52. La consigne pour chaque item est de coter sa réponse en fonction de « ce que vous avez ressenti pendant et immédiatement après l'événement critique ». Le score total moyen est obtenu par la somme des items divisée par le nombre d'items. Pour cet instrument très récent nous ne disposons pas encore d'études auprès de victimes de maltraitance sexuelle mais la qualité de ses caractéristiques psychométriques d'une part et de sa capacité à prédire de troubles post-traumatiques (Brunet, 2003) permet de recommander son utilisation. Mezey et Taylor (1988) soulignaient déjà que l'intensité de la détresse émotionnelle après une agression sexuelle constituait un marqueur de la gravité de cet événement.

La version destinée aux enfants et aux adolescents dont l'âge varie entre 6 et 16 ans (PDI-C) a été validée en 2010 par Bui et collaborateurs au sein du laboratoire du stress traumatique (LST-JE 2511) au CHU de Toulouse, hôpital Casselardit de l'université de Toulouse, il s'agit d'une échelle d'auto-évaluation de 13 items permettant de déterminer les

réactions de détresse émotionnelles d'une personne, au moment d'un événement traumatique et dans les minutes et les heures qui suivent.

a) Consigne

« Complète s'il te plaît les phrases qui suivent en cochant la case qui correspond le mieux à ce que tu as ressenti pendant et immédiatement après l'accident qui t'a amené à l'Hôpital. Si un énoncé ne s'applique pas à ton expérience de l'accident, alors coche la réponse « Pas du tout vrai » ».(Bui, 2010, p113)

a) Durée de passation

La durée de la passation est de 5 minutes.(Bui et al. 2011, p113)

b) Mode de passation, scores

Chacun des 13 items est coté de 0 (pas du tout vrai) à 4 (extrêmement vrai). Le score total est la somme de tous les items. Un score à partir de 15 indique une détresse significative, Les personnes qui présentent une forte détresse péritraumatique risquent de développer des troubles de stress post-traumatiques. (Bui et al. 2011, p.113)

c) Cohérence interne et fiabilité test-retest

Le coefficient alpha de Cronbach était de 0,80. Le coefficient de corrélation de fiabilité du testretest PDI-C 1 mois de 0,77 était satisfaisant. (Bui et al ; 2011, p109)

d) Validité factorielle

Après avoir obtenu un résultat significatif sur le test de sphéricité de Bartlett, une PCA a été réalisée. Une rotation Promax a été réalisée avec des facteurs avec une valeur propre > 1. Les facteurs 1, 2 et 3 affichaient des valeurs propres de 4,0, 1,5 et 1,1, respectivement, expliquant 30,8, 11,2 et 8,6% de la variance totale (50,6%), respectivement. Une inspection du tracé d'éboulis et des valeurs propres obtenues a suggéré qu'une solution à deux facteurs pourrait être plus adéquate. Une solution forcée à 2 facteurs a été réalisée et les facteurs obtenus ont expliqué 30,8 et 11,2% de la variance. Un facteur indexant les réactions cognitives / émotionnelles à l'événement (items 1, 2, 3, 6, 7, 10) et un autre indexant la menace de vie perçue et l'excitation corporelle (items 4, 5, 8, 9, 11, 12, 13) étaient identifiés. (Bui et al; 2011, p109)

5.2.2 Le PDEQ-C

La version adulte du questionnaire sur les expériences de dissociation péritraumatique (PDEQ). Cet instrument a été traduit et adapté par Alain Brunet et Christiane Routhier (1999) avec l'autorisation des auteurs : Marmar C.R. et Weiss D.S. (1997) à partir du « Peritraumatic Dissociative Experience Scale ». Ce questionnaire est constitué de 10 items, cotés de 1 à 5. Il mesure l'intensité de l'état dissociatif au cours d'un événement traumatique.

La dissociation est d'après les auteurs un des meilleurs indicateurs de stress aigu et un excellent critère prédictif de stress post-traumatique (Marmar 1994). Ces symptômes dissociatifs se caractérisent par une réduction de l'état de conscience, une focalisation ou un émoussement émotionnel avec un sentiment de détachement par rapport à l'environnement. Le score est obtenu en effectuant la somme ou la moyenne des dix items. Le "seuil clinique" de cette mesure est 1,5 pour la moyenne.

La version destinée aux enfants et aux adolescents dont l'âge varie entre 6 et 16 ans (PDEQ-C) a été validée en 2010 par Bui et collaborateurs au sein du laboratoire du stress traumatique (LST-JE 2511) au CHU de Toulouse, hôpital Casselardit de l'université de Toulouse, Il s'agit d'un test auto-administré en 10 items qui mesure les expériences de dissociation vécues pendant un événement traumatique, ainsi que les quelques heures qui suivent celui-ci. Les personnes qui présentent une forte dissociation risquent de développer des troubles de stress post-traumatiques.

a) Consigne

« Merci de répondre aux phrases suivantes en entourant le choix de réponse qui décrit le mieux ce qui t'est arrivé et tes réactions pendant l'accident et tout de suite après. Si une question ne s'applique pas à ce qui t'est arrivé, entoure "Pas du tout vrai". » (Bui, 2010, p114)

b) Durée de passation

La durée de la passation est de 5 minutes. (Bui, 2010, p110)

c) Mode de passation, scores

Chaque item est coté de 1 (pas du tout vrai) à 5 (extrêmement vrai). Le score total est la somme de tous les items. Un score à partir de 15 indique une dissociation significative. (Bui, 2010, p114)

d) Cohérence interne et fiabilité test-retest

Le coefficient alpha de Cronbach était de 0,77. La fiabilité testretest à 1 mois du PDEQ-C était de $r = 0,69$. (Bui et al, 2011, p110)

e) Validité factorielle

Après avoir obtenu un résultat significatif sur le test de sphéricité de Bartlett, une PCA a été réalisée. Une rotation Promax a été réalisée avec les facteurs avec une valeur propre > 1 . Les facteurs 1 et 2 affichent des valeurs propres de 3,36 et 1,1, respectivement, expliquant 33,6% et 11,1% de la variance totale (44,7%), respectivement. Après une inspection de la trame d'écran et des valeurs propres, et compte tenu des intercorrélations des facteurs ($r = 0,48$), il a été décidé de revenir à une solution à un seul facteur. Une solution forcée à un facteur expliquait 33,6% de la variance. (Bui et al, 2011, p110)

f) Intérêts et limites

Il s'agit des échelles récentes les plus utilisées pour évaluer les différentes réactions immédiates suite à un événement traumatique chez l'enfant et l'adolescent car le temps de passation est court, le lien est bon et il existe des scores de gravité.

Néanmoins, la limite demeure dans le fait que ces deux questionnaires n'ont pas pris en compte l'effet potentiel d'un traumatisme antérieur sur une réactivité accrue. C'est pour cela que nous avons retenu dans nos critères de sélection l'exclusion des adolescents ayant déjà vécu un traumatisme antérieur

Le problème nosologique de ce test ne se pose pas dans le contexte algérien car, les symptômes du traumatisme peuvent être observés dans toutes les cultures, malgré ça nous avons consulté les items avec notre promotrice, et nous avons constaté qu'il n'y avait pas de problème.

Dans ce qui suit, nous passons à la présentation du troisième outil de notre recherche qui est la liste de contrôle de l'Etat de Stress Aigu pour les enfants-adolescents (ASC-Kids).

