

UNIVERSITE ABDERRAHMANE MIRA DE BEJAIA.
FACULTE DES SCIENCES HUMAINES ET SOCIALES.

Département des Sciences Sociales
Mémoire de fin d'étude

En vue de l'obtention du diplôme Master en psychologie
Option : Psychologie Clinique

Thème

**Le traumatisme psychique chez les jeunes filles ayant subi des
agressions sexuelles**

- Etude de six cas réalisés au niveau de l'EPH d'Akbou

Réalisé par :

- **AMROUNE Sabrina**
- **ABBACI Dounia**

Encadrer par :

Dr BOUCHERMA Samia

Année Universitaire 2022-2023

Remerciement

Au terme de ce travail, nous tenons à adresser nos vifs remerciements à toute personne qui, de près ou de loin, a contribué à son accomplissement.

Plus important, nous remercions dieu pour sa bénédiction, la volonté et le courage dont il nous a gratifiés tout au long de ce projet. Pour nous il est la source de tous les principes qui apportent joie et succès dans la vie.

On tient, tout particulièrement à exprimer toute notre gratitude à notre promotrice Mme BOUCHERMA Samia pour sa rigueur, la pertinence de ses conseils qu'elle a pu nous prodiguer tout au long de ce travail, sa bienveillance, sa patience, sa disponibilité.

Un grand merci pour Mme pour ce qu'elle nous a fourni comme outils pour la réalisation de ce travail, pour sa gentillesse, son aide et la confiance qu'elle nous a donné.

Sans oublier la psychologue clinicienne Madame Hani Fouzia, pour sa précieuse collaboration et l'importance qu'elle a donnée à notre travail.

Notre étude n'aurait existée si nous n'avions pas eu la collaboration des patientes qui ont subi des agressions sexuelles et qui ont acceptées de nous fournir les informations si riches et importantes à notre travail. Nous leur disons grand merci.

Nous sommes reconnaissant envers nos parents pour tant de dévouements fourni pour nous depuis la naissance jusqu'à ce jour.

Dédicaces

Je dédie ce modeste travail en signe de respect, d'amour et de reconnaissance à :

À MES CHERS PARENTS

Aucune dédicace ne saurait exprimer mon respect, mon amour éternel et ma considération pour les sacrifices que vous avez consenti pour mon instruction et mon bien être. Je vous remercie pour tout le soutien et l'amour que vous me portez depuis mon enfance et j'espère que votre bénédiction m'accompagne toujours. Que ce modeste travail soit l'exaucement de vos vœux tant formulés, le fruit de vos innombrables sacrifices, bien que je ne vous en acquitterai jamais assez.

À Mon Cher Futur Mari, et Ami Fidèle

Qui m'a accompagné tout a long de mon parcours et qui m'a assisté dans les moments difficiles, je te suis très reconnaissante, et je te remercierai jamais assez pour ton soutien, ta fidélité, générosité et ton amour.

À Ma Deuxième Mère, Ma Sœur et Mes Adorables Frères et Leurs Compagnons De Vie

Qui n'ont jamais cessé de m'encourager à donner du mieux que je peux dans toutes les épreuves de la vie, je vous aime de tout mon cœur. Que dieu vous protège

Ma sœur Hayatte et mon beau-frère Idris.

Mon frère Tariq et ma belle-sœur Chahinez.

Mon frère Mourad et ma belle-sœur Sanah.

À Mes Nièces et Mes Neveux

Que j'aime inconditionnellement et que leur sourire, leur esprit me calme et me soulage

Sarah, Mounia, Amel, Célia, Céline, Luna.

Islam, Axel.

À Ma Grande Mère chérie et Ma tente

Qui m'a accompagné par ses prières, ma tente par sa douceur, puisse Dieu leur prêter longue vie et beaucoup de santé et de bonheur.

À Mes Cousines et Cousins et Mes Amis De Toujours

Kahina, Fadhila, Sabah, Yasmina, Ounissa, Souhila, Anissa, Lilia, Houda, Thanina

Radouan, Salah

En souvenir de notre sincère et profonde amitié et des moments agréables que nous avons passés ensemble, Veuillez trouver dans ce travail l'expression de mon respect le plus profond et mon affection la plus sincère.

À Mon Binôme

Dounia, je la remercie pour sa compréhension et sa sincérité et les moments agréables qu'on a passés ensemble.

En dernier lieu, on tient à remercier toute personne qui a contribué de loin ou de près dans nos recherches. Je tiens à dédier ce modeste travail à toutes les femmes qui ont subis des agressions sexuelles, des abus sexuels ou même des attouchements.

SABRINA

Dédicace

Je dédie ce travail :

A celui sans rien n'aurait été possible mon très cher Papa, brave homme dont je suis fière d'être sa fille.

A la brave femme honnête, celle dont je suis fière d'être sa fille « Maman »

A mes précieux frères « Kiki, Loucif »

A mes cousines « Sonia, Céline et Dassine, Melissa et Wissem »

A mon ami de toujours « Midou » celui qui été toujours là dans le meilleur comme dans le pire.

A mes très chères copines « Kamelia, Dalida, Mayssa, kenza, Syla, Chahinez et Feriel »

A mes camarades de promo « Noureddine, Houcine, Amine, Takfa »

A mes sublimes rencontres : « Lili, Ryma, Chahinez »

A mes meilleurs potes : « Bachir, Midou, Racim »

A mon très cher binôme « Sonia » pour sa fidèle et sincère amitié et son soutien pendant toute l'année.

Enfin à toutes les personnes que je connais et que j'aime.

En dernier lieu, on tient à remercier toute personne qui a contribué de loin ou de près dans nos recherches.

Je tiens à dédier ce modeste travail à toutes les femmes qui ont subis des agressions sexuelles, des abus sexuels ou même des attouchements.

Courage a vous !

DOUNIA

La liste d'abréviation :

-VIH : Virus de l'immunodéficience humaine.

-ESPT : Etat de stress post-traumatique.

-TCC : Thérapies comportementales et cognitives.

-RCA: Radio Corporation of America.

-FIS : Front islamique du salut.

-SOS : Le signal de détresse international.

-ONG : Organisation non gouvernementale.

-OMS : Organisation mondiale de la Santé.

-DSM : Le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux.

-ADN : Anime Digital Network.

-HCG : La gonadotrophine chorionique humaine.

-HTA : L'hypertension artérielle.

-ORL : Oto-rhino-laryngologie.

-MDPH : Maison Départementale pour les Personnes Handicapées.

-SDF : Sans domicile fixe.

-PTSD : Le trouble de stress post-traumatique.

-OTAN : Une alliance de pays d'Europe et d'Amérique du Nord.

-CVMP : Comité des médicaments à usage vétérinaire.

-EMDR : Eye Movement Desentitization and Reprocessing, qui signifie en français "Désensibilisation et Retraitement par les Mouvements Oculaires".

-VOC : Volatil Organic Compounds

La liste des tableaux :

Numéro du tableau	Titre	Page
Tableau N° 1	Forme d'agression sexuelle selon la nature des gestes impliqués	24
Tableau N°2	Formes d'agression sexuelles selon le lien entre la victime et l'agresseur	26
Tableau N°3	Caractéristiques de la population d'étude	67

SOMMAIRE

Remerciement	
Dédicaces	
Liste des abréviations	
Liste des tableaux	
Introduction Générale	

Partie théorique

Chapitre I : L'agression sexuelle

1	Introduction	5
2	Aperçu historique sur l'agression sexuelle	5
	2-1- Pendant la guerre mondiale	5
	2-2- Pendant la guerre d'Algérie	9
	2-3- Pendant la décennie noire en Algérie	14
3	La sexualité	15
4	L'agression	16
	4-1- Définition de l'agression	16
	4-1- L'agression à l'encontre des jeunes filles en Algérie	17
5	L'agression sexuelle	18
	5-1- Définition de l'agression sexuelle	18
	5-2- Les délérents actes d'agression sexuelle	18
6	Formes et contextes des agressions sexuelles	23
	6-1- Formes d'agression sexuelle selon la nature des gestes impliqués	24
	6-2- Forme d'agression sexuelle selon le lien entre la victime et l'agresseur	26
7	La prise en charge des victimes d'agression sexuelles	27
	7-1- La prise en charge d'une victime d'agression sexuelle est complexe et nécessite d'être effectué par des soignants formés	27
	7-2- L'examen somatique général	28
	7-3- L'examen physique	28
	7-4- Les examens complémentaires	28
	7-5- Le certificat médical	29
8	Conclusion	29

Chapitre II : le traumatisme psychique

1	Introduction	31
2	Aperçu historique sur le traumatisme	31
3	Définition des concepts	32
	3-1- Le traumatisme	32
	3-2- Le traumatisme psychique	32
	3-3- L'état de stress post-traumatique	33
4	Symptômes de l'état de stress post-traumatique après une agression	33
5	Evolution de l'état de stress post-traumatique chez les victimes de traumatisme	34
6	Fréquences de l'état de stress post-traumatique chez les victimes de traumatisme	34
7	Restriction des affects, dissociation et ESPT	35
8	Les types du traumatisme psychique	36
	8-1- Les traumatismes de type I, II et III, simples et complexes	36
	8-2- Les traumatismes directs et indirects	37
9	Manifestation du traumatisme psychique	38

10	Les symptômes du traumatisme psychique	39
11	Les causes du traumatisme psychique	41
12	Les conséquences du traumatisme psychique	41
	12-1- Les conséquences sur la santé physique	41
	12-2- Des conséquences graves sur la vie personnelle (affective et amoureuse), sociale scolaire et professionnelle et psychologique	42
13	Les abords théoriques du traumatisme	43
14	La prise en charge	53
	14-1- Thérapies cognitivo-comportementales du trauma	53
	14-2- Thérapies cognitives du trauma	54
	14-3- Procédure de la thérapie EMDR	54
15	Conclusion	55

Chapitre III : Problématique

La problématique	57
Hypothèses générale	58
Hypothèses partielles	59
Définition des concepts clés	59
Opérationnalisation des concepts	60
Le choix et l'objectif de la recherche	60

Partie pratique

Chapitre IV : Méthodologie de la recherche

1	Introduction	64
2	Pré-enquête	64
3	La démarche de la recherche	65
	3-1- La démarche clinique	65
	3-2- La méthode descriptive	65
	3-3- Etude de cas	66
4	Présentation du cadre de recherche	66
5	Le groupe d'étude et ses caractéristiques	66
	5-1- Les caractéristiques du groupe d'étude	66
	5-2- Les caractéristiques d'homogénéité	67
6	Les techniques et l'outil de recherche	67
	6-1- Les techniques de recherche	67
	6-2- l'outil de recherche	68
7	Les difficultés rencontrées au cours de la recherche	70
8	Conclusion	70

Chapitre V : présentation et analyses des résultats et discussions des hypothèses

1	Présentation et analyses des résultats et discussion des hypothèses	72
2	Présentation et analyses du cas Sarah	72
3	Présentation et analyses du cas Naïma	75
4	Présentation et analyses du cas Linda	78
5	Présentation et analyses du cas Célia	80
6	Présentation et analyses du cas Fatiha	83
7	Présentation et analyses du cas Souad	86
8	Discussion des hypothèses	89

9 Conclusion	91
Conclusion générale	93
Liste bibliographique	
Annexe	

Introduction générale :

Notre société actuelle est de plus en plus exposée à la violence. Toutes personnes de tout âge et de différents statuts socioéconomiques sont susceptibles de souffrir d'un événement traumatisant. De par leurs ampleurs et leurs conséquences sur les victimes et la société, les agressions sexuelles constituent un problème social et de santé publique qui concerne toute la population, les femmes, les jeunes adultes et les enfants demeurent les personnes les plus touchées par les agressions sexuelles, les conséquences qui peuvent faire suite à une agression sexuelle sont multiples, et peuvent perdurer tout au cours de la vie et se poursuivre à travers les générations, avec des effets néfastes sur la santé physique et mentale.

Les agressions sexuelles peuvent aussi avoir des répercussions sur l'éducation, l'emploi, la criminalité et la condition économique des personnes qui en sont victimes, de leur famille, des communautés et des sociétés.

Les formes que peuvent prendre les agressions sexuelles, et les contextes dans lesquels elles surviennent sont multiples et variées, elles peuvent être vécues tout au cours de la vie, de l'enfance à l'âge adulte, autant par les hommes que par les femmes. Et elles peuvent être commises par des personnes de la famille, des connaissances de l'entourage, des petits amis ou conjoints ou encore des personnes inconnues, autant par des mineurs que des adultes, ce qui montre bien la complexité et la diversité du phénomène. Il devient risqué d'adopter une lentille d'analyse unique à une telle diversité de situations. Le cadre conceptuel écologique qui sera adopté dans ce chapitre s'avère un modèle intégrateur de différentes perspectives, permettant la considération de plusieurs sphères d'influence. On s'accorde à donner le nom de « traumatisme psychique » ou « trauma » à ce phénomène de choc émotionnel grave qui se manifeste par une effraction subite des défenses du psychisme et détermine des perturbations profondes au sein de ce psychisme qui engendrent de graves troubles.

Dans une perspective internationale, l'Organisation mondiale de la santé retient le terme de violence sexuelle qui renvoie à une conception large, dans laquelle s'inscrivent, en plus des agressions sexuelles, des formes de contraintes très variées, tels le mariage forcé ou des actes visant un trafic sexuel (ex. : prostitution forcée, traite d'êtres humains aux fins d'exploitation sexuelle), des actes de violence contre l'intégrité sexuelle des femmes (ex : mutilations génitales), des commentaires ou avances de nature sexuelle (ex : harcèlement sexuel). Dans le cadre de ce chapitre, ces formes de violence ne sont pas abordées et l'accent est mis davantage sur les agressions sexuelles, considérées comme une forme de violence sexuelle, l'expression

« agression sexuelle » réfère à toutes les formes d'agression sexuelle, avec ou sans contact, commises envers des mineurs ou des adultes, hommes ou femmes.

Afin d'enrichir notre étude, on a utilisé comme cadre de référence l'approche intégrative. Notre étude se présente en deux parties ; une partie théorique et une partie pratique. La première partie contient la partie théorique qui se compose de deux chapitres, le premier a été consacré à l'agression sexuelle qu'on a présentée en donnant aussi l'aperçu historique ou l'on a citées la guerre mondiale et celle d'Algérie et la décennie noire, puis on a défini la sexualité en particulier, l'agression en particulier, puis l'agression sexuelle puis les formes et contextes des agressions sexuelles et la prise en charge.