5.3 Le ASC-Kids

Dans le but d'avancer encore plus dans notre étude, nous avons opté pour une mesure d'auto-évaluation brève et valide des réactions de stress aiguë, y compris les symptômes de TSA tels que définis dans le DSM-V, qui serait pratique pour l'administration aux enfants et adolescents récemment exposés à un événement traumatique et conviendrait à la fois aux milieux cliniques et de recherche.

C'est projet de mesure qui a été examiné par un groupe d'experts pour en vérifier la validité du contenu, piloté avec des jeunes, et révisé pour en clarifier et en couvrir les principaux éléments. La nouvelle liste de contrôle en 29 items sur le stress aigu chez les enfants (ASC-Kids) a été administrée à 176 jeunes âgés de 8 à 17 ans qui ont été récemment blessés ou admis en unité de soins intensifs. L'ASC-Kids a démontré une forte fiabilité test-retest et une cohérence interne, ainsi qu'une validité concurrente et prédictive avec d'autres mesures du stress traumatique. (Kassam-Adams, 2006, p129)

a) Consigne

« Nous aimerions connaître vos pensées vos sentiments et vos réactions depuis ... Il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse juste la façon dans vos pensées et vous vous sentez veuillez mettre un X dans la case qui indique dans quelle mesure chacune de ces phrases est vrai pour vous ». (Kassam-Adams, 2006, p134)

b) Durée de passation

La durée de la passation est 5 à 10 minutes. (Kassam-Adams, 2006, p139)

c) Mode de passation, scores

La liste de mesure comprenait 26 éléments directement liés aux critères de diagnostic des TSA et 4 éléments supplémentaires conçus pour évaluer les caractéristiques connexes et coping / la résilience.

Les options de réponse pour les éléments 1 à 23 et 26 à 29 sont «Jamais/Pas vrai», «Parfois / Un peu» et «Souvent / Très vrai». Les réponses sont notées de 0, 1, 2 pour les éléments 1 à 27 et 2, 1, 0 pour les éléments 28 et 29. (Kassam-Adams, 2006, p132)

d) Cohérence interne et fiabilité test-retest

La cohérence interne de l'ASC-Kids était forte pour les 19 items de symptômes (Cronbach $\alpha = .85$) et pour les 29 items de l'ASC-Kids ($\alpha = .86$). La cohérence interne au sein des catégories de symptômes était la suivante : dissociation ($\alpha = 0,64$), revivre ($\alpha = 0,74$), évitement ($\alpha = 0,73$) et excitation/anxiété ($\alpha = .73$).

La fiabilité test-retest pour la réadministration dans un délai d'une semaine était forte ($r = 0,76$) pour l'échelle de symptômes ASC-Kids (19 items) et pour le score total des 29 items ASC-Kids ($r = 0,83$). La fiabilité test-retest pour les sous-échelles de catégories de symptômes était la suivante : dissociation ($r = 0,72$), revivre ($r = 0,75$), évitement ($r = 0,59$) et éveil/ l'anxiété($r = 0,68$). (Kassam-Adams, 2006, p140)

e) Intérêts et limites

Il s'agit d'une liste de contrôle récente et l'une des plus utilisées pour évaluer le trouble du stress aigu chez l'enfant et l'adolescent car le temps de passation est court, a démontré une forte fiabilité test re-test et une cohérence interne ainsi qu'une validité concurrente et prédictive avec d'autres mesures du stress. Le test est une mesure prometteuse des réactions de stress aigu chez l'enfant et l'adolescent.

Néanmoins, la limite demeure dans le fait que les propriétés psychométriques de ce test doivent être évalué dans d'autres population et en relation avec l'évaluation diagnostique des cliniciens, les algorithmes de notion optimale pour le test doivent être évalué plus en détail, cette évaluation impliquera de trouver un équilibre entre l'utilité d'évaluer tous les critères du DSM-5 relative aux TSA ainsi que les caractéristiques cliniques connecte.

Le problème nosologique de ce test ne se pose pas dans le contexte algérien car, les symptômes du stress aigu peuvent être observés dans toutes les cultures, malgré ça nous avons consulté les items avec notre promotrice, et nous avons constaté qu'il n'y avait pas de problème.

La validation du test a été limitée aux enfants et adolescents anglophones, la traduction et la validation du test dans d'autres langues élargiraient son utilité clinique et de recherche. La disponibilité d'une telle mesure dans plusieurs langues permettrait de fonder une compréhension croissante des réactions de stress aigu chez l'enfant et l'adolescent et ainsi cela pourrait représenter une étape prometteuse vers une mesure pratique et des d'auto-évaluation du stress aigu chez l'enfant et l'adolescent qui pourrait être utile dans des contextes cliniques et dans des recherches prospectives avec des enfants/adolescents exposés à toute une série d'événements traumatisants. Ainsi, concernant la traduction arabe nous n'avons trouvé aucun document correspondant à cela, et nous allons essayer de nous diriger vers un spécialiste de la langue arabe en consultant ainsi les dictionnaires de psychologie traduits en arabe.

6. Le déroulement de la recherche :

6.1. La pré-enquête

Effectivement, l'étape la plus importante avant de commencer une recherche scientifique est d'effectuer une pré-enquête. Parce qu'elle demeure cruciale pour enrichir notre problématique, et élaborer notre guide d'entretien. La pré-enquête est sans doute le

début qui marque toute recherche dans le domaine des sciences humaines et sociales, car elle nous permet un recueil de données pertinent sur le thème de recherche, pour pouvoir déterminer les indicateurs de celui-ci, ainsi vérifier la faisabilité des outils choisis sur le groupe visé.

Elle est considérée comme étant une étape capitale de la recherche, durant cette dernière, le chercheur tente de se familiariser avec son sujet et avec le terrain afin d'élaborer son guide d'entretien et de formuler ses hypothèses de recherche, elle permet aussi de recueillir des idées et des informations concernant le thème de recherche, d'avoir des renseignements sur le terrain, concernant la population visée. Elle permet aussi de cerner le thème de recherche et de vérifier sa faisabilité (Cario, 2000, p, 113).

Selon Berthier (2010) la phase de pré-enquête représente la « base de l'édifice » du projet de recherche. La pré-enquête est une phase exploratoire permettant de tester des pistes, de se familiariser avec le terrain, de s'entraîner à questionner et à écouter, de construire progressivement le guide d'entretien et de le tester. Cette étape est à la fois essentielle pour construire la problématique de la recherche, élaborer les hypothèses, et choisir les méthodes les plus appropriées à l'objet de recherche. (Sauvayre,2013)

Dans le but de vérifier la faisabilité de cette thématique ayant trait aux adolescents victimes d'abus sexuel, la première étape que nous avons effectuée était de procéder à une recherche bibliographique, que ça soit au sein de la bibliothèque de notre université, d'autres universités (Université des Frères Mentouri Constantine 1), sur internet notamment le portail SNDL , ASJP et PNST ou theses.fr ou en sollicitant notre promotrice, des enseignants de notre université ou d'ailleurs, afin d'avoir suffisamment d'informations ou de connaissances qui va nous permettre de retenir nos indicateurs et d'élaborer notre question de recherche, et plus tard nos chapitres théoriques, et notre démarche méthodologique. En effet, cette première étape nous a permis de récolter la documentation qui a un lien direct avec notre thème ou l'une des variables de celui-ci ou qui s'en approche.

La deuxième étape effectuée était de palper le terrain avant de prendre la décision finale, en se dirigeant vers le service médecine légale du Centre hospitalo-universitaire Frantz Fanon de Bejaia, nous nous sommes présentée en tant que mastérantes en psychologie clinique ,où on a discuté avec un médecin légiste qui nous a confirmé qu'ils reçoivent des adolescents victimes d'abus sexuel qui viennent pour examen médico-légal, mais qu'ils ne

bénéficiaient pas d'une prise en charge psychologique par la psychologue du service, on a demandé à voir la psychologue qui a confirmé en indiquant qu'effectivement elle prenait que rarement en charge ces adolescents en question, car ils venaient pour le seul but d'avoir un certificat médical, et qu'ils ne revenaient presque plus vu que la plupart d'entre eux venaient de loin. Cependant, nous nous sommes mises d'accord avec le médecin légiste et la psychologue sur le fait de nous joindre via nos coordonnées dès qu'un sujet répondant à nos critères de sélection se présente et ce dans le respect absolu des règles ethniques et déontologiques relatives à la recherche en psychologie clinique et ayant également un lien avec ce type de population d'étude.

Malgré ces circonstances, nous avons demandé à voir le chef du service, afin de lui demander s'il ne voyait pas d'inconvénient à ce qu'on effectue notre stage à leur niveau, et il a répondu favorablement, mais nous a posé une condition qui était celle de nous occuper juste de notre population d'étude, et donc de ne pas nous immiscer dans les autres cas reçus au service.

Étant donné l'aspect sensible de notre recherche, nous ne nous sommes pas contentées de nous diriger vers un seul endroit, mais à plusieurs endroits et notamment hors wilaya. Le deuxième lieu visité fut le service de médecine légale du Centre Hospitalier Universitaire Saadna Mohamed Abdennour de Sétif, où en passant par le secrétariat avons pu rencontrer la chef de service le Pr. BENKOBBI qui nous a accueilli et discuté avec nous à propos de notre thématique et de la tranche d'âge choisie et par la suite, elle a fini par nous présenter la psychologue du service qui nous a présenté les lieux en se montrant très coopératif.

Après l'accord favorable accordé, l'une de nous s'est dirigée le jour suivant au service de médecine légale du Centre Hospitalier de Constantine Abdesselam Benbadis pour une éventuelle possibilité d'effectuer notre stage au sein de cet établissement, mais après maintes discussions avec différents personnels du CHU, les résultats étaient négatifs vu le début du gel des stages par le Syndicat National Algérien des Psychologues SNAPSY. Toutefois, nous avons échangé nos coordonnées avec le psychologue qui devait nous contacter dès que la situation du gel sera levée, ce qui nous permettra d'accroître la possibilité de constituer notre groupe de recherche.

Ainsi, notre choix s'est porté sur le CHU de Sétif qui après discussion avec Mr. Koucem le psychologue du service nous informe que des adolescents victimes d'abus sexuel se

présentent régulièrement au service de médecine légale pour un examen médico-légal, mais éventuellement pour une prise en charge psychologique suite à la demande de celui-ci qui préparait une thématique similaire concernant l'inceste.

Au mois de janvier, nous avons décidé d'aller au CHU de Sétif, afin de récupérer notre lettre d'accord et pouvoir commencer notre stage. Nous nous sommes familiarisés avec le lieu de recherche, avec le personnel du CHU de Sétif, les autres stagiaires, et plus particulièrement avec le psychologue avec lequel nous avons entretenu longuement, en vue d'expliquer notre thème et les objectifs de notre recherche. Il était attentif à nos questionnements sur le rôle du psychologue au sein d'un service et la difficulté de travail au cœur du service de médecine légale et a été très enthousiaste et coopératif.

Durant notre pré-enquête, nous avons pu voir un premier cas qui a été amené pour l'examen médico-légal, il s'agissait alors d'un enfant, certes nous n'avons pas pu l'intégrer au sein de notre groupe de recherche, mais cela nous a permis d'avoir un aperçu et de voir réellement la détresse, ainsi que la réaction de sa maman, c'est-à-dire les répercussions immédiates du sujet et de son entourage familial à ce type d'évènement.

Tout d'abord le psychologue s'est entretenu avec la maman et l'enfant était présent, le psychologue a tenté une approche en lui demandant son prénom, son âge, de lui parler sur l'école mais aucune réponse de la part de l'enfant qui demeurait silencieux. Puis vient le moment de l'arrivée du médecin légiste pour réaliser l'examen mais l'enfant n'était pas prêt, nous sommes donc sortis du bureau. Alors à la fin de l'examen nous y sommes retournés, l'enfant alors tenter de se rhabiller sa maman agissait de façon brusque et agressive avec lui, alors le psychologue a tenté une autre approche mais sans aucun résultat. Nous avons veillé à ce que notre présence ne soit aucunement source de gêne pour personne en intervenant que lorsque c'est nécessaire.

La maman parlait des membres de leur famille suite aux questions du psychologue ; le père étant décédé, elle élève ses 3 enfants : une jeune fille de 19 ans, un adolescent de 14 ans et le petit dernier qui a 6 ans. Elle paraissait perturbée, elle souriait puis devenait triste au fil de son discours. L'agression a été commise par un voisin adolescent de 14 ans, ce dernier attirait souvent l'enfant par des bonbons, puis un jour sans que sa mère ne le sache il l'invita chez lui pour jouer au vélo, et l'a sexuellement agressé par voie anale. La maman étant

troublée le psychologue lui fixe un autre rendez-vous pour une éventuelle prise en charge psychologique pour elle et pour l'enfant.

Entre autre, suite à l'arrivée de la pandémie Michael Ryan, directeur des questions d'urgence sanitaire de l'Organisation mondiale de la Santé, lors d'une conférence de presse virtuelle qui a eu lieu à Genève, « *Ce virus pourrait devenir endémique dans nos communautés, il pourrait ne jamais disparaître.* » donc, le ministère de la santé de l'Algérie et après la décision du président de la république Abdelmadjid Tebboune prit des mesures sanitaires exceptionnelles à l'encontre de cette pandémie.

Par conséquent, nous étions dans l'obligation d'arrêter notre recherche au sein du CHU de Sétif qui est devenu un foyer de la propagation du COVID-19. Malgré nos maintes tentatives à effectuer une attache avec des adolescents victimes d'abus sexuel via internet notamment via des pages dans les réseaux sociaux (Facebook, Instagram), mais cela n'a pu mener à aucun résultat favorable.

De cette pré-enquête, nous avons pu assurer qu'il n'y avait pas de difficulté ou quelconque obstacle possible pour notre étude concernant le lieu et la disponibilité des cas, ainsi nous pouvons recueillir les informations sur le vécu psychologique des victimes d'abus sexuel après des cas rentrant dans les critères fixés et sur lesquelles nous nous sommes basées dans la formulation de nos questions et nos hypothèses, aussi la construction des axes de notre guide d'entretien, et nous avons opté pour l'utilisation de trois outils psychométriques, dont l'inventaire de détresse péritraumatique pour enfants-adolescents « *Peritraumatic Distress Inventory – Child* » (PDI-C), le deuxième s'intitule le questionnaire d'expériences dissociatives pour enfants-adolescents « *Peritraumatic Dissociative Experiences Questionnaire-Child* » (PDEQ-C) et enfin la liste de contrôle du stress aigu pour les enfants-adolescents « *The Acute Stress Checklist for Children: Development of a Child Self-Report Measure* » (ASC-Kids) qui représente une mesure d'auto-évaluation.