Le deuxième chapitre s'intéresse au traumatisme psychique, qu'on a essayé de présenter en donnant un aperçu historique, puis une brève définition du trauma, et de traumatisme psychique, puis on a défini l'état de stress post traumatique, et on a cités les symptômes de l'ESPT après une agression, puis l'évolution de l'ESPT chez les victimes, puis la fréquence de l'EPST, et on a donnés les différentes types de traumatisme. Ensuite les manifestations du traumatisme et les symptômes du traumatisme psychique, puis les causes et les conséquences du traumatisme, et nous sommes passées aux abords théoriques, puis la prise en charge.

La deuxième partie contient La partie pratique qui comprend un chapitre méthodologique, ou on a présenté la démarche et les outils utilisés dans notre recherche, suivis d'un chapitre consacré à la présentation et l'analyse des résultats pour enfin finir avec une conclusion générale.

Partie Théorique

Chapitre I :

L'agression sexuelle

1- Introduction :

Les agressions sexuelles constituent un problème social et de santé publique qui concerne toute la population. Les femmes, les jeunes adultes et les enfants demeurent les personnes les plus touchées par les agressions sexuelles. Les conséquences qui peuvent faire suite à une agression sexuelle sont multiples, et peuvent perdurer tout au cours de la vie et se poursuivre à travers les générations, avec des effets néfastes sur la santé physique et mentale. Les agressions sexuelles peuvent aussi avoir des répercussions sur l'éducation, l'emploi, la criminalité et la condition économique des personnes qui en sont victimes, de leur famille, des communautés et des sociétés.

Les agressions sexuelles sont les plus manifestes. Elles révèlent l'état d'infériorisation des femmes comme groupe social dans une société où les hommes constituent le groupe social dominant. Chaque groupe procède en fait un pouvoir nettement inégal de s'affirmer et d'influencer le développement de la structure sociale. Au groupe le plus fort appartient le pouvoir d'assigner au plus faible des rôles sociaux spécifiques qui, généralement, les excluent et les restreignent aux sphères de l'organisation sociale jugées secondaires et de moindre valeur. Dans ce cadre, les agressions sexuelles jouent un rôle : celui d'être un mécanisme de répression sociale qui sert à maintenir, renforcer et reproduire une structure hiérarchique qui est un reliquat du patriarcat. (KARINE, Baril. Les agressions sexuelles, institut national de santé publique de Québec).

2- Aperçu historique :

2-1- Pendant la guerre mondiale :

La Seconde Guerre Mondiale voit elle aussi des soldats profiter du chaos généré par la guerre pour se livrer à des abus sexuels. C'est le cas en Italie avec les crimes de Ciociarie d'avril à juin 1944 : dans les régions du Latium, de la Toscane et de la Ciociarie, les corps expéditionnaires français, composés de soldats algériens, marocains, tunisiens et sénégalais violent et massacrent les populations locales. Toujours durant le second conflit mondial, le Japon met en place ce qui sera appelé les « femmes de réconfort ». Ce système de prostitution visait à permettre aux soldats nippons d'assouvir leurs besoins sexuels et exploitait massivement des femmes japonaises, chinoises ou encore coréennes.

Le viol durant la Seconde Guerre Mondiale est donc plutôt un « viol d'opportunisme ». Les abus sexuels profitent de l'absence totale de règles générée par les combats, du chaos de la guerre. Mais c'est aussi un viol de vengeance et d'humiliation de l'ennemi : ce fut le cas en

Allemagne lors de l'entrée des troupes américaines, britanniques et françaises dans le pays, où de nombreuses femmes allemandes furent violées par vengeance. Les viols commis par les soldats russes en Allemagne sont aussi inscrits dans l'Histoire, notamment dans la capitale, où on estime que 100 000 Berlinoises auraient été violées. (Claire-Elise. PERON (2019), comprendre le viol de guerre (1/6)- l'histoire des agressions sexuelles liées aux conflits : du dommage collatéral à l'arme de guerre).

Enfin, la Seconde Guerre Mondiale montre aussi un premier triste exemple du viol utilisé comme outil ethnique : l'Allemagne nazie avait en effet instauré les Lebensborn, ces « maisons à bébés » qui avaient pour but de faire naître les futurs individus de la race aryenne. Des soldats allemands choisis selon des critères physiques venaient avoir des relations avec des jeunes femmes, elles aussi choisies en fonction de leur physique. Si certaines d'entre elles étaient des militantes nazies convaincues de l'importance de faire prospérer la race aryenne, d'autres furent violées et contraintes de donner naissance à des enfants dans ces centres où le viol est donc devenu un outil ethnique.

A la suite de la guerre, la Convention de Genève de 1949 condamne explicitement les atteintes physiques ou morales sur les civils, notamment le viol et la prostitution. Cependant, les sévices sexuels demeurent monnaie courante dans les conflits qui suivent. La violence sexuelle est présente dans différents conflits issus de la décolonisation.

En Algérie, elle est utilisée par l'armée française comme outil de torture sur les femmes, pour que celles-ci révèlent les lieux où se cachent les hommes appartenant à la résistance algérienne. En Algérie et ailleurs, les combattants profitent aussi du chaos de la guerre pour abuser de jeunes femmes dans une logique de « viol d'opportunisme » une nouvelle fois. On retrouve ces pratiques dans d'autres conflits, dans la guerre du Vietnam par exemple, où de nombreux viols ont également été répertoriés. (Claire-Elise. PERON (2019), comprendre le viol de guerre (1/6)- l'histoire des agressions sexuelles liées aux conflits : du dommage collatéral à l'arme de guerre).

Un tournant se produit dans les années 1990. Deux conflits majeurs de cette décennie, dans les Balkans et au Rwanda, marquent un changement radical dans la conception de ce qu'est le viol dans les conflits. En effet, le viol de guerre a maintenant un but particulier, c'est une partie intégrante dans la méthode employée pour vaincre son ennemi, et par ailleurs asseoir sa domination. La guerre se fait par le viol. Ces violences sexuelles ont la particularité de traumatiser la population vaincue à la fois physiquement par les mutilations, mais aussi psychologiquement par le climat de terreur et d'humiliation qui s'étend au-delà de la victime directe.

Une systématisation du viol s'opère dans les conflits en Bosnie et au Rwanda, et marque bien la transition de la place du viol et des violences sexuelles au sein de la guerre, ainsi que leur perception par les dirigeants militaires. Auparavant les viols qui avaient lieu étaient tolérés, sinon autorisés, tandis qu'à présent, ils se font sur ordre et sous la supervision des supérieurs hiérarchiques. Au Rwanda, des « bataillons de violeurs » porteurs du VIH ont été formés pour violer. Cette technique a été qualifiée de « meurtre » par Silvana Arbia, procureur du Tribunal pénal international pour le Rwanda. En Bosnie, des camps de viols ont été institués à Foča et Višegrad (près de la frontière serbe), où les soldats serbes disposaient librement des femmes musulmanes capturées

Dans ces deux conflits, la violence sexuelle est donc devenue stratégique. Elle a été pensée, planifiée et ordonnée en haut lieu. Elle est utilisée comme n'importe quelle autre arme au cœur de la guerre. Dans les deux cas cités ici, le viol est un instrument de nettoyage ethnique au service de la guerre.

Ces nouvelles violences – nouvelles car elles ne s'apparentent pas aux violences sexuelles perpétrées par le passé en temps de guerre – reflètent alors une volonté de destruction du groupe ennemi dans ce qu'il a d'intrinsèque : il faut empêcher la reproduction et détruire le lien social, à l'échelle familiale ou communautaire. Janine Altounian, dans *La survivance**, analyse ces violences : « Si les exterminations n'oublient jamais dans leur programme, à côté de l'exécution des hommes, le viol des femmes voire l'éventrement des femmes enceintes ou la mutilation des parties génitales des deux sexes, c'est qu'au-delà de la destruction visible des vies, elles ambitionnent surtout celle, invisible et secrète du lieu de fécondation, de l'espace intérieur où germe la vie ». Il existe bien l'idée de détruire l'ennemi, en allant aussi loin que possible dans sa chair, par l'anéantissement de la fécondité. Les gestations et castrations forcées en Bosnie sont l'exemple de la volonté d'éliminer une population ciblée, ici en faisant disparaître le « gène bosniaque ».

Par ailleurs, le viol est commis de manière publique dans les deux conflits précités. Les soldats arrivant dans un village réunissaient les familles pour commettre les violences en présence de tous. Le but de ces actes est donc d'humilier la femme, mais aussi toute la communauté ou la famille obligée d'assister aux exactions, et parfois d'y participer. La torture perpétrée à l'encontre de la victime constitue également une torture psychologique à l'encontre de la communauté. Le but est alors de déconstruire le lien social qui fait de la communauté ce qu'elle est pour en entraîner l'anéantissement.

Cet anéantissement s'apparente à un lent délitement : Céline Bardet, parle de « bombe à déflagration » dont l'étendue des dégâts est difficile à saisir. Plus de vingt ans après les conflits,

les victimes ont à vivre avec les conséquences physiques et psychologiques de ces violences. Ce trauma s'accompagne souvent de l'exclusion de la personne ayant subi les violences. Dans le documentaire « Rwanda, la vie après. Paroles de mères. », Six rescapées racontent leur histoire, en particulier celle qui commence après la fin du génocide. Ces femmes, « infectées de l'intérieur » par les maladies et les enfantements, furent rejetées par les survivants de leur famille et de leur communauté. Elles se retrouvent alors isolées, dans une situation particulièrement précaire et obligées d'élever seules les enfants issus de leurs viols. Se pose alors la question de l'éducation de l'enfant et de sa place au sein de la communauté victime par la difficile, voire impossible, dissociation entre l'enfant lui-même et l'agresseur. Les enfants issus des viols sont d'ailleurs très largement rejetés, souvent traités d'« interahamwe », nom de la plus grande milice hutu durant la guerre.

Les réactions de la communauté et des familles exposent parfaitement le délitement du tissu social. Quand bien même il y aurait des survivants, la communauté est dans l'incapacité de se reconstruire. D'une part, le viol de guerre empêche la communauté de se regrouper après le conflit pour se reconstruire, par l'isolement de certains de ses membres. Cet isolement est le fait direct de la communauté, qui n'accepte plus certains de ses membres « souillés », ou de la volonté de la victime qui se sent trop humiliée pour faire encore partie du groupe. L'omerta, maître mot de ces situations, empêche le groupe de surmonter l'humiliation. D'autre part, les violences sexuelles atteignent la dignité des hommes et des femmes qui se trouvent incapables, d'un point de vue physique et psychologique, d'avoir une sexualité par la suite. Ces séquelles empêchent nécessairement les familles de se reconstruire. La destruction du lien social participe par ce biais à l'anéantissement de la fécondité.

Les conflits contemporains suivent cette même logique initiée dans les années 1990. Le « viol d'opportunisme » profitant du chaos de la guerre existe bel et bien toujours à l'heure actuelle. Mais de façon parallèle, le viol comme arme de la guerre est aujourd'hui très prégnant. Il peut être un outil de terreur et de répression politique comme c'est le cas en Libye ou en Syrie et il touche alors de très nombreux hommes. Il peut aussi être un moyen d'asseoir son emprise sur des populations et des territoires, dans le but d'en contrôler les ressources, comme on le constate en RCA ou au Congo. Enfin, il est aujourd'hui une arme ethnique, utilisée par exemple contre les Rohingyas en Birmanie, de la même manière qu'il fut utilisé en Bosnie ou au Rwanda. (Claire-Elise. PERON (2019), comprendre le viol de guerre (1/6)- l'histoire des agressions sexuelles liées aux conflits : du dommage collatéral à l'arme de guerre)

C'est donc bien une « bombe à déflagration », qui impose toujours le même constat : le viol de guerre est une arme de destruction silencieuse, dont les dégâts ne connaissent pas de limites.

2-2- Pendant la guerre d'Algérie :

Pour la guerre d'Algérie, les archives du ministère de la Justice contiennent quelques rapports du procureur général d'Alger au garde des Sceaux à propos d'affaires de viols dénoncées à l'autorité judiciaire. Mais la répartition des compétences durant cette période a abouti à ce que ces affaires soient toujours instruites par la justice militaire : les dossiers d'action publique sont donc plutôt maigres. Sur la répartition des tâches entre justice militaire et... Ils constituent néanmoins un premier gisement de sources pour cerner cette réalité. Au contraire, les dossiers de la justice militaire demeurent pour l'instant inaccessibles. En outre, l'amnistie corrélative des accords de cessez-le-feu, qui a rendu impossible toute poursuite à l'encontre de militaires français ou de combattants algériens, complique la situation. Elle a en effet effacé toute condamnation prononcée avant le 19 mars 1962 et empêche désormais de mentionner d'éventuelles condamnations ou poursuites. Les sources judiciaires sont donc aujourd'hui largement sous-exploitées.

En leur absence, d'autres sources permettent d'approcher les contours de cette violence, au premier rang desquelles les archives militaires : des sanctions, des rapports mentionnent des viols, des notes de service aussi attestent, en creux, de leur récurrence. Manifestement, cependant, cette violence n'a pas intéressé les autorités politiques et militaires françaises. Elle n'a pas non plus été instrumentalisée par les nationalistes algériens pour dénoncer les méthodes de guerre françaises et n'a donc donné lieu à aucune enquête poussée ordonnée par le pouvoir politique. Les viols restent sans doute largement enfouis dans l'anonymat des violences, sous l'effet de ces deux aveuglements croisés.

Or cette violence sexuelle faite aux femmes algériennes a de multiples spécificités qui permettent d'éclairer plus finement les enjeux de la guerre. On peut les saisir grâce aux sources privées. Depuis quarante ans, des témoignages écrits ou oraux d'anciens acteurs de la guerre évoquent ces viols ; pendant la guerre elle-même, des journaux de soldats, des rapports d'aumôniers en parlent et, en Algérie, des femmes et des hommes écrivent sur cette blessure. Malgré des silences parfois tenaces sur une violence triplement tue par les victimes, par les soldats et par leurs chefs, la variété des sources et des points de vue – les sources officielles venant éclairer et compléter les sources privées – permet une investigation scientifique. (Raphaëlle Branche, des viols pendant la guerre d'Algérie, Dans les vingtième siècle. Revue d'histoire 2002/3(n°75), p 123à 132).