7. Déontologie et attitude du chercheur

Selon Hottois G. (2001), la déontologie est une éthique professionnelle qui s'applique aux individus seulement en tant qu'ils exercent un métier déterminé et qu'ils ont, dans ce cadre, des obligations, des responsabilités et des droits. La déontologie doit garantir le bon exercice d'une pratique professionnelle. (Lecomte, 2012)

Si la recherche en psychologie comme dans tout autre domaine a pour finalité de mieux connaître l'objet d'étude soutenue par le souci de la preuve et l'effort de généralisation, elle a pour particularité et spécificité d'étudier l'être humain. Plus précisément, elle a pour cible l'étude du fonctionnement psychique, cognitif et comportemental du sujet. (Varescon,2013,cité par Benamsili,2020,p.65).

7.1. L'éthique de la recherche

Dans toutes les disciplines où les professionnels font de la recherche, le problème éthique se pose. Demers, médecin et chercheur le souligne quand il dit : « Dans chaque scientifique, il doit y avoir un éthicien aux aguets ». La recherche en soins n'échappe pas aux lois nationales qui régissent les pratiques de recherche. Chacun, avant d'entreprendre une recherche, doit se poser la question de l'éthique, en regard des personnes. Cinq droits sont énoncés et explicités : le droit au respect de la personne humaine, de son intégrité et de sa dignité ; le droit à l'information ; le droit à la liberté ; le droit au respect de la vie privée ; le droit au traitement équitable. (Poirier, 2012)

C'est pour cela, que dans la recherche en psychologique clinique, nous devons respecter les sujets de recherche, leur intégrité psychique, ne pas divulguer leurs secrets sans leur consentement, et ne pas les forcer à répondre ou à faire partie de la recherche si cela leur cause un certain malaise ou que cela puisse mener à aggraver leur souffrance.

Pour cette raison, que suite à la pandémie du Covid-19 que nous n'avons pas pu prendre contact avec des sujets à travers d'autres moyens comme via les réseaux sociaux , par soucis de déroger à la règle de déontologie , ou de mettre en péril la santé psychique de personnes qui souffrent déjà .

8. Difficultés de la recherche

Toute recherche correctement menée se heurte toujours à des difficultés, qui semblent parfois être les principaux obstacles à son développement réussi. En tant qu'étudiants en psychologie, nous sommes les premiers à l'encontre de ces problèmes, et ces problèmes n'épargnent pas les professionnels eux-mêmes. Cependant, ces difficultés ne constituent pas des obstacles insurmontables qui entravent la recherche ; lorsqu'elles trouveront des solutions appropriées pour les surmonter, elles enrichiront l'analyse.

Ici dans cette étude, les plus importantes difficultés à laquelle nous nous sommes confrontés sont : La difficulté d'aborder le thème lui-même qui est considéré comme sensible surtout au sein d'une société dite conservatrice qui est la nôtre, une difficulté à accéder à une documentation spécialisée et à des études antérieures relatives à notre thème, car les études concernent surtout les enfants, la difficulté d'accès à certains établissements pour effectuer notre stage par faute de grèves, Le manque de cas, même au sein du service médecine légale, surtout au début de notre stage pratique, nous a mis dans une situation de doute, entre changer ou continuer dans le même thème, et a fait ralentir notre recherche.

Nous avons rencontré des difficultés pour la traduction de nos outils de recherche qui majoritairement étaient en anglais, ou celle-ci était superficielle ou loin de la vraie signification originale ce qui aurait pu causer une altération du sens implicite, inhérent au «*vouloir dire* » par conséquent, pour traduire les items des outils psychométriques dans notre recherche on a trouvé de vrais obstacles qui détériorait le sens, donc nous les avons soumis à des lectures par différentes personnes pour vérifier la validité de notre traduction, et pour cela il nous a fallu beaucoup de temps pour aboutir, comme nous l'espérons, à une traduction fidèle, et enfin l'arrivée de cette pandémie qui a malheureusement pour nous mis fin à notre recherche sur le terrain, car cela mettait en péril notre santé.

Synthèse

Nous avons consacré ce chapitre à la méthodologie qui joue un rôle essentiel dans notre recherche qui porte sur « *le vécu psychologie des adolescents victimes d'abus sexuel* », elle nous a permis d'assurer une bonne organisation de notre travail d'investigation, comprendre et connaître la nécessité de l'étude de cas dans la recherche en psychologie clinique. Mais, aussi assimiler l'utilisation des techniques à suivre, vu le guide d'entretien, le questionnaire de détresse péritraumatique pour enfants-adolescents « Peritraumatic Distress Inventory – Child » (PDI-C), le questionnaire d'expériences dissociatives pour enfants-adolescents « Peritraumatic Dissociative Experiences Questionnaire-Child » (PDEQ-C) et enfin la liste de contrôle du stress aigu pour les enfants-adolescents « The Acute Stress Checklist for Children: Development of a Child Self-Report Measure » (ASC-Kids), afin de recueillir des informations sur les sujets traités, répondre à nos questions et vérifier nos hypothèses.

Au terme de cette recherche, nous avons tenté d'aborder un sujet assez sensible dans notre société qui est l'abus sexuel, sachant que celui-ci demeure peu abordé tant dans les recherches qu'en ce qui concerne les plaintes au sein du service de médecine légale, par peur des jugements et du regard de la société envers les victimes. Lorsque l'abus est subi par un adolescent celui-ci arbore une certaine symptomatologie physique, mais aussi psychique qui modifie son vécu, qui se manifeste sous formes de troubles psychopathologiques divers dans l'immédiat et à long terme, l'abus sexuel va alors affecter sa propre perception de lui-même mais aussi celle du monde qui l'entoure.

C'est pour cela qu'après avoir effectué notre pré-enquête en termes de littérature et après avoir réalisé notre pré-enquête de terrain tout d'abord au sein de l'hôpital Frantz Fanon à Béjaïa, puis notre choix s'est porté sur le CHU de Sétif, où nous avons la certitude qu'il n'y avait aucun obstacle pouvant porter atteinte à notre recherche ainsi qu'une meilleure opportunité de trouver une plus grande population d'étude et de ce fait avoir plus de cas qui remplissent nos critères de sélections, c'est-à-dire des adolescents victimes d'abus sexuel. Notre pré-enquête nous a permis de mieux orienter notre recherche et de nous focaliser sur le vécu psychologique de ces adolescents abusés sexuellement, en explorant les réactions immédiates qui se produisent suite à l'abus, en l'occurrence la détresse péritraumatique, dissociation péritraumatique qui tendent vers le trouble de stress aigu. Notre choix s'est porté sur la phase immédiate car la plupart des études antérieures que nous avons consultées abordent le trouble de stress post-traumatique, c'est pour cela que nous nous sommes intéressés au vécu immédiat de la victime suite à l'abus sexuel, ainsi dans le cas où elle ne sera pas prise en charge, ceci aura un lourd impact sur son devenir psychique, et l'apparition du TSPT dans les mois qui suivront l'agression.

L'adolescence, comme nous avons retenu à travers nos lectures, est une phase de développement complexe, tant sur le plan physiologique que psychologique, l'adolescent va alors découvrir sa sexualité et percevoir les différents changements qui opèrent en lui.

Lors de la survenue de l'abus, la victime en période d'adolescence présente des symptômes de détresse péritraumatique, ainsi qu'une dissociation péritraumatique, qui se poursuivent dans les heures qui suivent l'abus sexuel, qui est perçu comme une atteinte à son intimité, à son innocence. Toutefois dans le mois qui suit l'abus sexuel, l'apparition d'un trouble de stress aigu est fort probable. Cette agression, peut survenir au sein du cercle familial, et il s'agit alors d'inceste ou en dehors par un étranger, qui abusera de la

vulnérabilité de sa victime, pour commettre son acte abusif. La peur, la honte ou encore la culpabilité prennent alors place, ainsi qu'un sentiment de déréalisation, dépersonnalisation entre autre, qui vont perturber la victime et lui infliger des distorsions cognitives, un sentiment continu de mal-être, une réponse d'anxiété qui inclut certaines formes de reviviscences ou une réactivité à l'événement traumatique, et une perte de goût en la vie, elle sera alors dans un trouble de stress aigu.

C'est pour cela qu'après la pré-enquête de terrain, nous avons opté pour un guide d'entretien semi-directif, ainsi que trois outils psychométriques PDI-C qui mesure la détresse péritraumatique, PDEQ-C qui mesure la dissociation péritraumatique ainsi que ASC-Kids qui mesure le stress aigu afin de nous permettre de répondre à nos questions de recherche, d'infirmer ou de confirmer nos hypothèses de recherche. Toutefois, suite à la pandémie du Covid-19, nous nous sommes retrouvés dans l'impossibilité de vérifier nos hypothèses, ainsi que d'effectuer la passation des tests psychométriques sur les cas, étant donné le danger que cela pourrait engendrer sur notre santé mais aussi celle des cas de notre recherche, alors nous avons mis un terme à notre enquête.

Nous nous sommes dirigés alors, vers les études antérieures, qui sont l'alternative proposée par le conseil pédagogique, qui nous ont permis d'avoir un aperçu sur le vécu des adolescents victimes d'abus sexuel dans différentes phases, notamment la phase immédiate et d'enrichir nos connaissances à travers les résultats obtenues par les chercheurs qui les ont réalisées. Cela nous a permis alors, d'enrichir notre recherche en plus de la pré-enquête que nous avons citée précédemment.

Enfin, suite à la recherche que nous avons réalisée, nous avons aperçu qu'il est nécessaire de sensibiliser la population sur les abus sexuels et leurs répercussions et l'importance de dénoncer les agresseurs, quelque soit le lien entretenu entre agresseur et victime, sans avoir honte, car le silence de l'un causera le malheur d'autres victimes.

Ainsi, il est également important, d'en parler aux mineurs, et de les prévenir, des différents dangers, de gagner leur confiance en tant que parents, et les inciter à raconter le moindre acte, ou dépassement d'un autre adulte envers eux.

Ceci pourra largement, sauver de probables victimes , ainsi sauver l'humanité.

Toutefois , notre recherche demeure tout de même assez théorique suite aux circonstances, mais nous suggérons aux futurs chercheurs d'approfondir les recherches sur les adolescents victimes d'abus sexuels , ainsi que les répercussions qui en découlent non seulement sur le long terme , mais aussi l'impact que cela peut engendrer sur l'entourage .

Nous proposons alors aux futurs chercheurs : les thématiques suivantes : Le devenir psychologique des sujets victimes d'un abus sexuel à l'adolescence, La dynamique familiale d'adolescents victimes d'abus sexuel. Nous nous interrogeons également sur Quel est l'impact de l'abus sexuel sur la vie conjugale de ces victimes ?

Il est également nécessaire d'enrichir la formation des psychologues cliniciens sur le terrain à ce type de situation et au traumatisme psychique, à travers l'ouverture de possibilités d'effectuer des stages , ainsi que de leurs permettre d'intervenir auprès des victimes pour mieux maîtriser ce domaine assez délicat.

Ainsi que la nécessité de l'introduction de modules de victimologie, médecine légale ou autres pour les étudiants en master en psychologie clinique afin de mieux connaître l'aspect du traumatisme psychique , son impact sur les victimes , comment agir face à une victime de traumatisme sexuel par exemple ou de toute forme de violence , ainsi que de travailler en collaboration avec les différents spécialistes tels que les médecins légistes, psychiatres , d'autres collègues psychologues afin d'offrir la meilleure aide possible pour aider les victimes à faire face à ce qu'elles ont subi , et de les aider à surmonter leur trauma , par une prise en charge adéquate , qui pourra les sauver de troubles psychopathologiques graves , ou de sombrer dans la déviance et ainsi , de perdre la notion d'eux-même , et de vivre dans des souffrances atroces .

Liste des références

1. American Psychiatric Association. (2015). *DSM-5®: manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. Paris : Elsevier Masson.
2. Angers. M.(1997), *Initiation pratique à la méthodologie des sciences humaines*. Alger : Casbah Université .
3. Barrault, S., Hegbe, K., Bertsch, I. et Courtois, R. (2016). Relation entre les événements de vie traumatiques de l'enfance, le trouble de personnalité borderline et les conduites cybersexuelles problématiques. *Psychotropes*, vol. 22(3), 65-81. DOI :<https://doi.org/10.3917/psyt.223.0065>
4. Barudy, J. (2007). *La douleur invisible de l'enfant : Approche éco-systémique de la maltraitance*. Toulouse, France : ERES. [https://doi : 10.3917/eres.barud.2007.01](https://doi.org/10.3917/eres.barud.2007.01).
5. Bauer,A., Pérez,E . (2009). *Les 100 mots de la police et du crime*. Paris : PUF.
6. Bénony, H.Chahraoui, Kh. (2003). *Méthode, évaluation et recherche en psychologie clinique*. Paris: DUNOD.
7. Bénony, H.Chahraoui, Kh. (2013). *L'entretien clinique*. Paris : Dunod.
8. Bessoles, P. (2006). *Psychopathologies péritraumatiques chez le mineur agressé sexuellement*. Grenoble, France : Elsevier Masson
DOI :<https://doi.org/10.1016/j.neurenf.2006.07.001>
9. Blanchet, A., Gotman, A. (2014). *L'enquête et ses méthodes : l'entretien (2)*. Paris : Armand Colin.
10. Bloch, H., Chernama. R, (1999), *Grand dictionnaire de la psychologie*. Paris, Larousse.
11. Boucebcı, M. (1978) *Psychiatrie, société et développement*. Alger : ENAL.
12. Boulenger, J., Lépine, J. (2014). *Les troubles anxieux*. Cachan, France : Lavoisier.DOI : <https://doi-org.www.snd11.arn.dz/10.3917/lav.boule.2014.01>
13. Bouvet, C. (2018). *18 grandes notions de la pratique de l'entretien clinique*. Malakoff: Dunod.
14. Brunet, A., Weiss ,DS., Metzler, TJ., Best, SR., Neylan, TC., Rogers, C., Fagan J., MarmarCR,(2002) , *The Peritraumatic Distress Inventory: A Proposed measure of PTSD Criterion A2*,*Am J Psychiatry* 158 : 9, September 2001. Jehel L., Brunet A., Guelfi J., *Validation de la traduction française de l'Inventaire de Détresse Péritraumatique*, in Thèse de l'université Paris VI.