Dès le début du conflit, les femmes sont victimes de la répression menée par les forces de l'ordre françaises. Elles sont aussi une cible de choix pour l'action psychologique de l'armée dont un des buts était de faire l'Algérie française par les femmes. En effet ce qu'on appelle alors les « événements d'Algérie » est une guerre dans laquelle la totalité de la population est impliquée d'une manière ou d'une autre et l'engagement des femmes dans la lutte pour l'indépendance, qui a pris des formes diverses, a été progressivement perçu par les militaires français. Les femmes combattantes dans les maquis n'ont été qu'une infime partie d'entre elles : Djamila Amrane estime leur nombre à environ 2 000 pour toute la guerre. Elles sont pour la plupart très jeunes, puisque plus de la moitié a moins de 20 ans et 90 % moins de 30 ans.

Au-delà de ces combattantes – le terme doit encore être précisé par l'étude des fonctions précises qui leur sont dévolues au sein des maquis, où il semble qu'elles n'aient que rarement eu le droit de porter une arme –, les femmes se consacrent essentiellement à des activités telles que les soins, le ravitaillement, l'hébergement. Leur relative discrétion amène aussi à leur confier des tâches d'agents de liaison. En effet, le Front de Libération Nationale, peu favorable à la présence de femmes parmi les combattants armés, les encourage en revanche à participer à l'organisation civile du peuple, au sein de laquelle les tâches de ravitaillement deviennent essentielles. Djamila Amrane montre que la guerre provoque une évolution des comportements puisque les courses, traditionnellement dévolues aux hommes, sont progressivement faites par les femmes chargées non plus seulement de cuisiner mais aussi d'acheter la nourriture. (Raphaëlle Branche, des viols pendant la guerre d'Algérie, Dans les vingtième siècle. Revue d'histoire 2002/3(n°75), p 123à 132).

Ainsi la place des femmes dans la guerre fut croissante. De véritables cellules féminines sont constituées au sein du nizâm, l'organisation chargée d'encadrer la population algérienne. Elles sont bientôt démantelées elles aussi, cette structure devenant même, semble-t-il, l'ennemie prioritaire et privilégiée de la plus grande partie des troupes françaises. Au travers des archives militaires, on peut observer l'évolution du regard de l'armée sur elles : les femmes accèdent peu à peu au rang de sujets dans la guerre et elles sont dès lors, comme les hommes, mises en fiches, suspectées, arrêtées pour leurs propres activités. Une directive du général Massu incite ainsi toutes les troupes du corps d'armée d'Alger à ne « pas négliger les femmes, parmi lesquelles le rebelle fait actuellement un effort de recrutement » Dans les journaux de marche des unités, l'évolution est sans ambiguïtés : abattre une femme, encore présenté comme une bavure dans les premières années du conflit, devient un fait de guerre à partir de 1959-1960. Cette inclusion des femmes dans le groupe des ennemis de la France implique une généralisation des violences contre elles.

Les fouilles des Algériennes pouvaient aller d'une palpation sur les vêtements jusqu'à l'obligation de soulever leur robe. Vérifier le sexe des femmes s'entend alors au sens propre : il s'agit de s'assurer de leur pilosité. En effet, les femmes dont les maris sont au maquis sont suspectées de continuer à les voir et le pubis rasé est considéré comme une preuve irréfutable de relations sexuelles récentes. S'assurer de la longueur des poils pubiens devient dès lors une activité ressortant de la recherche du renseignement

D'abord simplement soupçonnées d'être des « femmes de », les Algériennes deviennent donc progressivement des ennemies à part entière. Elles sont de plus en plus nombreuses à être contrôlées, arrêtées, interrogées, torturées, emprisonnées, assignées à résidence ou exécutées. À la fin de l'année 1957, une section spéciale est ouverte au sein du centre d'hébergement de Téfeschoun pour les regrouper. Avant d'y arriver, elles ont souvent subi des violences, soit au moment de leur arrestation, soit durant leur détention dans les centres dépendants de l'armée. Ces violences présentent des caractéristiques sexuelles évidentes, brûlures sur les seins, électrodes placées sur le sexe.

Plus précisément, le viol est une méthode ordinaire de torture à laquelle on recourt pour faire parler une prisonnière ou un prisonnier, pour terroriser Deborah Blatt, . La pénétration violente se fait souvent au moyen de morceau de bois, de bouteille, etc. Le sexe est le lieu d'application de la souffrance, comme lors de la torture à l'électricité où les parties sexuelles du corps sont particulièrement visées ; il est le lieu d'entrée de la douleur, qui marque définitivement, bien que de manière invisible, les victimes et leurs proches. Si hommes et femmes peuvent le subir, sa signification symbolique, partie prenante de son efficacité criminelle, est accentuée dans le cas des femmes car le viol attente directement à leur filiation. (Raphaëlle Branche, des viols pendant la guerre d'Algérie, Dans les vingtième siècle. Revue d'histoire 2002/3(n°75), p 123à 132).

En outre elles sont aussi l'objet de la violence sexuelle directe de certains des hommes qui les détiennent. Cette pratique est attestée par de nombreux témoignages, que quelques récits décrivant des gestes explicites de protection ne viennent pas compenser, au contraire.

L'évidence était apparemment répandue : les Algériennes étaient des femmes qui pouvaient être violées. C'est ce que notait par exemple un pasteur en 1956 à propos de secteurs où « le viol devient une manière de pacification » Lettre du pasteur Muller au pasteur de Cabrol, le 6 juillet... Le journal tenu par Mouloud Feraoun au cours de la guerre permet aussi de repérer à quel point le viol fut une pratique courante en Kabylie notamment au cours des grandes opérations engagées par le général Challe à l'été 1959. Sans atteindre ces extrémités, la plupart

des viols commis pendant la guerre d'Algérie par des soldats français l'ont été de manière à la fois plus banale et moins systématique.

On peut en distinguer deux grands types : les viols prémédités et les viols opportunistes. Les premiers sont souvent accomplis de nuit par un tout petit nombre de soldats et il est vraisemblable que ces crimes sont restés inconnus de leurs camarades, sauf, cas exceptionnel, plainte de la victime ou – quelques sanctions en attestent abandon de poste corrélatif. Certains chefs ont pu autoriser, implicitement ou explicitement, leurs hommes à se rendre dans les villages, les mechtas, des régions considérées comme « rebelles », où le viol venait alors s'ajouter aux manières de faire la guerre.

Mais la plupart des viols accomplis pendant la guerre d'Algérie sont surtout à mettre en relation avec la contingence des opérations militaires. Le contrôle de la population est ainsi l'occasion idéale pour les perpétrer. Se faisant l'écho du fatalisme issu de l'expérience, Mouloud Feraoun note que « lorsque les militaires délogent [les Kabyles] de chez eux, les parquent hors du village pour fouiller les maisons, ils savent que les sexes des filles et des femmes seront fouillés aussi » (Mouloud Feraoun, Journal. 1955-1962, Paris, Seuil, 1962).

Les viols sont commis de manière collective, les autres soldats surveillant pendant que le violeur agit. Les hommes, qui se succèdent sur le corps des femmes, utilisent la contrainte d'une arme, que ce soit la leur ou celle de leurs camarades. Les viols peuvent s'accompagner de violences sur les femmes elles-mêmes ou sur leurs proches.

Cependant, de même que le caractère répandu des tortures ne doit pas amener à conclure qu'elles furent systématiques, de même toutes les femmes arrêtées n'ont pas été violées. La diversité des situations est un caractère récurrent de la guerre d'Algérie, véritable kaléidoscope où gestes d'humanité élémentaires et brutalités extrêmes peuvent voisiner à quelques kilomètres de distance, à quelques mois de décalage. Néanmoins le viol y est sans conteste une torture de prédilection infligée aux femmes, qu'elles soient convaincues d'être des « terroristes », des combattantes du maquis ou simplement suspectées d'un lien avec la « rébellion ». De fait, dans cette guerre qui vise, essentiellement, non pas les combattants des maquis ou de l'armée des frontières, mais la population algérienne, le viol occupe une place particulière.

C'est la femme elle-même qui est visée. Le désir y est moins sexuel que volonté de possession et d'humiliation. À travers la femme, bousculée, violentée, violée, les militaires atteignent sa famille, son village, et tous les cercles auxquels elle appartient jusqu'au dernier, le peuple algérien. C'est ce dont témoignent les consignes données par les fellaghas aux femmes de Kabylie : « Ils ont expliqué, note Mouloud Feraoun, texte du Coran à l'appui, que leur combat elle consistait précisément à accepter l'outrage des soldats, non à le rechercher

spécialement, à le subir et à s'en moquer. Au surplus, il est recommandé de ne pas parler de ces choses, de ne pas laisser croire à l'ennemi qu'il a touché la chair vive de l'âme kabyle si l'on peut dire, de se comporter en vrai patriote qui subordonne tout à la libération de la patrie enchaînée. (Mouloud Feraoun, op. Cité, 20 février 1959). « La chair vive de l'âme kabyle » : l'expression condense exactement la dimension psychologique ou mentale de la violence physique. En ce sens, le viol ressortit exactement de la même logique que la torture Raphaëlle Branche, La torture et l'armée pendant la guerre....

Cependant le viol des femmes ajoute à cette souffrance intentionnellement infligée à des individus, dans le but d'atteindre leurs communautés d'appartenance, un attentat aux valeurs fondamentales de ces groupes, famille, clan, village ou quartier, etc. « C'est un fait, écrit ainsi Germaine Tillions à propos de l'espace méditerranéen, qu'une susceptibilité collective et individuelle exacerbée accompagne partout, aujourd'hui encore, un certain idéal de brutalité virile, dont le complément est une dramatisation de la vertu féminine. Ils s'intègrent l'un et l'autre dans un orgueil familial qui s'abreuve de sang et se projette hors de soi sur deux mythes : l'ascendance, la descendance. » De fait le viol porte atteinte à l'ordre de la sexualité, qui repose en Algérie sur la défense par les hommes de la virginité ou de la pureté des femmes.

Cet ordre est celui de l'islam, se pensant « tout entier dans la relation sexuelle, dans la régulation de cette relation » ; le sexe bien réglé renvoyant à la fois aux relations humaines par rapport aux bêtes et aux relations sociales dans un monde organisé politiquement. Il est aussi fondateur et central dans la culture kabyle, comme le signale Mohammed Hocine Benkheira et comme le souligne encore Mouloud Feraoun : « Tous ceux qui savent partagent leur honte et leur colère parce qu'ils considèrent cela comme le plus grand des crimes et que de tout temps leurs mœurs, leurs lois, leur raison d'être, en tant que Kabyles reposent sur cet interdit, ce sacrosaint respect qui doit préserver la femme »

Le viol, ce crime si particulier dont l'auteur se sent innocent et la victime honteuse, est non seulement une tache que les femmes algériennes taisent, mais une blessure que les hommes cachent aussi, puisqu'elle a signifié leur impuissance à protéger les femmes, pierre de touche de leur autorité et de leur honneur. Les viols accomplis pendant la guerre d'Algérie peuvent dès lors être qualifiés de violences politiques : ils sont, en dernière instance à cette époque, une affaire d'hommes. Dans ces départements officiellement français depuis plus de cent ans, les viols conservent la dimension symbolique des viols de conquête : il s'agit bien de rapt des femmes, « possession d'un corps devenue celle d'un être », « maintien du violé en situation de dominé » (Georges Viganello, op. Cité, p. 262). Comme l'avait pointé Susan Brown Miller en

1975, le viol est l'acte du conquérant par excellence : le signe du vainqueur et, pour le pays vaincu, une humiliation profonde.

Cependant, en Algérie, les viols sont souvent perpétrés dans le confort matériel d'une armée d'occupation, largement supérieure en moyens à ceux contre qui elle se bat. Ils n'accompagnent pas une invasion mais une volonté politique de rester et de durer en Algérie.

2-3- Pendant la décennie noire en Algérie :

La femme a quitté son domicile et abandonné l'éducation de ses enfants ; elle a concurrencé l'homme au travail et dans tous les domaines ; elle a refusé d'être entretenue par lui et s'est libérée de toutes ses caractéristiques féminines. Les maisons ressemblent à des déserts ou à de vieilles ruines ; les enfants sont devenus comme des orphelins. La société est ébranlée et tout se débride. Et la vérité indubitable est que l'autorisation de la mixité dans les sociétés musulmanes est le premier pas sur la voie de ce que sont devenues les sociétés occidentales actuelles, en matière de débauche et de dévergondage. Si les femmes ont été les premières cibles des discours des islamistes en Algérie, les agressions de femmes commencèrent avant la victoire du FIS aux élections législatives (Y. Bettahar, 1996).

Dès le milieu des années quatre-vingts, les violences à l'égard des femmes se multiplient, nourries par la crise politique et sociale dans laquelle s'engouffre le pays. Alors que dans les années soixante-dix l'État plaide pour l'emploi des femmes, leur formation scolaire et universitaire, dans la décennie suivante, la présence de femmes au sein de l'espace social est contestée. Des femmes se rendant sur leurs lieux de travail sont vitriolées dans les rues. Au début des années quatre-vingt-dix, les structures de l'éducation, les cadres religieux et les discours politiques édictent aux femmes des interdictions : la mixité dans les établissements scolaires et la pratique du sport féminin sont remises en cause. Ces discours tentent d'assigner les femmes à leur foyer.

Ces déclarations publiques semblent avoir créé. Les violences collectives à l'égard des femmes se cristallisent lors de la nuit du fouet : en avril 1990, les étudiantes d'une cité universitaire se rendent à une conférence. Elles seront stoppées, agressées et fouettées pour être sorties de leur campus. Au cours de la décennie noire, des femmes sont assassinées au seul motif qu'elles travaillent ou qu'elles vivent seules. Les femmes qui ne portent pas le hidjab sont menacées. Nombreuses sont celles qui connaîtront le viol. Exemple d'un Témoignage

«Un soir, «ils» sont venus comme des loups. Quelques heures plus tard, je me suis retrouvée dans un coin que je ne suis plus capable de décrire. Un groupe de terroristes m'a violée. Ils le refaisaient chaque nuit. Je n'avais plus la notion du temps, mais je me suis rendue compte plus tard que j'étais enceinte. Les militaires m'ont ensuite libérée. J'avais honte de faire

face à ma famille avec mon ventre qui prenait forme. J'ai décidé de ne pas rentrer au village. Là-bas, les gens sont impitoyables. Je me suis cachée dans un centre pour femmes violées situé à Alger. Seul refuge pour moi.»