15. Bui, E., Brunet, A., Olliac, B., Very, E., Allenou, C., Raynaud, J.-P., Claudet, I., Bourdet-Loubère, S., Grandjean, H., Schmitt, L., & Birmes, P. (2011). Validation of the Peritraumatic Dissociative Experiences Questionnaire and Peritraumatic Distress Inventory in school-aged victims of road traffic accidents. *European Psychiatry*, 26(2), 108–111. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2010.09.007>
16. Cario, R. (2000). *Victimologie de l'effraction d'inter subjectif à la restauration social*. (2^e éd). Paris : Harmattan
17. Classification statistique internationale de santé et des maladies et des problèmes connexes (CIM 10). (2015). (10^eed). Paris, France.
18. Clervoy, P. (2016). *Traumatismes et blessures psychiques*. Cachan, France : Lavoisier. DOI : <https://doi-org.www.snd11.arn.dz/10.3917/lav.clerv.2016.01>
19. Coutanceau, R., Damiani, C. (2018). *Victimologie : Evaluation, traitement, résilience*. Paris : Dunod. <https://doi-org.www.snd11.arn.dz/10.3917/dunod.couta.2018.02>
20. Coutanceau, R., Damiani, C. et Lacambre, M. (2016). *Victimes et auteurs de violence sexuelle*. Paris: Dunod. DOI : <https://doi-org.www.snd11.arn.dz/10.3917/dunod.couta.2016.04>
21. Coutanceau, R., Smith, J. et Lemitre, S. (2012). *Trauma et résilience : Victimes et auteurs*. Paris: Dunod. DOI : <https://doi-org.www.snd11.arn.dz/10.3917/dunod.lemit.2012.01>
22. Crocq, L. (2007). *Traumatismes psychiques : Prise en charge psychologique des victimes*. Paris : Elsevier Masson.
23. Daniel Marcelli, Braconnier, A. (2008). *Adolescence et psychopathologie*. Paris: Elsevier Masson
24. De Perrot, É. (2011). *Quelques réflexions à propos des termes : inceste, incestuel et abus*. *Psychothérapies*, vol. 31(4), 257-269. DOI : <https://doi.org/10.3917/psys.114.0257>
25. Delefosse, M, S., & Rouan, G. (2001). *Les méthodes qualitatives en psychologie*. Paris : Dunod
26. Doron, R & Parot, F, (2013). *Dictionnaire de psychologie*. Paris : puf.
27. Ducrocq, F. & Vaiva, G. (2014). 20. Confrontation traumatique, stress aigu et ESPT. Dans : Jean-Philippe Boulenger éd., *Les troubles anxieux* (pp. 219-230). Cachan, France: Lavoisier. DOI : <https://doi-org.www.snd11.arn.dz/10.3917/lav.boule.2014.01.0219>

28. E, D. J. (2007). *Psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent*. Bruxelles: 3e éd De Boeck & Larcier.
29. Sebaa, F.Z., (2009) L'adolescence en question(s), *Insaniyat / إنسانيات*, 33-44. DOI :<https://doi.org/10.4000/insaniyat.357>
30. Formarier, M., Jovic, L. (2012). *Les concepts en sciences infirmières: 2ème édition*. Toulouse, France: Association de Recherche en Soins Infirmiers. DOI :<https://doi.org/10.3917/arsi.forma.2012.01>
31. Graziani, P., Swendsen, G. (2005) *le stress, émotion, et stratégies d'adaptation*, Paris : Armand colin
32. Collectif (1994). *Dictionnaire usuel Du Français. (2^e éd)* . France: Hachette n°02
33. <http://psy-enfant.fr/adolescence-puberte-psychologie-histoire/>
34. <http://www.tribunaldz.com/forum/t2414>
35. <https://www.gisti.org/spip.php?article2398>
36. https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/fr/
37. Huerre, P., Bonniere, M. (2003). Conséquences des agressions sexuelles chez l'adolescent, à partir d'une étude sur les expertises de 69 jeunes filles et 28 jeunes hommes victimes. *Journal de Nervure*, 11-12.
38. Ionescu, S., Schauder, S. (2012). *L'étude de cas en psychologie clinique : 4 approches théoriques*. Paris : Dunod.
39. Josse, E. (2011). *Le traumatisme psychique : Chez le nourrisson, l'enfant et l'adolescent*. Louvain-la-Neuve, Belgique : De Boeck Supérieur. DOI :<https://doi-org.www.snd11.arn.dz/10.3917/dbu.josse.2011.01>
40. Josse, E. (2014). *Le traumatisme psychique chez l'adulte*. Belgique, Bruxelles : De Boeck.
41. Kassam-Adams, N. (2006). The Acute Stress Checklist for Children (ASC-Kids): Development of a Child Self-Report Measure. *Journal of Traumatic Stress*, 19(1), 129–139. DOI : <https://doi.org/10.1002/jts.20090>
42. Kédia, M., Sabouraud-Séguin, A. (2013). *L'Aide-mémoire de psychotraumatologie : En 49 notions*. Paris: Dunod. <https://doi-org.www.snd11.arn.dz/10.3917/dunod.segui.2013.01>
43. Laplanche. J., Pontalis, J.B. (1967), *vocabulaire de la psychanalyse*. Paris : PUF

44. LAUBET Del Bayle, J.-L. (2000), *Initiation aux méthodes de recherche en sciences sociales*, Paris : L'Harmattan
45. Lazarus, R.S., Folkman, S. (1984), *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.
46. Lebigot, F. (2006). *Le traumatisme psychique*. Bruxelles, Belgique :Yapaka.
47. Lecomte, M. (2012). Déontologie. Dans : M., Formarier(dir.), *Les concepts en sciences infirmières*. (2^e éd, p. 309-310). Toulouse, France: Association de Recherche en Soins Infirmiers. <https://doi.org/10.3917/arsi.forma.2012.01.0309>
48. Lemoine, P. (2015). Evolution du concept de violence sexuelle à travers l'histoire. Caen ,France.
49. Kedia,M.,Vanderlinden,J.,Lopez,G.,Saillot,I. et Brown,D. (2012). *Dissociation et mémoire traumatique*. Paris: Dunod.
50. Santiago-Delefos,M., Rouan,G. et coll. (2001). *Les méthodes qualitatives en psychologie*.Paris : Dunod.
51. Montel, S.,Tarquinio, C.(2014). *Les psychotraumatismes: Histoire, concepts et applications*. Paris : Dunod.
52. Mormont, C. (2002). Le concept d'agresseur sexuel. Dans E. Baccino (dir.),*Victime-Agresseur. Tome 2: L'agresseur sexuel : problématiques et prises en charge* (p. 167-170). Nîmes,France: Champs social.<https://doi.org/www.snd11.arn.dz/10.3917/chaso.bacci.2002.01.0167>
53. Olliac, B. (2012).*Spécificité du traumatisme chez l'enfant et l'adolescent*.Paris: Elsevier Masson.
54. Paillé, P. (2006). *La méthodologie qualitative*. Paris: Armand Colin.
55. Parrocchetti, J.P.(2012) *Stress, coping et traits de personnalité (névrosisme et lien de contrôle chez des sauveteurs et des conseillers du Pole Emploi*, thèse de doctorat, mention psychologie, université de Aix-Marseille.
56. Pedinielli, J.-L. (2006). *Introduction à la psychologie clinique*. Paris : Armand Colin.
57. Pedinielli, J.-L., Hauwel-Fantini, C. (2009). Ethique en psychologie clinique. Dans Ionescu, S., Blanchet, A., (dir.),*Méthodologie de la recherche en psychologie clinique*. (381-396). Paris : Puf.
58. Pinto, R. E. (1971). *Les méthodes de recherche dans les sciences sociales*(4^e éd) . Paris: Dalloz.