Des femmes violées pendant la décennie noire. À travers le corps, le ventre d'une femme, c'est l'honneur du groupe tout entier qui est durablement entaché et souillé. Elles sont souvent violées devant leurs pères, leurs maris ou leurs frères, ce qui ne fait qu'accentuer leur humiliation. Le viol comme souillure qui se répercute à l'ensemble du groupe n'est pas propre à la situation algérienne.

SOS-Femmes en détresse, structure perchée sur les hauteurs d'Alger, a été créée en 1992 par d'anciennes moudjahidines et de plus jeunes militantes. Cette ONG a commencé par accueillir des femmes victimes de la décennie noire en leur apportant un suivi médical ainsi qu'un soutien psychologique et juridique. Aujourd'hui, elle accueille les victimes des multiples formes que peut recouvrir la maltraitance : femmes célibataires, femmes divorcées ou répudiées, victimes de violences conjugales ou familiales, victimes de la décennie noire, ces femmes se trouvent en situation de marginalisation. L'ONG leur propose, outre l'hébergement, la nourriture, la scolarisation de leurs enfants, une formation professionnelle et un soutien psychologique et juridique. De plus, SOS-Femmes en détresse joue un rôle de médiatrice auprès de ces dernières et tente de les 'réinsérer' au sein du tissu social algérien. Elle les aide, entre autre, à constituer leur dossier de demande de logement et joue les intermédiaires entre ces femmes marginalisées et les autorités locales. Elles ont ainsi réussi à obtenir la construction de logements pour femmes célibataires dans la région de Boumerdès.

3- La sexualité :

La sexualité renvoie à l'activité génitale. Mais elle se confond parfois avec l'affection, la tendresse, certaines émotions, l'amour. Elle peut aussi renvoyer à l'imaginaire érotique, aux conduites de séduction, à la sensualité, au plaisir, etc. Son caractère polymorphe persiste dans le cas d'une approche plus rigoureuse. La définition de ce que serait la normalité de la sexualité (si on suppose qu'elle existe pour un individu ou une collectivité donnée) varie selon l'importance des facteurs socioculturels et religieux impliqués. Pour le chercheur, elle varie aussi en fonction des modèles des champs d'étude considérés et des savoirs interrogés. (R. COURTOIS, Conceptions et définitions de la sexualité : les différentes approches. Ann. Méd. Psycho, 1998, 156, n° 9)

L'OMS définit la sexualité comme « un aspect central de la personne humaine tout au long de la vie ; la sexualité comprend le sexe biologique, l'identité et le rôle sexuels, l'orientation sexuelle, l'érotisme, le plaisir, l'intimité et la reproduction. La sexualité est vécue et exprimée sous forme de pensées, de fantasmes, de désirs, de croyances, d'attitudes, de valeurs, de comportements, de pratiques, de rôles et de relations. Alors que la sexualité peut inclure toutes ces dimensions, ces dernières ne sont pas toujours vécues ou exprimées simultanément.

https://www.epfl.ch/about/equality/wp-content/uploads/2021/02/Selon_OMS.pdf

La sexualité est influencée par des facteurs biologiques, psychologiques, sociaux, économiques, politiques, culturels, éthiques, juridiques, historiques, religieux et spirituels. (OMS, 2002. Santé sexuelle).

En biologie et en psychophysiologie, la sexualité désigne l'ensemble des phénomènes sexuels ou liés au sexe, que l'on peut observer dans le monde vivant. Le gonochorisme (ou séparation des sexes), comporte non seulement la différenciation du germe, mais aussi celle, plus ou moins marquée, du soma. L'individu mâle et l'individu femelle d'une même espèce se distinguent par deux sortes de caractères sexuels :

- Les caractères sexuels primaires : ils englobent tous les organes directement liés à la production, à l'émission et à l'échange des gamètes. Ils comprennent donc les gonades, les tractus génitaux, les organes d'accouplement. Ils se forment avant la période de maturité sexuelle (ou puberté).
- Les caractères sexuels secondaires : ce sont des caractères somatiques qui ont des rapports variables avec la formation génitale. Ils se développent seulement à la puberté et sont signalétiques de la maturité sexuelle (développement des seins, de la barbe, etc...). Ils sont tantôt permanents, et responsables du dimorphisme sexuel, tantôt transitoires, et ne se manifestent que pendant les périodes de reproduction, coïncidant avec le phénomène du rut.

<https://carnets2psycho.net/dico/sens-de-sexualite>

4- L'agression :

4-1- Définition de l'agression :

Attaque non provoquée, injustifiée et brutale contre quelqu'un, contre un pays : Une femme victime d'une agression, attaque d'ordre psychologique ou physiologique due à l'environnement. (Dictionnaire Larousse)

Selon une acception aujourd'hui consensuelle en psychologie sociale, une agression peut ainsi se définir comme un comportement destiné à blesser intentionnellement un autre individu, ce dernier étant motivé à en éviter les effets supposés aversifs (Baron et Richardson, 1994).

Selon Freud « L'homme est en effet tenté de satisfaire son besoin d'agression aux dépens de son prochain, d'exploiter son travail sans dédommagement, de l'utiliser sexuellement sans son consentement, de s'approprier ses biens, de l'humilier, de lui infliger des souffrances, de le martyriser, de le tuer »

4-2-L'agression à l'encontre des jeunes filles en ALGERIE :

L'agression à l'égard des femmes et des filles s'exerce sous différentes formes : physique, sexuelle et psychologique. A la maison ou dans la rue, en temps de guerre ou de paix, la violence à l'égard des femmes et des filles est une violation des droits humains de proportion pandémique qui se produit tant dans l'espace public que dans la sphère privée. Selon les estimations mondiales de l'OMS, 35% des femmes, soit près d'1 femme sur 3, indiquent avoir été exposées à des agressions physiques ou sexuelles de la part de leur partenaire intime ou de quelqu'un d'autre au cours de leur vie. (Les violences sexuelles faites aux femmes : la situation en Algérie Latéfa Belarouci, dans Le Journal des psychologues 2008/1 (n° 254), pages 53 à 56).

Ces agressions entraînent des problèmes de santé physique, mentale, sexuelle, reproductive chez les jeunes filles victimes et peuvent accroître leur vulnérabilité au VIH. Ces agressions incluent les mariages forcés, grossesses forcées ou avortements forcés, mutilations génitales, lapidations, défigurations à l'acide et autres crimes d'honneur. La réalisation de la première enquête algérienne transdisciplinaire et transinstitutionnelle menée en 2002, qui reste la seule enquête de tel étendu, par l'Institut national de santé publique (INSP) sur les violences à l'encontre des femmes (rendu public le 25 novembre en 2005) a permis une prise de conscience sur la gravité des conséquences de ces violences sur la santé des femmes, des enfants, mais aussi sur les hommes. Des initiatives de prise en charge des femmes victimes de violences ont été faites par les associations féminines, groupes de professionnels notamment médecins, psychologues et juristes femmes par le lancement de numéros d'écoutes pour la prise en charge psychologique et les conseils et orientations juridiques.

Le lancement en 2006 de la stratégie nationale de la lutte contre les violences faites aux femmes, n'a pas pour autant porté un changement jusqu'à ce jour, du fait que sur le plan législatif, c'est l'inexistence d'un texte de loi pénalisant la violence, notamment dans la sphère conjugale. Notre constat est que, aujourd'hui la violence contre les femmes en Algérie peut se classer en quatre catégories : violence domestique, harcèlement sexuel, le statut des mères

célibataires et femmes vivant seules (par exemple, expéditions punitives sur les femmes de Hessi-Messaoud en juillet 2001 et au début 2010), violences subies pendant la décennie noire.

5- L'agression sexuelle :

5-1- Définition de l'agression sexuelle :

On parle d'agression sexuelle lorsqu'on utilise certaines autres expressions telles que viol, abus sexuel, infractions sexuelles, contacts sexuels... Agresser sexuellement c'est imposer des attitudes, des paroles, des gestes à connotation sexuelle contre la volonté de la personne, et ce, en utilisant l'intimidation, la menace, le chantage, la manipulation, la violence verbale, physique ou psychologique. C'est un acte de domination, d'humiliation, d'abus de pouvoir, de violence, principalement commis envers les femmes et les enfants. Une agression sexuelle est aussi un geste à caractère sexuel, avec ou sans contact physique, commis par un individu sans le consentement de la personne visée. (Gouvernement du Québec (2001). Orientations gouvernementales en matière d'agression sexuelle. « Québec : Publications Gouvernement du Québec).

5-2- Les différents actes d'agressions sexuelles :

Le harcèlement sexuel :

Le harcèlement sexuel comprend des formes sans contact telles que des commentaires à connotation sexuelle sur des parties du corps ou l'apparence d'une personne, des sifflements, le fait d'exiger des relations sexuelles contre des faveurs, des regards sexuellement suggestifs, le fait de traquer une personne, et l'exposition d'organes sexuels devant une personne. Cela comprend également des formes avec un contact physique, tel que des agrippements, des pincements, des claques ou le fait de se frotter contre une autre personne de manière sexuelle.

<https://interactive.unwomen.org/multimedia/infographic/violenceagainstwomen/fr/index.htm>

Le viol :

Le viol est une pénétration vaginale, anale ou orale de nature sexuelle et non consensuelle avec une partie d'un corps ou un objet sur le corps d'une autre personne. Les viols peuvent être commis dans le cadre du mariage et de relations, par des inconnus et pendant des conflits armés. Approximativement 15 millions d'adolescentes (de 15 à 19 ans) dans le monde ont été soumises à des rapports sexuels forcés à un moment dans leur vie. 45 à 55 % des femmes ont été victimes de harcèlement sexuel dès l'âge de 15 ans au sein de l'Union européenne. (Mettre fin à la violence à l'égard des femmes et des filles, La violence à l'égard des femmes :

une enquête à l'échelle de l'Union européenne, Agence des droits fondamentaux de l'Union européenne, 2014).

L'abus sexuel :

Il existe de multiples définitions de l'abus sexuel. Nous proposons ici de le définir comme toute interaction sexuelle impliquant une / des personne(s) qui n'y consentent pas. Cette définition extensive nous conduit à appréhender la représentation actuelle de l'abus sexuel en suivant trois axes : ce qui la détermine, les comportements qui la composent et les processus qui sont à l'œuvre. (Pierre Collart, L'abus sexuel : discussion de la définition, éléments de diagnostic et de prévention, Vol 63, numéro 1, 2017, p. 29–42).

Les actes sexuellement abusifs :

Les comportements impliqués dans les abus sexuels – il s'agit de notre second axe d'approche – 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 fréquent dans le contexte belge actuel, 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 » (Haesevoets, 1997), par un doigt, le sexe, un objet. Gosset et al. Par exemple 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.

L'inceste :

L'inceste, essentiellement relation sexuelle entre parent et enfant, est un acte particulièrement grave qui occasionne de lourdes séquelles chez la victime. Toutes les sociétés judéo-chrétiennes et, à des degrés divers, d'autres cultures, le prohibent. Selon Freud, le tabou de l'inceste est à l'origine de la formation de groupes en sociétés (en imposant l'exogamie : les relations à l'extérieur du groupe). Tabou, il l'est toujours puisque les victimes, partagées entre douleur, honte et amour, pour le parent incestueux, hésitent encore souvent à en parler.

Selon Sigmund Freud, l'inceste est toujours inconsciemment désiré. Sa prohibition empêche pour l'être humain deux tendances fondamentales : tuer son père et épouser sa mère.
<https://www.psychologies.com/Dico-Psycho/Inceste>

Une définition féministe de l'inceste inclurait donc la notion de pouvoir tant dans la famille que dans la société. Certaines auteures prônent une définition assez large de l'inceste « Tout acte avec sous-entendus sexuels commis par un adulte en qui l'enfant a pleinement confiance ou dont il a besoin et à qui il est incapable de dire non à cause de son âge, son ignorance ou du contexte de la relation ». (Conseil du statut de la femme Service des communications 8, rue Cook, 3e étage Québec (Québec) G1R 5J7 Courrier électronique : publication@csf.gouv.qc.ca Dépôt légal 1995 Bibliothèque nationale du Québec ISBN : 2-550-24332-3 © Gouvernement du Québec)

Le voyeurisme :

Le voyeurisme consiste à s'exciter en regardant, à son insu, une autre personne qui se déshabille, qui est nue, ou qui pratique un rapport sexuel. Dans le voyeurisme, c'est l'acte d'observer (coup d'œil) qui fait naître l'excitation, non une activité sexuelle avec la personne observée. Le voyeur ne recherche pas de contact sexuel avec la personne qu'il observe. S'il observe des personnes qui ne se méfient pas, il peut avoir des problèmes avec la loi. (Voyeurisme (trouble voyeuriste) Par George R. Brown, MD, East Tennessee State University Dernière révision totale avr. 2021| Dernière modification du contenu avr. 2021)

Le voyeurisme se manifeste généralement au cours de l'adolescence ou au début de l'âge adulte. Un certain degré de voyeurisme est courant, en particulier chez les garçons et chez les hommes, mais de plus en plus chez les femmes. La société considère souvent les formes légères de ce comportement comme normales, lorsqu'elles impliquent des adultes consentants. Le fait de visualiser des images et des spectacles sexuellement explicites, aujourd'hui largement

disponibles en privé sur Internet, n'est pas considéré comme du voyeurisme car il manque l'élément d'observation en secret, qui est la principale caractéristique du voyeurisme.

La cybercriminalité sexuelle :

Il s'agit de toute forme d'agression à caractère sexuel qui se produit sur Internet par la diffusion ou la production d'images et de films à connotation sexuelle, sans le consentement des personnes impliquées. Il est à noter qu'une personne mineure ne peut jamais consentir à la production ou à la diffusion de matériel pornographique.

La sextorsion :

La sextorsion consiste à forcer ou à manipuler un ou une jeune pour lui faire transmettre des images à caractère sexuel ou pour l'amener à se livrer à des actes sexuels à la webcam, pour ensuite menacer de diffuser les images obtenues en cas de refus de donner l'argent ou de transmettre d'autres photos ou vidéos à caractère sexuel.

Le sexting :

Le sexting se définit généralement comme le fait, pour un adolescent, de créer et de transmettre ou de partager avec d'autres jeunes des photos ou des vidéos à caractère sexuel par l'entremise d'Internet ou d'appareils électroniques.

L'exhibitionnisme :

L'exhibitionnisme se caractérise par l'obtention d'une excitation sexuelle en exhibant ses organes génitaux, habituellement devant une personne inconnue en recherchant un effet de surprise. Cela peut être également un puissant désir d'être observé par d'autres personnes pendant l'activité sexuelle.

Le concept d'exhibitionnisme débuta avec la description de Krafft-Ebing (1886) d'une perversion sexuelle, mais s'élargit ensuite à un autre comportement non pathologique. Adoptant la conception de Krafft-Ebing, le Dictionnaire international de Webster (1976) définit l'exhibitionnisme masculin ou féminin comme une « perversion caractérisée par la tendance à l'exposition indécente de la personne dans le but de s'exciter ou de se gratifier sexuellement par une telle exposition » ou, secondairement, comme « l'acte ou la pratique d'attirer l'attention sur soi-même ». La psychanalyse a insisté sur cet aspect – l'étalage sexuel « indécent » pervers, qui a été compris comme une défense contre l'angoisse de castration. Nous souhaitons rétablir un équilibre en soulignant que le comportement exhibitionniste féminin peut avoir le sens positif d'attirer l'attention sexuelle sur le corps. Nous estimons que l'exhibitionnisme, en général, inclut un large éventail de comportements, du comportement pervers au comportement « normal » ou « ordinaire », qui expriment des sens différents, inconscients et conscients, et se définissent par leurs structures psychiques sous-jacentes et le contexte social et interpersonnel

dans lequel ils surgissent. Nous discutons l'idée que l'exhibitionnisme féminin peut souvent signifier : Regarde ce que j'ai et ce que je vaudrais en tant que femme.

Le DSM indique deux critères essentiels pour évoquer le diagnostic de paraphrasie concernant l'exhibitionnisme : le fait qu'une souffrance cliniquement observable soit présente soit chez l'exhibitionniste, soit sur les victimes, et le fait que le comportement exhibitionniste est récurrent et relativement intense sur une période de 6 mois. Certains auteurs ajoutent le critère d'exclusivité, rappelant que l'on n'évoque généralement la paraphrasie que dans le cas où l'excitation sexuelle est subordonnée au comportement ou au fantasme incriminé. Autrement dit, on ne peut évoquer le diagnostic de paraphrasie, selon eux, que dans le cas où l'exhibitionnisme est la seule ou la plus importante manière d'éprouver une excitation sexuelle.

<http://definitions-de-psychologie.psyblogs.net/2017/01/exhibitionnisme.html>

Les pédophiles :

Le mot pédophile, issu du grec (pais, enfant, et phileo, aimer), signifie qui aime les enfants et désigne plus précisément l'individu qui éprouve et met en acte une attraction sexuelle pour les enfants, quel que soit son sexe. La pédophilie est considérée par l'OMS comme un trouble de la préférence sexuelle ; nous verrons qu'elle englobe des typologies très différentes dans les cas de pédophilie, la satisfaction, le plaisir sont obtenus, l'assujettissement, la domination ou/ et la maltraitance de l'enfant.

Le pédophile semble fixer à un stade infantile de son développement sexuel, comme s'il n'avait pu accéder à une sexualité génitale adulte ou que celle-ci ne le satisfaisait que partiellement. Dans l'idéal, celle-ci est l'aboutissement d'une lente évolution et d'une construction psychique complexe qui conduit le petit enfant à l'absence de tous les plaisirs et toutes les expériences de jouissance (le pervers, polymorphe de Freud) à la découverte sexuelle adulte.

Les pédophiles sont difficiles à démasquer, la plus part du temps, leur comportement et dissimuler sous une totalité « clivée », leurs actes pédophiles constituant une sorte de domaine isolé, séparé du reste de leur vie.

Les appels obscènes :

Les appels obscènes constituent une infraction sexuelle dont la culture populaire a tendance à se moquer. Ces comportements violents sans contact physique nous offrent un paradoxe important, peu de recherches sont consacrées à ce sujet, alors que la souffrance des auteurs de ces appels est indéniable. Les professionnels confrontés à leurs prises en charge rapportent d'ailleurs le peu de connaissances accessibles pour leur pratique clinique. Au travers de ce poster, nous proposons une revue de la littérature scientifique internationale visant à

mettre en lumière différents aspects de ce phénomène. (Les appels obscènes : quelle réalité clinique ? BERTSCH Ingrid, PRAT Sébastien et al. Novembre 2015.)

Premièrement, nous ferons le point sur les victimes de ces appels et l'impact de ce comportement violent à court et long terme. Puis, nous mettrons en évidence les différents profils des auteurs, avec les aspects singuliers et communs de chaque profil. En effet, bien que des différences aient été mises en évidence, certains fonctionnements psychiques et traits de personnalité, comme l'estime de soi, semblent être une donnée constante lorsque l'on compare ces profils.

Par ailleurs, nous ferons le point sur les données permettant de mieux comprendre le comportement de ces auteurs, notamment leurs modes opératoires et les comportements déviants Comorbides. Cela nous amènera à évoquer la question de la dangerosité. Enfin, nous nous intéresserons aux théories étiopathologiques comme premières approches explicatives.

6- Formes et contextes des agressions sexuelles :

L'agression sexuelle peut prendre plusieurs formes, selon la nature des gestes qui sont commis (tableau 1), mais aussi selon le lien entre la victime et la personne qui commet l'agression sexuelle (tableau 2). L'agression sexuelle peut survenir avec ou sans contact physique, selon différents niveaux de sévérité dans les actes commis, et peut aussi être décrite selon qu'elle survient dans la famille immédiate ou élargie, à l'extérieur de la famille (ex. : par un conjoint ou une conjointe) ou dans un contexte thérapeutique. En plus de ces dimensions, les expériences d'agression sexuelle peuvent également varier grandement d'une victime à l'autre, selon leur durée et leur fréquence. Au Canada, le Code criminel prévoit pour sa part un ensemble d'infractions sexuelles pour lesquelles un individu peut faire face à des accusations criminelles. (Karine Baril, Les agressions sexuelles, Institut national de santé publique du Québec).

Tableau 1 : 6-1- Formes d'agression sexuelle selon la nature des gestes impliqués

Forme d'agression sexuelle	Description	Exemples de manifestations	Exemples d'infractions criminelles
Agression sexuelle avec contact			
Agression sexuelle avec pénétration (rapport sexuel avec pénétration)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Acte de pénétration, même légère, de la vulve ou de l'anus en utilisant une partie du corps (pénis, doigts, langue) ou un objet ; ▪ Acte de pénétration, même légère, de la bouche par le pénis. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Contacts oraux- génitaux ; ▪ Pénétration orale, vaginale ou anale par une partie du corps ou un objet 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Agression sexuelle simple ▪ Agression sexuelle armée ▪ Agression sexuelle grave ▪ Contacts sexuels ▪ Inceste
Agression sexuelle avec tentative de pénétration	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tentative de commettre une agression sexuelle avec pénétration, mais qui n'a pas été complétée. Des attouchements sexuels sont habituellement commis. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Attouchements sexuels commis dans l'intention de commettre une pénétration. 	
Attouchements Sexuels	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Contacts sexuels^b qui incluent des attouchements sexuels intentionnels, commis directement sur la victime ou par-dessus ses vêtements. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Baisers à caractère sexuel ; ▪ Attouchements sexuels : aux parties génitales (ex. : pénis ou vulve), à l'anus, aux aïnés, aux seins, aux cuisses, aux fesses ; ▪ Frotteurisme 	

Agression sexuelle sans contact			
Agression sexuelle sans contact	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Agression sexuelle qui n'inclut pas de contact physique de nature sexuelle. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Exposition forcée à des actes sexuels (pornographie ou activités sexuelles réelles) ; ▪ Exhibition ou dévoilement des organes sexuels ; ▪ Inciter un enfant à se toucher, se masturber ; ▪ Faire un enregistrement visuel d'un enfant dans un contexte sexuel. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Corruption d'enfants ▪ Action indécente ▪ Exhibitionnisme ▪ Voyeurisme

(KARINE BARIL, LES AGRSSIONS SEXUELLES, INSTITUT NATIONAL DE SANTE PUBLIQUE DU QUEBEC

Tableau 2 : 6-2- Formes d’agression sexuelle selon le lien entre la victime et l’agresseur

<p>Différentes formes d’agression sexuelle peuvent être déterminées en fonction du lien entre la victime et l’agresseur. Le Code criminel canadien ne tient toutefois pas compte de ce lien, sauf dans le cas de l’infraction d’inceste ainsi que des agressions sexuelles commises sur des mineurs.</p>
<p>Agression sexuelle intrafamiliale</p> <p>Particulièrement pour les victimes mineures, on parle d’agression sexuelle intrafamiliale lorsque l’agresseur est un membre de la famille immédiate ou élargie (père, mère, conjointe du père, conjoint de la mère, membre de la fratrie, grands-parents, oncle, tante, cousin, cousine).</p>
<p>Agression sexuelle extrafamiliale</p> <p>On parle d’agression sexuelle extrafamiliale lorsque l’agresseur n’est pas un membre de la famille immédiate ou élargie. Parmi les agressions sexuelles extrafamiliales, on retrouve les agressions commises par une connaissance, soit une personne qui fait partie de l’entourage de la victime (ex. : professeur, gardien, ami, collègue, voisin, etc.), et les agressions commises par une personne inconnue de la victime.</p>
<p>Agression sexuelle dans un contexte conjugal</p> <p>Une agression sexuelle peut être commise dans le cadre d’une relation conjugale entre des partenaires de tous âges, ce qui constitue une forme de violence conjugale de nature criminelle. Le « viol conjugal » est d’ailleurs un acte criminel depuis 1983, ainsi que toute autre forme d’agression sexuelle entre conjoints. L’agresseur et la victime d’agression sexuelle peuvent donc être mariés, unis civilement, conjoints de fait ou des partenaires d’une fréquentation amoureuse.</p>
<p>Inconduite sexuelle dans un contexte thérapeutique</p> <p>Le fait pour un professionnel de la santé (physique et psychologique), pendant la durée de la relation professionnelle qui s’établit avec la personne à qui il fournit des services, d’abuser de cette relation pour avoir avec elle des relations sexuelles, de poser des gestes abusifs à caractère sexuel ou de tenir des propos abusifs à caractère sexuel, qui constituent un acte dérogatoire à la dignité de sa profession, et qui sont formellement interdits par le Code des professions et pourrait être jugés par la justice comme une agression sexuelle au sens du Code criminel canadien. Ainsi, même les relations intimes réciproques et égalitaires entre un professionnel de la santé et un client ne sont pas possibles à cause du déséquilibre de pouvoir entre eux.</p>

(KARINE BARIL, LES AGRESSIONS SEXUELLES, INSTITUT NATIONAL DE SANTE PUBLIQUE DU QUEBEC)

7- La prise en charge des victimes d'agressions sexuelles :

Toute agression sexuelle doit être considérée comme une urgence médicale et psychologique. Dans le cas des agressions récentes, c'est-à-dire de moins de huit jours, il s'agit d'une urgence médico-légale. L'examen d'une victime d'agression sexuelle peut être demandé par les autorités (police/gendarmerie) sur réquisition judiciaire après dépôt de plainte mais, la plupart du temps, ces examens ont lieu hors réquisition judiciaire, la victime ayant un sentiment de honte, de culpabilité, la peur des conséquences qu'engendrerait cette démarche, ou un lien avec l'agresseur.

En effet, la victime se présente le plus souvent dans un service d'urgences pour y chercher de l'aide, du réconfort et des conseils, ou recevoir des soins si elle est blessée. Il est donc fréquemment demandé aux médecins, en dehors de toute procédure judiciaire, de recueillir une histoire d'agression, de réaliser l'examen médical, les examens complémentaires et d'orienter la victime.

<https://www.prevention-medicale.org/actualites-revues-de-presse-et-evenements/toutes-les-actualites/sage-femme/prise-en-charge-victime-agression-sexuelle>

7-1- La prise en charge d'une victime d'agression sexuelle est complexe et nécessite d'être effectuée par des soignants formés

- Elle s'effectue la plupart du temps dans le service des urgences gynécologiques ou par un gynécologue dans un service de maternité. Il est également du rôle du médecin d'informer la victime de ses droits et de l'orienter vers un dépôt de plainte.
- La judiciarisation des faits pouvant apparaître "tardivement", suite à un dépôt de plainte différé, il est important de réaliser l'examen médical avec la même rigueur et les mêmes règles que dans le cadre d'une réquisition judiciaire. La rigueur nécessaire à cet examen ne doit pas faire oublier l'importance de l'accueil et de l'écoute.
- Un entretien précède impérativement les examens cliniques et spécialisés, les prélèvements éventuels ainsi que la prescription de traitements curatifs ou prophylactiques. Celui-ci est indispensable car il permet de recueillir :
 - Un nombre important d'informations orientant l'examen,
 - Les prélèvements et les traitements nécessaires.
- C'est le premier temps de l'examen qui consiste à laisser la victime faire le récit de l'agression qu'elle a subie, sans l'interrompre.

Pour ne pas réaliser un traumatisme supplémentaire, il doit se dérouler dans le calme avec la disponibilité nécessaire. Il est conseillé de réaliser cet examen en binôme (le plus souvent infirmier(e)/médecin ou sage-femme/médecin).

Le recueil du consentement de la victime à toutes les étapes de l'examen est indispensable.

Au terme de l'entretien, le médecin doit être en mesure d'avoir des données précises sur les éléments suivants :

- Date, heure, lieu et circonstances de l'agression,
- Aggression unique ou répétée,
- Nature de l'agression (attouchements, pénétrations sexuelles, éjaculation, port de préservatif),
- Menaces, violences associées,
- Liens entre la victime et l'auteur, liens affectifs ou d'autorité.

7-2- L'examen somatique général :

L'examen débute toujours par un examen somatique général, qui vise à rechercher des traces de violences (ecchymoses, hématomes, morsures...) qui seront précisément décrites (taille, couleur, situation), voire consignées sur un schéma.