59. Poirier-Coutansais, G. (2012). Éthique, éthique des soins. Dans M. Formarier(dir.), *Les concepts en sciences infirmières* (2^eéd., p. 187-189). Toulouse, France: Association de Recherche en Soins Infirmiers
<https://doi.org/10.3917/arsi.forma.2012.01.0187>
60. Priebe, G.,Svedin, C. G. (2008). Child sexual abuse is largely hidden from the adult society . *Child Abuse & Neglect*, 32(12) , 1095–1108
61. Revet, A., Raynaud, J.-P.,Lapeyre-Mestre, M., Olliac, B., Bui, E., (2020). Lepsycho-traumatisme chez l'enfant et l'adolescent : données actuelles et perspectives, *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*.<https://doi.org/10.1016/j.neurenf.2020.07.007>.
62. Rouag-Djenidi, A. (2011). *Les effets de la violence: du stress au trauma*. Constantine: Média-Plus.
63. Sillamy, N. (2003), *dictionnaire de la psychologie*, Paris : Larousse.
64. Simon, V. (2004). *Abus sexuel sur mineurs*. Paris: Arman Colin
65. Vaiva, G. (2005). *Réactions immédiates psychotraumatiques : angoisse ou effroi ?Savoirs et clinique*, 1(6), 229-234.DOI :<https://doi-org.www.snd11.arn.dz/10.3917/sc.006.0229>
66. Varescon, I. (2013). *Différence entre éthique et déontologie*. Paris : Primento

Les références enlangue arabe

67. ابو الروس, ا. (1997). *الموسوعة الجنائية الحديثة*. الاسكندرية: المكتب الجامعي الحديث الاzarيطية الاسكندرية.
68. احسن, ب. (2003). *الوجيز في القانون الجنائي الخاص*. دار هومة.
69. العربي , ف. (2019 , 12 28). *صدمة الغتصاب لدى المراهق : دراسة عيادية تشخيصية من خلال اختبار الروشاخ و اختبار فهم الموضوع*. *افاق فكرية*, الصفحات 263-279.
70. بهنام, ر. (1999). *قانون العقوبات " جرائم القسم الخاص"*. الاسكندرية: منشأة المعارف.
71. سعد, ع. (2014). *الجرائم الواقعة على نظام الاسرة*. الجزائر: هومة للطباعة و النشر و التوزيع. DOI :<https://doi.org/10.3917/jfp.014.06>
72. لا بلانش, بونتايس. (2002), *معجم مصطلحات التحليل النفسي*, ترجمة مصطفى حجازي, بيروت : المؤسسة الجامعية للدراسات والنشر و التوزيع
73. متولي, م. (1989). *جرائم الإعتداء على العرض في القانون الجزائري والمقارن ديوان المطبوعات الجامعية الجزائر*.
74. نجم, م. ص. (1990). *شرح قانون العقوبات الجزائري*. "القسم الخاص" ديوان المطبوعات الجامعية.

Annexes

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

Informations générales sur le sujet

1. Comment tu t'appelles?
2. Quel âge as-tu ?
3. Quelle est ton niveau d'étude ?
4. Quelle est ta position dans la fratrie ?

AXE n°1 : Informations anamnestiques sur le sujet adolescent et son entourage

5. Peux-tu me parler de ta santé et des maladies que tu as eues pendant ton enfance ?
6. Peux-tu me parler de tes journées à l'école ?
7. Peux-tu me décrire ta relation avec tes camarades ?
8. Peux-tu me raconter comment tu passes ton temps libre ?
9. Peux-tu me parler de ta relation avec ta famille ?

Axe N°2 : Informations sur l'évènement (l'abus sexuel)

10. Peux-tu me raconter ce qui t'es arrivé et qui t'a fait cela ?
11. Est-ce que tu peux te souvenir de ce qui s'est passé exactement ?

Axe N°3 : Informations sur le vécu de l'évènement

12. Peux-tu me décrire ce que tu as ressenti à ce moment-là ? (Manifestations relatives à la détresse péritraumatique).
13. Peux-tu m'expliquer ce que tu as compris de ce qui s'est passé ?
14. Peux-tu me décrire l'endroit où ça s'est passé et à quelle rythme le temps passait ? 5 Manifestations relatives à la dissociation péritraumatique).
15. Peux-tu me décrire ce que tu ressens quand on te parle de ce qui s'est passé ?

16. Peux-tu me raconter comment est ton sommeil et tes rêves ? (Manifestations relatives au stress)

Annexe n°2

Peritraumatic Distress Inventory – Child

IDP-ENFANT

INSTRUCTION : Complète s'il te plaît les phrases qui suivent en cochant la case qui correspond le mieux à ce que tu as ressenti pendant et immédiatement après l'accident qui t'a amené à l'Hôpital. Si un énoncé ne s'applique pas à ton expérience de l'accident, alors coche la réponse « Pas du tout vrai ».

| | Pas du Tout vrai | Un peu vrai | Plutôt vrai | Très vrai | Extrêmement vrai |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Je me sentais impuissant(e), dépassé(e) | <input type="checkbox"/> |
| 2. Je ressentais de la tristesse et du chagrin | <input type="checkbox"/> |
| 3. Je me sentais frustré(c), insatisfait(c) et en colère | <input type="checkbox"/> |
| 4. J'avais peur pour ma propre sécurité | <input type="checkbox"/> |
| 5. Je me sentais coupable | <input type="checkbox"/> |
| 6. J'avais honte de mes émotions, ce que je ressentais | <input type="checkbox"/> |
| 7. J'étais inquiet(e) pour la sécurité des autres (mes parents, mes frères et sœurs, mes copains, etc...) | <input type="checkbox"/> |
| 8. J'avais l'impression de perdre le contrôle de mes émotions, de ne plus maîtriser ce que je ressentais | <input type="checkbox"/> |
| 9. J'avais envie d'uriner (faire pipi), d'aller à la selle (faire caca) | <input type="checkbox"/> |
| 10. J'étais horrifié(e), effrayé(e) | <input type="checkbox"/> |
| 11. J'avais des sueurs, des tremblements, le cœur qui battait fort et vite (palpitations) | <input type="checkbox"/> |
| 12. Je sentais que je pouvais m'évanouir | <input type="checkbox"/> |
| 13. Je pensais que je pourrais mourir | <input type="checkbox"/> |

| Pas du Tout vrai | Un peu vrai | Plutôt vrai | Très vrai | Extrêmement vrai |
|------------------------|----------------|----------------|--------------|---------------------|
|------------------------|----------------|----------------|--------------|---------------------|

Annexe n°3

Peritraumatic Dissociative Experiences Questionnaire – Child

QEDP-ENFANTS

Instructions: Merci de répondre aux phrases suivantes en entourant le choix de réponse qui décrit le mieux ce qui t'est arrivé et tes réactions pendant l'accident et tout de suite après. Si une question ne s'applique pas à ce qui t'est arrivé, entoure "Pas du tout vrai".

1. Il y a eu des moments où je ne me rendais plus bien compte de ce qui se passait – j'étais complètement déconnecté-e ou je me suis senti comme si je ne faisais pas partie de ce qui se passait.

| | | | | |
|------------------|-------------|-------------|-----------|------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Pas du tout vrai | Un peu vrai | Plutôt vrai | Très vrai | Extrêmement vrai |

2. Je me suis retrouvé-e comme en "pilotage automatique" – j'ai réalisé plus tard que je m'étais mis-e à faire des choses que je n'avais pas vraiment décidées de faire.

| | | | | |
|------------------|-------------|-------------|-----------|------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Pas du tout vrai | Un peu vrai | Plutôt vrai | Très vrai | Extrêmement vrai |

3. Ma perception du temps était changée comme si les choses avaient l'air de se passer au ralenti.

| | | | | |
|------------------|-------------|-------------|-----------|------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Pas du tout vrai | Un peu vrai | Plutôt vrai | Très vrai | Extrêmement vrai |

4. Ce qui se passait me semblait irréel, comme si j'étais dans un rêve, ou comme si je regardais un film, ou comme si j'étais dans un film.

| | | | | |
|------------------|-------------|-------------|-----------|------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Pas du tout vrai | Un peu vrai | Plutôt vrai | Très vrai | Extrêmement vrai |

5. C'est comme si j'étais le ou la spectateur-trice de ce qui m'arrivait, comme si je flottais au-dessus de ce qui se passait et l'observais de l'extérieur.

| | | | | |
|------------------|-------------|-------------|-----------|------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Pas du tout vrai | Un peu vrai | Plutôt vrai | Très vrai | Extrêmement vrai |

6. Il y a eu des moments où la perception que j'avais de mon corps était déformée ou modifiée. Je me sentais déconnecté-e de mon propre corps, ou bien il me semblait plus grand ou plus petit que d'habitude.

| | | | | |
|------------------|-------------|-------------|-----------|------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Pas du tout vrai | Un peu vrai | Plutôt vrai | Très vrai | Extrêmement vrai |

7. J'avais l'impression que les choses qui arrivaient aux autres m'arrivaient à moi aussi – comme par exemple être en danger alors que je ne l'étais pas.

| | | | | |
|------------------|-------------|-------------|-----------|------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Pas du tout vrai | Un peu vrai | Plutôt vrai | Très vrai | Extrêmement vrai |

8. J'ai été surpris-e de constater plus tard que plusieurs choses s'étaient passées sans que je m'en rende compte, des choses que j'aurais habituellement remarquées.

| | | | | |
|------------------|-------------|-------------|-----------|------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Pas du tout vrai | Un peu vrai | Plutôt vrai | Très vrai | Extrêmement vrai |

9. J'étais confus-e; c'est-à-dire que par moment j'avais du mal à comprendre ce qui se passait vraiment.

| | | | | |
|------------------|-------------|-------------|-----------|------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Pas du tout vrai | Un peu vrai | Plutôt vrai | Très vrai | Extrêmement vrai |

10. J'étais désorienté-e; c'est-à-dire que par moment je n'étais pas certain de l'endroit où je me trouvais, ou de l'heure qu'il était.

| | | | | |
|------------------|-------------|-------------|-----------|------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Pas du tout vrai | Un peu vrai | Plutôt vrai | Très vrai | Extrêmement vrai |

Annexe n°4

Kassam-Adams

Tableau 1. Liste de contrôle pour le stress aigu
chez les enfants

Nous aimerions connaître vos pensées, vos sentiments et vos réactions depuis . Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses, juste la façon dont VOUS pensez et vous vous sentez. Veuillez mettre un X dans la case qui indique dans quelle mesure chacune de ces phrases est vraie pour VOUS.^a

Pendant que cela se passait :

1. C'était vraiment choquant, affreux ou horrible.
2. Je voulais que ça s'arrête, mais je n'ai pas pu.
3. J'ai eu très peur.
4. Je pensais que je pourrais mourir.

Pendant que cela se passait (OU après) :

5. Je n'avais aucun sentiment - je ne pouvais pas me sentir contrarié, triste ou heureux.
6. Les choses me semblaient irréelles - comme si j'étais dans un rêve ou en train de regarder un film.
7. Je me sentais étourdi, comme si je ne savais pas ce qui se passait.
8. Je me sentais différent et loin des autres, même si les gens étaient avec moi.

Maintenant :

9. Je ne me souviens pas de certaines parties importantes de ce qui s'est passé.
10. Des images ou des sons de ce qui s'est passé continuent à me venir à l'esprit.
11. Je n'arrête pas d'y penser.
12. Parfois, il semble que cela se reproduise.
13. Quand quelque chose me rappelle ce qui s'est passé, je me sens très contrarié.
14. Depuis que c'est arrivé, j'ai fait plus de cauchemars.
15. J'essaie de ne pas penser à ce qui s'est passé.
16. J'essaie de ne pas en parler.
17. Je veux rester à l'écart des choses qui me rappellent ce qui s'est passé.
18. J'essaie de mettre fin à mes sentiments à ce sujet.
19. Il m'est difficile de m'endormir ou de rester endormi.
20. Depuis que cela s'est produit, je me mets en colère ou je me dérange plus facilement.
21. J'ai plus de mal à me concentrer ou à être attentif.
22. J'ai peur que quelque chose de mal puisse arriver.
23. Un bruit soudain me fait vraiment sursauter.

Terminez chaque phrase. Choisissez les mots qui sont vrais pour vous et marquez-les d'un X.

24. Mes pensées ou mes sentiments sur ce qui s'est passé...
ne me dérange pas du tout / me dérange un peu / me dérange beaucoup
25. Depuis que c'est arrivé, s'entendre avec ses amis ou sa
famille est... plus facile pour moi / comme avant /
plus difficile pour moi

Maintenant :

26. J'ai du mal à reprendre mes activités normales (activités, école, sport).
27. Mes parents ou d'autres membres de la famille sont très contrariés (tristes, effrayés ou en colère) depuis que
cela s'est produit.
28. J'ai des gens (mes parents, ma famille ou mes amis) qui comprennent vraiment ce que je ressens.
29. Si je suis triste ou contrarié, j'ai un moyen de m'aider à me sentir mieux.

^a Les options de réponse pour les points 1-23 et 26-29 sont "Jamais/pas vrai", "Parfois/un peu" et "Souvent/très vrai". Les réponses sont notées comme suit : 0, 1, 2 pour les points 1 à 27 et 2, 1, 0 pour les points 28 et 29. Une version formatée de la mesure est disponible auprès de l'auteur.

Le vécu psychologique chez les adolescents victimes d'abus sexuel :

Etude exploratoire descriptive de la phase immédiate

Résumé

Cette recherche a pour objectif de décrire le vécu psychologique des adolescents victimes d'abus sexuels. Nous avons entamé notre pré-enquête dans le CHU de Sétif, et nous avons opté pour l'entretien clinique semi-directif ainsi que les outils psychométriques PDI-C qui mesure la détresse péritraumatique, PDEQ-C qui mesure la dissociation péritraumatique ainsi que ASC-Kids qui mesure le trouble de stress aigu, ce sont des indicateurs sensés opérationnaliser le vécu psychologique, car notre recherche se focalise sur la phase immédiate de l'abus sexuel. En raison du Covid-19, nous n'avons pas eu de cas mais nous avons travaillé sur de nombreuses thèses et recherches antérieures qui nous ont aidés à en savoir plus sur notre sujet de recherche et d'approfondir nos connaissances, surtout en ce qui concerne les répercussions péritraumatiques.

Mots-clés : abus sexuels ; adolescents ; phase immédiate, vécu psychologique.

Abstract

The aim of this research is to describe the psychological experience of adolescents who were victims of sexual abuse. We started our pre survey in the CHU of Sétif, and we opted for the semi-directive clinical interview as well as the psychometric tools PDI-C to measure peritraumatic distress ,PDEQ-C to measure peritraumatic dissociation as well as ASC-Kids to measure Acute stress disorder because our research focuses on the immediate phase of sexual abuse. Due to Covid-19 we have not had cases but we have worked on many theses and previous researches which has helped us to know more about our research topic and to deepen our knowledge, especially in what concerns the peritraumatic repercussions.

Keywords: adolescent, immediate phase psychological experience, sexual abuse.