Le retentissement fonctionnel des lésions doit être précisé pour la détermination d'une éventuelle incapacité totale de travail. La présence de taches de sang ou de sperme sur les vêtements impose de conserver ceux-ci dans un sac en papier (pas de sac en plastique) aux fins d'une analyse ultérieure éventuelle par un laboratoire de police technique et scientifique.

7-3- L'examen physique

L'examen physique recherche des lésions génitales et anales mais également toutes lésions physiques associées. Dans la majorité des cas, il n'est pas retrouvé de lésion périnéale dans les suites d'une agression sexuelle.

7-4- Les examens complémentaires

Les examens complémentaires peuvent comporter la recherche de sperme/d'ADN, d'infections sexuellement transmissibles, d'une grossesse et d'une éventuelle soumission chimique. La prévention d'une grossesse, d'une séroconversion au virus de l'immunodéficience humaine (VIH) et de l'hépatite B doit toujours être discutée.

La prise en charge thérapeutique est conditionnée par les éléments cliniques (anamnèse, examen clinique) et le délai entre l'agression et la consultation.

L'existence d'une grossesse et/ou d'une séroconversion post-agression sexuelle sont des éléments médico-légaux importants.

7-5- Le certificat médical

Le certificat médical rédigé au terme de l'examen retranscrit les faits allégués, les doléances, et consigne la description objective de l'examen. Ces conclusions seront à formuler avec prudence et uniquement en termes de compatibilité avec les événements rapportés.

Dans le cas d'un mineur, l'examen sera confié à une équipe spécialisée.

-Une consultation à 48 heures sera prévue pour une réévaluation psychologique, et un suivi sérologique.

-Un dosage des béta HCG sera réalisé à 1 mois, ainsi qu'une consultation avec un médecin référent VIH, en cas de traitement prophylactique, pour poursuite et surveillance du traitement.

8- Conclusion

Une agression sexuelle est une atteinte sexuelle commise sur une personne majeure ou un mineur. Il s'agit d'un acte passible de poursuites et de sanctions pénales. La loi exprime que les violences sexuelles portent atteinte aux droits fondamentaux d'une personne et notamment à son intégrité physique et psychologique. Le responsable de l'agression sexuelle est l'auteur de celle-ci et ce, quels que soient le type et les circonstances de la violence sexuelle.

Chapitre II : le traumatisme psychique

1- Introduction :

Le traumatisme psychique est un phénomène très particulier, dont la réalité clinique n'a été découverte par les psychiatres que très tard, à la fin du XIX^{ème} siècle, alors qu'il a existé de tout temps. Au cours de la première guerre mondiale, S. Freud et ses élèves l'étudiaient chez les soldats et en démentent le mécanisme intra psychique. Malheureusement, le concept, à quelle que exceptions près, est resté confiner dans le cercle étroit des psychiatres militaires. En France, le terme de « traumatisme » a connu une fortune croissante dans le public comme chez les spécialistes pour désigner tout choc émotionnelles, à l'occasion par exemple de la perte d'un proche, le l'échec à un examen, agression sexuelle ... Il s'agit en fait de tout autre chose. Le traumatisme est la conséquence de toute situation qui n'a pu être véritablement intégrée. (FRANCOIS Lebigot, le traumatisme psychique. Stress et trauma 2009 ; 9 (4), p 201-204).

2- Aperçu historique sur le traumatisme :

Ce concept s'est construit sur les champs de bataille des guerres de l'histoire et connaît actuellement une médiatisation qui a permis de prendre conscience que, lors d'un conflit, c'est toute une population qui est concernée et pas seulement les soldats. Par ailleurs, la prise en compte des catastrophes « civiles », telles que les tremblements de terre, les inondations ou les prises d'otages, s'est révélée très importante pour la recherche tout autant que les aspects thérapeutiques..

En 1889, Herman Oppenheim invente le terme de « névrose traumatique » à partir d'un présupposé étiopathogénique. L'action mécanique du choc est tenue responsable de l'affection. À la même époque, Jean-Martin Charcot considère que la conscience serait « hypnotisée » par l'effroi engendré lors de l'événement traumatique. (Hélène THOMAS, « TRAUMATISME PSYCHIQUE », Encyclopædia Universalis [en ligne], consulté le 7 juin 2022. URL : <https://www.universalis.fr/encyclopedie/traumatisme-psychique>)

Sigmund Freud construit une théorie générale des névroses où le traumatisme est considéré comme un choc violent (physique ou non) avec effraction psychique, puis bouleversement interne et psychique. Cet événement apporte un surcroît d'excitation psychique que l'individu a du mal à assimiler et qui provoque des troubles durables. La méthode cathartique doit permettre d'exprimer la décharge émotionnelle et d'aboutir à la disparition du symptôme de conversion. Le traumatisme psychique trouverait donc son origine dans des événements (réels ou fantasmés) antérieurs à la manifestation pathologique et à très forte charge émotionnelle, ce qui a motivé le refoulement.

En 1918, Sandro Ferenczi rappelle que, pour la psychanalyse, les symptômes névrotiques sont des manifestations (ou des réactions) de désirs inconscients, et que les symptômes des névroses traumatiques auraient pour conséquence une sorte de narcissisme infantile, se traduisant par un besoin d'être soigné et dorloté comme les enfants.

Otto Fétiche parle d'un blocage, consécutif au trauma, des trois fonctions du moi : blocage de la fonction de filtration (état d'alerte, hyper vigilance) ; blocage de la fonction de présence (retrait social, perte de désir et aspects dépressifs) ; enfin, blocage de la fonction d'amour. L'énergie va être concentrée sur une unique tâche défensive : maîtriser les excitations traumatiques envahissantes, les cauchemars permettant le sommeil malgré ces tensions.

3- Définitions des concepts :

3-1- Qu'est-ce qu'un traumatisme :

L'Organisation mondiale de la santé décrit le traumatisme comme « une lésion corporelle provoquée de manière subite ou brève par une énergie violente sur l'organisme. Il peut s'agir d'une lésion physique résultant d'un transfert soudain ou excessif d'énergie qui dépasse le seuil de tolérance physiologique ou de l'atteinte d'une fonction résultant d'une privation d'un ou de plusieurs éléments vitaux (air, eau, chaleur) comme en cas de noyade, de strangulation ou d'hypothermie. (Bertrand Thélot, 60. Traumatismes Dans Traité de santé publique (2016), pages 557 à 567)

Un traumatisme est un événement émotionnellement très douloureux durant lequel l'intégrité physique et/ou psychologique d'un individu a été menacée et/ou effectivement atteinte, laissant l'individu dans un sentiment de terreur et d'impuissance. Ainsi, le traumatisme comporte à la fois l'aspect objectif de la menace et l'aspect subjectif des émotions négatives intenses.

3-2- Qu'est-ce qu'un traumatisme psychique :

Le mot « traumatisme » vient du grec « trauma », blessure. En médecine, il définit la « la transmission d'un choc mécanique exercé par un agent physique extérieure sur une partie du corps et y provoquant une blessure ou une contusion » (Crocq, 2007). 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 perturbation psychopathologique transitoire ou définitives » (Crocq, 2007).

Le traumatisme est donc un choc psychologique important, généralement lié à une situation où une personne a été confrontée 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.

3-3- Qu'est-ce que l'état de stress post-traumatique ?

L'état de stress post-traumatique a été rigoureusement défini par des spécialistes de ce domaine et inscrit dans le manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM), aux côtés de tous les autres troubles psychiatriques. Le DSM le définit comme un trouble anxieux caractérisé par des symptômes persistants de reviviscence (ex : cauchemars, flashbacks), d'évitement et d'émoussement (ex : évitement des situations rappelant l'événement, perte d'intérêt pour les activités habituelles), et d'activation neurovégétative (ex : difficultés d'endormissement, sursauts exagérés). (Barbara O. ROTHBAUM Edna B. FOA, *Revivre après un viol*. Dunod, Paris, 2012, p. 31).

4- Symptômes de l'état de stress post-traumatique après une agression :

Les spécialistes ont constaté que les actes criminels entraînaient chez les victimes de nombreuses réactions psychologiques telles que l'anxiété, la dépression, les pensées intrusives, les flashbacks, et les troubles du sommeil sous forme de cauchemar et d'insomnie. Les victimes de viol se disent envahies par des images et des pensées associées au viol qui leur arrivent de façon automatique. Cela le perturbe tellement qu'elles doivent fournir des efforts considérables pour tenter de les chasser. Elles mentionnent également des troubles du sommeil importants, tels que des difficultés d'endormissement et des réveils nocturnes. Craignant la survenue de cauchemar, elles refusent souvent d'aller se coucher tant qu'elles ne tombent pas d'épuisement. Les difficultés de concentration sont également fréquentes chez les victimes de viol.

Par conséquent, les conséquences psychologiques du viol correspondent bien aux symptômes de l'ESPT. (Barbara O. ROTHBAUM Edna B. FOA, *Revivre après un viol*. Dunod, Paris, 2012, p.33)

5- Evolution de l'état de stress post-traumatique chez les victimes de traumatisme :

Après un traumatisme la plupart des individus développent des troubles psychologiques qui vont pourtant, la plupart du temps, disparaître d'eux-mêmes avec le temps. Il est donc important de distinguer les troubles normaux des troubles chroniques, qui nécessitent un traitement. Des études indiquent qu'une agression constitue un événement traumatique et que presque toutes les victimes d'agression, et tout particulièrement d'agression sexuelle, vont immédiatement développer des symptômes importants d'ESPT. Si les symptômes s'atténuent progressivement après l'agression et que la victime se sent mieux, elle n'aura pas besoin d'être soignée. Mais si son état et sa situation empirent, une aide se révélera nécessaire le plus tôt possible. (Barbara O. ROTHBAUM Edna B. FOA, Revivre après un viol. Dunod, Paris, 2012, p.33).

6- Fréquence de l'état de stress post-traumatique chez les victimes de traumatisme :

Plusieurs spécialistes ont étudié le cas de femmes ayant subi une agression sexuelle afin d'évaluer rétrospectivement leur ESPT, c'est-à-dire en leur demandant de se rappeler les symptômes qu'elles avaient constatés depuis le viol jusqu'au jour de l'évaluation. Ces études ont mis en évidence un taux d'ESPT moins élevé que les études ayant procédé à une évaluation portant sur les symptômes en cours.

Le taux de traumatismes de l'ESPT a été calculé à partir d'entretiens téléphoniques avec 4008 femmes américaines. Resnick et ses collègues ont utilisé les résultats de cette étude pour donner une estimation du nombre de femmes américaines ayant été victimes de différents types de traumatismes. Selon cette estimation, 12 millions de femmes américaines ont déjà été violées, à la suite de quoi environ 4 millions ont développé un ESPT. De plus, environ 66% des femmes américaines ont déjà subi un traumatisme important, à la suite duquel un grand nombre d'entre elles a développé un ESPT. Les femmes ayant été victimes d'un traumatisme d'origine criminelle auraient trois fois plus de risque de développer un ESPT que les victimes d'un autre type de traumatisme, tel qu'une catastrophe naturelle. Cette étude a des implications importantes dans le domaine de la santé en général et plus particulièrement dans celui de la santé mentale, dans la mesure où elle met en évidence la fréquence des actes criminels et de l'ESPT qui en résulte parmi la population féminine américaine.

Les études menées sur le viol et les victimes de crime montrent que le taux élevé d'ESPT immédiatement après l'agression diminue progressivement avec le temps. Cependant certaines femmes, et en particulier celles qui ont été violées, développent une forme chronique d'ESPT qui peut persister pendant de nombreuses années. (Barbara O. ROTHBAUM Edna B. FOA, *Revivre après un viol*. Dunod, Paris, 2012, p.34).

7- Restriction des affects, dissociation et ESPT

Les expériences dissociatives, pendant et immédiatement après un traumatisme, sont fréquentes. L'existence de symptômes dissociatifs pendant ou peu de temps après le traumatisme semblent prédire de façon assez faible le développement de l'ESPT. On rencontre souvent ces symptômes dans les cas d'ESPT aigu, et les symptômes d'émoussement font partie, de l'ESPT. C'est pourquoi nous allons maintenant définir la « dissociation » et son rapport avec l' « émoussement des affects ».

De nombreux spécialistes ont étudié les peurs et les angoisses liées à l'ESPT, mais en plus de ces symptômes, il existe également souvent un émoussement des affects et un évitement mental des situations, objets ou souvenir évoquant le traumatisme. Ces réactions, qui portent les noms de « dissociation », de « déni » ou « d'émoussement », se traduisent par une diminution de la propre conscience qu'a un individu de ses émotions et de ses pensées, ce qui constitue, selon certains spécialistes, un moyen de réduire la douleur affective et la douleur physique, et qui se rencontre souvent chez les victimes de traumatisme. Les symptômes dissociatifs comprennent l'amnésie, des sentiments de dépersonnalisation, le sentiment de sortir de son propre corps, des souvenirs peu précis de l'événement, un sentiment de détachement des autres, des flashbacks et une absence de réaction. Le déni, un concept proche de la dissociation, se manifeste par un évitement de tout ce qui évoque le traumatisme, mais son altération de la perception ou de la mémoire. Enfin, le terme « émoussement » fait référence à l'indifférence émotionnelle temporaire dont souffrent les victimes de traumatisme dans des situations qui devraient provoquer une réaction émotionnelle.

Les sept symptômes décrits dans la rubrique « évitement/ émoussement » du DSM- IV comprennent : l'évitement mental et comportemental de ce qui peut évoquer le traumatisme, des trous de mémoire, une perte d'intérêt pour les activités habituelles, le sentiment d'être étranger aux autres, la restriction des affects et le sentiment que l'avenir est « bouché » (ex : croire que l'on va mourir prématurément).

8- Les types du traumatisme psychique :

8-1- Les traumatismes de type I, II et III, simples et complexes

C'est à Lenore Terr (1991) que l'on doit la première typologie des traumatismes.

Elle distingue deux catégories : les traumatismes de type 1 et de type 2.

- Elle entend par traumatisme de type 1 un traumatisme induit par un événement unique, dans le temps, présentant un commencement net et une fin claire. Une agression, un hold-up, un incendie, une catastrophe naturelle sont quelques illustrations de ce genre d'incidents critiques.
- Elle parle de traumatisme de type 2 lorsque l'événement à l'origine des troubles s'est répété, lorsqu'il a été présent constamment ou qu'il a menacé de se reproduire à tout instant durant une longue période. La violence intrafamiliale, les abus sexuels répondent à cette définition.

Eldra Solomon et Kathleen Heide (1999) spécifient une troisième catégorie, le traumatisme de type 3, pour décrire les conséquences d'événement multiples, envahis saints et violents débutant à un âge précoce et présents durant une longue période, cas typique des abus. (Louis. C, le traumatisme psychique chez l'adulte, 2^e édition, 2019, p. 54-64).

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

- Sa définition des traumatismes simples les assimile aux traumatismes de type 1 définis par Terr. Les événements qui les engendrent constituent un événement ponctuel dans la vie du sujet.
- Par traumatisme complexe, elle désigne le résultat d'une victimisation chronique d'assujettissement à une personne ou à un groupe de personnes. Dans ces situations, la victime est généralement captive durant une longue période (mois ou années), sous le contrôle de l'auteur des actes traumato-gènes et incapable de lui échapper. Ces traumatismes complexes sont à rapprocher des traumatismes de type 2 précisés par Terr et s'ils débutent à un âge précoce, aux traumatismes de type 3 définis par Solomon et Heide.

Ce qui caractérise ces traumatismes, c'est qu'ils résultent d'une action humaine délibérée. Les lois et les valeurs qui régissent l'humanité sont profanées, bafouées et reniées par les hommes eux-mêmes. La douleur, les blessures, les sévices et la souffrance sont provoqués, voire même entretenus et exacerbés intentionnellement, par des personnes généralement censées assurer protection ou porter secours aux victimes.

Actuellement, les dénominations trauma simples et complexes sont préférées à traumatismes de type 1, 2 et 3.

Les traumatismes de types 1/ simples constituent un événement ponctuel dans la vie d'un sujet tandis que les traumatismes de type 2 et 3/ complexes sont caractérisés par une addition

et une succession de violences. Les premiers exposent les personnes à un événement unique, circonscrit dans le temps, imprévisible et d'apparition brutale ; les seconds les soumettent à une violence durable, répétée, exemple de surprise, voire prévisible.

8-2- Les traumatismes directs et indirects :

Les traumatismes directs :

On parle de traumatismes directs quand la victime souffre d'un traumatisme après avoir été confrontée au sentiment de mort imminente, à l'horreur ou au chaos. Elle peut avoir été sujet, acteur ou témoin de l'agression ou de la menace soudaine ayant mis en danger sa vie, son intégrité psychique ou mentale ou celles d'autrui. Son expérience de l'événement délétère est sensorielle (elle a vu, entendu, senti, etc.) et émotionnelle (elle a ressenti de la frayeur, de la peur, de l'angoisse, de la terreur, de l'effroi, de l'épouvante, de l'horreur, du désarroi, de l'impuissance, de la honte, etc.). Notons cependant que cette dimension émotionnelle peut être absente. En effet, dans certains cas, le sujet n'a rien ressenti de tel car il s'est dissocié de ses émotions ou, comme le dit François Lebigot, parce que le moment de l'effroi peut passer inaperçu ou être rapidement oublié de celui qui mobilise ses ressources pour faire face à la menace (De Clercq, Lebigot, 2001, p.95). « Parfois même, le ressent un bref soulagement, ou une discrète euphorie de quelques heures ou de quelques jours, parce qu'il est sorti indemne de cet enfer ». Il n'en reste pas moins que ces violences peuvent ultérieurement se révéler gravement traumatiques, la victime voyant « plus tard, avec surprise, apparaître les symptômes de la répétition »

Le traumatisme indirect :

Le trauma n'est pas réservé à la condition de victime, il peut être aussi le fait des témoins et des acteurs. Il est aujourd'hui admis qu'un sujet qui n'a pas subi de traumatisme direct peut présenter des troubles psycho-traumatiques consécutifs au contact qu'il entretient avec une personne ou un groupe de personnes traumatisées (E. Josse, 2014). En effet, le sujet ayant subi directement un événement traumatisant mettant sa vie en jeu est une victime primaire d'une traumatisations directe. Ce choc traumatique va toucher l'entourage de la victime primaire (sa famille), ainsi que les différents professionnels intervenant auprès de la victime (sauveteurs, thérapeutes, etc.). Ces victimes peuvent devenir à leur tour des victimes secondaires potentielles pouvant vivre une traumatisations indirecte avec des troubles spécifiques associés de Stress Traumatique Secondaire. Si par exemple la victime meurt dans des circonstances traumatiques, la famille peut développer un double processus de deuil et de traumatisme indirect qui rendra encore plus difficile le travail de deuil classique. En ce qui concerne les intervenants au contact

de la victime, ils peuvent être soumis à un éventuel processus de traumatisations vicariante sur base de l'écoute empathique du récit traumatique de la victime primaire.

9- Manifestation du traumatisme :

Les traumatismes ont des traductions cliniques relativement stéréotypées qui sont fonction de la nature de la lésion élémentaire et de son siège. Ces manifestations sont locales, locorégionales et générales.

Les manifestations locales et locorégionales représentent l'ensemble des signes cliniques qui s'observent au niveau de la lésion elle-même (manifestations locales) ou à proximité (manifestations locorégionales).

Les troubles de la sensibilité sont caractérisés par la douleur, qui est fréquente dans la plupart des contusions, des atteintes ostéo-articulaires et des lésions plus complexes (fracas, écrasement, etc.).

L'apparition de la douleur est fonction de la région atteinte (et de sa richesse en fibres nerveuses) et du traumatisme initial qui entretient le processus allogène. À côté de la douleur, on peut constater localement d'autres anomalies de la sensibilité ; paresthésie, anesthésie, hypoesthésie, qui traduisent, en règle générale, des atteintes directes des nerfs sensitifs. (René NOTO, « TRAUMATISMES », Encyclopædia Universalis [en ligne], consulté le 7 juin 2022. URL : <https://www.universalis.fr/encyclopedie/traumatismes/>).

Les troubles de la motricité s'observent essentiellement au niveau des membres supérieurs et inférieurs ; il faut distinguer l'impotence fonctionnelle liée à la douleur, aux modifications des rapports anatomiques (fréquentes dans toutes les lésions ostéo-articulaires), des paralysies vraies liées à une atteinte des nerfs moteurs soit localement (plaies nerveuses), soit à distance (atteinte médullaire).

Les troubles du tonus caractérisés par des contractures sont plus fréquents que les hypotonies musculaires ; il peut s'agir souvent de contractures réflexes (fractures, contusions musculaires, etc.).

Les manifestations les plus simples des modifications des repères anatomiques et des modifications morphologiques sont constituées par l'œdème, qui peut, dans certains cas, modifier considérablement la morphologie d'une partie du corps (le visage en particulier). Dans d'autres cas, c'est l'importance du traumatisme et des modifications structurelles qui est responsable de ces modifications (fracas maxillo-faciaux, fracas de membres).

Les modifications de la coloration du revêtement cutané se caractérisent par l'apparition d'un hématome superficiel qui traduit une extravasation sanguine. De l'ensemble des manifestations générales, trois d'entre elles doivent être retenues :

Les manifestations neuropsychiques, qui se traduisent par des troubles du comportement et de la vigilance (agitation, torpeur, somnolence, désorientation temporo-spatiale) ; dans la plupart des cas, ces troubles sont provoqués par la douleur, mais ils peuvent être le reflet d'une souffrance cérébrale indirecte par hypoxie (troubles vésicatoires), par hypovolémie (hémorragie) ou d'une souffrance directe (contusion cérébrale). L'apparition de troubles neurologiques purs (convulsions, paralysie motrice, coma) signe les atteintes directes du système nerveux (traumatisme crânien et médullaire). De l'ensemble de ces troubles neuropsychiques, les pertes de conscience représentent un risque vital réel en raison des troubles vésicatoires secondaires qu'elles peuvent entraîner par obstruction des voies respiratoires. (René NOTO, « TRAUMATISMES », Encyclopædia Universalis [en ligne], consulté le 7 juin 2022. URL : <https://www.universalis.fr/encyclopedie/traumatismes/>).

Les manifestations vésicatoires prennent toutes les formes cliniques : de la simple gêne vésicatoire liée à une contusion costale à la grande détresse vésicatoire. Ces troubles vésicatoires s'observent, en général, dans les lésions graves de l'extrémité céphalique (traumatisme crânien avec perte de connaissance, fracas maxillo-faciaux avec obstruction des voies aériennes) et du thorax (grands volets costaux, plaies pleuropulmonaires). Ils peuvent être responsables d'arrêt cardiaque précoce par hypoxie.

Les manifestations cardio-vasculaires sont surtout marquées par les conséquences des – hémorragies ; le choc hémorragique en est la traduction la Plus grave. Ce sont surtout des lésions internes (thoraciques et abdominales) par les plaies des gros vaisseaux qui sont responsables de ces hémorragies.

Dans les hémorragies gravissimes, la mort par désamorçage du cœur est le risque vital essentiel.

Au cours de la prise en charge d'un traumatisé, le bilan doit mettre en évidence les troubles cliniques dominants. On peut schématiquement constater trois situations.

10- Les symptômes du traumatisme psychique.

Tout le monde a déjà vécu une situation dangereuse pour sa sécurité ou celle d'un proche, comme éviter de justesse un accident de la route. Dans une telle situation, une personne peut ressentir un niveau élevé d'anxiété, caractérisé par un sentiment de peur intense. Cette peur

s'accompagne d'une forte réaction physique due à la sécrétion d'adrénaline, l'hormone qui permet au corps de réagir rapidement au danger. La peur et la réaction physique qui l'accompagne font partie d'un mécanisme de défense naturel qui a pour but d'assurer la survie. Ces réactions sont donc normales et disparaissent généralement quelques heures après l'événement. (<https://www.quebec.ca/sante/conseils-et-prevention/sante-mentale/informer-sur-troubles-mentaux/troubles-mentaux/etat-stress-post-traumatique> . Dernière mise à jour : 30 octobre 2018).

Cependant, chez les personnes atteintes d'un trouble stress post-traumatique, ces réactions ne disparaissent pas complètement. La personne continue à les revivre avec la même intensité que la première fois, sous la forme de rêves ou de flash-back. Les flash-back sont des images mentales qui font revivre la situation traumatisante à la personne. La personne peut aussi revivre ces réactions lorsqu'elle est exposée à une situation semblable à celle qui a causé le traumatisme. La personne affectée peut alors tenter d'éviter les situations ou les conditions qui lui rappellent le traumatisme. Le besoin d'éviter toute situation menaçante peut entraîner des conséquences importantes sur ses activités personnelles, familiales et sociales.

Symptômes :

Les symptômes d'un trouble stress post-traumatique débutent habituellement dans les 3 premiers mois qui suivent un traumatisme. Cependant, il peut parfois se passer plusieurs mois ou même plusieurs années avant que les symptômes apparaissent.

Les signes caractéristiques d'un trouble stress post-traumatique sont :

- Un sentiment de peur intense, d'horreur et d'impuissance accompagné d'un ou de plusieurs des symptômes suivants :
- Palpitations cardiaques (cœur qui bat anormalement vite).
- Respiration rapide.
- Tremblements.
- Frissons.
- Transpiration excessive.
- Des flash-back.
- Des pensées qui s'imposent à l'esprit et deviennent incontrôlables. À cause de ces pensées, la personne atteinte ressent de la détresse, qui se manifeste par de l'anxiété et de la dépression.
- De la difficulté à ressentir certaines émotions, par exemple la tendresse et le désir sexuel.
- De la difficulté à se concentrer.
- De la difficulté à trouver le sommeil.
- Un besoin d'être continuellement en état d'alerte, prêt à réagir.

11- Les causes de traumatisme

Chaque jour, plus de 14 000 personnes dans le monde perdent la vie à la suite d'un traumatisme. Parmi les causes de traumatismes figurent les actes de violence dirigés contre autrui ou contre soi-même, les accidents de la route, les brûlures, les noyades, les chutes et les intoxications. Les décès dus à un traumatisme ont d'énormes répercussions sur familles et les communautés touchées, dont la vie est bien souvent changée par le tragique événement. Bien que les traumatismes et les actes de violence soient prévisibles et en grande partie évitables, ce sont depuis longtemps des thèmes absents du programme mondial d'action en santé. Les faits en provenance de nombreux pays montrent que des efforts concertés faisant intervenir le secteur de la santé, mais aussi d'autres secteurs, peuvent donner des résultats spectaculaires au niveau de la prévention. La communauté internationale doit collaborer avec les États et la société civile partout dans le monde pour mettre en œuvre les mesures qui ont fait leurs preuves et réduire la fréquence des décès évitables qui se produisent chaque jour à la suite de traumatismes ou de violences. (Catalogage à la source : bibliothèque de l'OMS, Traumatismes et violence : les faits 2014).

12- Les conséquences du traumatisme :

Toute forme de violence sexuelle constitue une expérience traumatisante et laisse des séquelles durables chez ses survivantes. Certaines personnes tenteront de surmonter leur traumatisme en consommant des substances alors que d'autres le minimiseront et feront de leur mieux pour l'oublier. Chaque survivante réagit différemment. Les conséquences sont néanmoins multiples et peuvent se manifester à différents moments au cours de leur vie. En voici quelques exemples :

12-1- Les conséquences sur la santé physique

Elles comportent des plaintes somatiques fréquentes, chroniques, résistantes à toute prise en charge si les troubles psycho traumatiques ne sont pas identifiées et pris en charge (https://www.uottawa.ca/guide_violence_sexuelle_fr_02_0.pdf).

Le plus fréquemment :

- une fatigue chronique et des douleurs chroniques intenses (hyper vigilance et tensions + contractures musculaires) : céphalées, douleurs musculo-squelettiques, + dorso-lombalgies, douleurs néogènes, prise de poids importante ou amaigrissement.

- des troubles gastro-intestinaux très fréquents : gastralgies, nausées, vomissements troubles du transit, anxiété, ballonnement, colite spasmodique...
- des troubles génito-urinaires très fréquents : dysménorrhée, endométriose, vaginisme, douleurs pelviennes chroniques, cystites à répétition...
- des troubles cardio-vasculaires : palpitations, HTA, coronaropathie, respiratoires : asthme, bronchite chronique, dyspnée, neurologiques : épilepsie.
- des troubles endocriniens : troubles thyroïdiens, diabète, et des troubles de l'immunité.
- des troubles ORL : acouphènes, otites, angines à répétitions, dentaires, dermatologiques : eczéma, psoriasis, prurit... des troubles allergiques.
- Blessures corporelles.
- Épuisement général ou fatigue.
- Grossesse non désirée.
- Maladies transmises sexuellement
- Migraines
- Perte d'appétit, anorexie ou boulimie
- Problèmes d'estomac
- Problèmes de peau ou de cheveux
- Problèmes gynécologiques
- Problèmes liés au stress
- Sommeil irrégulier ou insomnie.

12-2- Des conséquences graves sur la vie personnelle (affective et amoureuse), sociale, scolaire et professionnelle et psychologique :

Si les troubles psychos traumatiques évoluent de façon chronique sans prise en charge adaptée et spécialisée, elles comportent - des risques de fugue et de départ précoce de la famille, risque de placement, risque de se retrouver en foyer, seul(e), avec une vie amoureuse et sexuelle difficile, séparé(e) de son conjoint, sans enfant ou avec des grossesses précoces.

- des risques d'échec scolaire et d'interruption et d'abandon des études, des orientations professionnelles non désirées.
- des risques de se retrouver sans travail, au chômage, en arrêt de travail prolongé, en invalidité ou à la MDPH (adulte handicapé).
- des risques de se retrouver en retrait social, cloîtré chez soi avec des phobies sociales importantes.

- des risques de marginalisation, d'exclusion : risque de se retrouver sans chez soi, SDF, risque de se retrouver en situation de grande pauvreté, risque de se retrouver en situation prostitutionnelle.
- des risques de se retrouver à nouveau victime.
- des risques de délinquance, de violences agies.
- Dépendance aux autres pour du soutien
 - Difficulté à interagir avec les autres ou problème d'intimité
 - Difficulté à prendre soin de soi dans les relations interpersonnelles
 - Évitement total des relations sexuelles ou promiscuité
 - Incapacité d'être touché
 - Isolement ou solitude
 - Rejet (distanciation des autres à son égard)
 - Sensibilité envers les préjugés
 - Sentiment de méfiance
 - Victimisation (difficulté à faire confiance aux autres, refus d'intimité, difficulté à s'affirmer).
- Absence ou perte d'identité
 - Automutilation ; Cauchemars ; Changements d'humeur
 - Confusion ou perte de mémoire ; Dépression
 - Difficulté à se concentrer ou perte de motivation
 - Difficulté d'éprouver du plaisir lors de relations sexuelles
 - Faible estime de soi ; Idées suicidaires ; Perte d'intérêt ; Retours en arrière
 - Sentiment d'inconfort ou perte de contrôle de son corps ou de sa vie
- Sentiment de culpabilité, de honte, de dégoût ou de mépris
- Sentiment de désespoir, de perte ou de deuil
- Sentiment de peur, de colère, d'agressivité ou de rage
- Sentiment de tristesse ou de vide intérieur
 - Stress chronique, anxiété.

13- Les abords théoriques du traumatisme :

Dix jalons historiques du traumatisme psychique :

La souffrance psychique due à la violence est aussi vieille que l'histoire des hommes ; et ce que la communauté scientifique internationale appelle aujourd'hui « névrose traumatique » ou « état de stress post-traumatique » est mentionné sous d'autres dénominations, ou évoqué

dans des écrits anciens depuis des temps immémoriaux. En parcourant notre histoire ancienne et moderne, nous avons pu ainsi identifier dix jalons qui marquent des avancées successives dans ce que nous pouvons appeler l'histoire du concept de traumatisme psychique ou trauma. Perspective historique du traumatisme psychique. En effet, les usages actuels aussi multiples qu'hétérogènes de la notion de traumatisme en psychologie, psychiatrie, psychopathologie, psychanalyse, etc... justifient que l'on revienne en détails sur son histoire. Celle-ci permet de mieux appréhender la multiplicité des enjeux théoriques, cliniques, métapsychologiques, politiques, praxéologiques, institutionnels etc., qu'elle recouvre aujourd'hui, ainsi que les controverses auxquelles elle donne lieu. Nous allons, à présent, exposer les dix repères historiques cités ci-dessus :

- 1er jalon : L'Épopée de Gilgamesh et L'Iliade : Récits légendaires et confrontation avec la mort :

L'histoire du trauma est vieille comme la violence et l'angoisse des hommes. On en trouve la trace dans nos plus vieux récits légendaires, telle l'épopée de Gilgamesh, le héros sumérien qui était angoissé par la perspective inéluctable de la mort et qui, dans sa quête d'immortalité, avait été jusqu'aux portes de l'enfer interroger l'âme de son fidèle serviteur Enkidu pour se faire donner une réponse oraculaire et apaisante d'acceptation de sa condition de mortel; tel le mythe platonicien du soldat, ce guerrier pamphylien laissé pour mort sur le champ de bataille et se réveillant au dixième jour sur le bucher funéraire, et racontant le voyage initiatique de son âme aux enfers, les visions terrifiantes « traumatiques » ou extatiques qui lui ont été données à contempler, et la leçon de responsabilisation qu'il a reçue; et tel le poème épique de l'Iliade, dont on peut entreprendre une lecture traumatique : on y voit alors la violence, la cruauté et l'horreur des combats, le courage intrépide et la peur des combattants. (Crocq, L. (2012). Quelques jalons dans l'histoire du concept trauma. In R.Coutanceau, J. Smith et S. Lemitre (dir). Trauma et résilience. Victimes et auteurs. (175-186). Paris : Dunod).

- 2e jalon. Descriptions historiques et mention des rêves de bataille dans l'antiquité :

A côté des récits légendaires, les récits historiques et scientifiques de l'Antiquité nous livrent de véritables observations cliniques, tel le cas Epizelos, cité par Hérodote : ce soldat qui, à la bataille de Marathon, est devenu aveugle en plein combat, et pour le restant de ses jours, pour avoir vu la silhouette d'un ennemi perse gigantesque et armé passer près de lui sans le voir et aller occire son camarade. Hippocrate, dans son Traité des songes, mentionne des rêves traumatiques : des sujets qui voient en rêves des hommes armés, des combats, ou croient même

se battre. Le songe de Xénophon, dans l'Anabase, est un rêve traumatique. Quelques siècles plus tard, dans le De natura reum, de Lucrèce, il est fait état des rêves traumatiques.

- 3e jalon. La mort et le rêve de bataille à l'époque médiévale A l'époque médiévale :

La Chanson de Roland (vers 1100) présente les mêmes caractéristiques de réalisme horrifiant et de mystère face à la mort que l'Iliade, et Froissart, dans ses Chroniques (1388) mentionne lui aussi des rêves de bataille, dont les cauchemars Perspective historique du traumatisme psychique, somnambuliques du chevalier Pierre de Béarn, frère de Gaston Phébus : « Dans son sommeil, croyant se battre, il se levait et brandissait son épée, risquant de blesser les siens ». On va retrouver les rêves traumatiques pendant les guerres de religion, ou le jeune roi Charles IX, au lendemain du massacre de la Saint Barthélemy, fin août 1572, appelle son médecin Ambroise Paré pour lui dire, qu'il est harcelé par des images de faces hideuses et couvertes de sang qui l'invectivent et le menacent : reviviscence hallucinatoires et cauchemars de répétition des scènes horribles de cette tuerie perpétrée en son nom. En 1577, le poète Agrippa d'Aubigné est resté une semaine entre la vie et la mort, après avoir été blessé au combat, et a alors vécu une véritable épreuve initiatique admis à contempler le paradis et recevant d'un ange la mission de témoigner sur les misères de la guerre.

- 4e jalon. Les guerres de Religion, Shakespeare et Pascal :

Vers 1600, trois tragédies de Shakespeare, Roméo et Juliette, Henry IV et Macbeth, font état de cauchemars de bataille et d'hallucinations terrifiantes chez des personnages ayant vécu des événements dramatiques ; et, quelques décennies plus tard, notre philosophe Pascal, dans le carrosse avait failli verser dans la Seine au pont de Neuilly, fut tellement effrayé par ce incident qu'il le revivait en hallucinations diurnes et en cauchemars nocturnes, et qu'il changea totalement de vie, délaissant ses fréquentations mondaines, rompant ses fiançailles et s'adonnant entièrement à la méditation.

- 5 e jalon. Névrose de la circulation (Pinel) et vent de boulet (Larrey) lors des guerres de la révolution et de l'empire :

Il fallut attendre les événements de la Révolutions et de l'Empire pour que les médecins décrivent scientifiquement cette pathologie traumatique. Pinel décrit les tableaux cliniques des rescapés de la terreur qui ont vu guillotiner leurs parents, et des soldats de l'an II effrayés par l'horreur des combats : « idiotisme », « névrose de la circulation », ou « de la respiration », en fonction de la symptomatologie dominante, tachycardie ou dyspnéique. Le baron Larrey, chirurgien de la grande armée, dénomme « syndrome du vent du boulet » les états stuporeux présentés par les soldats frôlés par un boulet qui a massacré leurs camarades tout près d'eux. Desgenettes, Larrey, Percy, chirurgiens des armées napoléoniennes, ont dénommé « vent de

boulet » les états stuporeux aigus déterminés par la seule frayeur chez les combattants qui avaient senti passer les projectiles de près sans avoir été blessés. (Louis. C, Quelques jalons dans l'histoire du concept du trauma, Dans Trauma et résilience (2012), pages 173 à 186)

- 6e jalon. Les guerres de la seconde moitié du XIXe Siècle ; Henri Dunant et Silas Weir Mitchell :

Perspective historique du traumatisme psychique. Les guerres du milieu du XIXe siècle, avec l'apparition des canons rayés et des premières mitrailleuses, ont été beaucoup plus vulnérantes que les conflits précédents. La bataille de Solferino fit 20 000 morts dans la seule journée du 24 juin 1859. Et Henri Dunant, spectateur horrifié et secouriste bénévole ramassant les blessés abandonnés sur le champ de bataille pour les transporter dans les églises transformées en infirmeries, écrira trois ans plus tard dans son livre un souvenir de Solferino : « Les malheureux blessés qu'on relève toute la journée sont pâles, livides, anéantis ; les uns, profondément mutilés, ont le regard hébété et paraissent ne pas comprendre ce qu'on leur dit les autres sont inquiets et agités par un ébranlement nerveux et un tremblement convulsif». Mais ce sont Jacob Mendez Da Costa et Silas Weir Mitchell, tous deux médecins dans l'armée nordiste pendant la guerre de Sécession américaine (1861-1865) qui vont faire œuvre novatrice en décrivant l'un le « cœur du soldat », sorte d'anxiété cardio-vasculaire due à l'épuisement et à la frayeur, l'autre « l'hystérie post émotionnelle chez l'homme », avant Charcot mais après Briquet, qui rapporte un cas de conversion hystérique chez un insurgé qui a failli être fusillé pendant les émeutes de juin 1848 à Paris 10. Chez les médecins aux armées, le discours officiel conserve les vieux termes de « vent du boulet », par de Legouest, et de « nostalgie », par Michel Levy, pour désigner les troubles psychiques du combat. Toutefois, dans cette même guerre, on voit émerger deux propositions novatrices formulées par des médecins aux armées ; ce sont le syndrome du « cœur irritable » ou « cœur irritable » par Jacob Mendez Da Costa, et la reconnaissance de l'hystérie post émotionnelle chez l'homme, par Silas Weir Mitchell.

- 7e jalon. Les fondateurs : Charcot, Oppenheim, Janet, Freud et quelques autres, ou la découverte de l'inconscient traumatique :

Le mot « traumatisme » a mis longtemps pour arriver au monde. Les grecs parlaient de traumatikos, « bon pour les blessures ». C'est pourquoi les médecins se sont emparés de cette notion pour désigner un choc qui provoquait des déchirures. Les chirurgiens ont précisé l'objet en disant qu'un choc peut briser la protection d'une paroi musculaire ou méningée. Quand, au XIX e siècle, les accidents de chemin de fer ont provoqué des accidents physiques, les dégâts ont été faciles à observer, et alors on a ajouté que la vitesse excessive du train pouvait aussi secouer le cerveau et rompre les parois méningées. Les premières études scientifiques sur le

traumatisme remontent à la fin du XIX^e siècle et portent alors souvent sur les victimes d'accidents de chemin de fer. D'emblée, la question de l'étiologie des troubles se pose : est-elle organique ou psychologique ? Est-ce l'événement lui-même ou son Perspective historique du traumatisme interprétation qui provoque les symptômes ? Certains individus présentent-ils des vulnérabilités ? En effet, Le traumatisme psychique, notion très ancienne dont on peut trouver les précurseurs dès l'antiquité, s'est toujours trouvé écartelé entre trois objets de référence principaux : la blessure corporelle et surtout craniofaciale, les émotions générales parmi lesquelles l'angoisse de mort, les contextes psychosociaux du ou des facteurs déclenchant le trouble. Oppenheim (1889) est le premier à utiliser le terme de « névrose traumatique ». Prenant une position organiciste, il estime notamment que les symptômes traumatiques sont le produit de changements moléculaires au niveau du système nerveux central. Ainsi Oppenheim initie une longue tradition d'association des symptômes post-traumatiques avec les « névroses cardiaques » : on parle alors de « cœurs irritables » ou de « cœurs de soldats ». Mais bien vite, d'autres médecins, et notamment le psychiatre anglais Myers, observent que le Shell shock (choc des tranchées) qui sera appelé obusite en France se manifeste chez des soldats qui n'ont jamais été exposés directement aux tirs. Myers (1915) affirme dès lors que les perturbations émotionnelles seules suffisent à expliquer l'apparition des symptômes. Il rejette ainsi la théorie exclusivement organiciste. Comme beaucoup de ceux qui l'ont suivi, Myers rapproche donc la névrose de guerre de l'hystérie. Charcot (1887) de son côté parle de « choc nerveux » traumatique qui plonge le patient dans un état second comparable à l'hypnose : il est donc le premier à souligner l'importance des manifestations dissociatives et propose à Janet de poursuivre ses recherches sur le sujet. Janet (1889) développe alors une théorie proche de celle du neurologue américain Putnam (1881). Selon Janet, le psychisme confronté à une situation terrifiante peut devenir temporairement incapable de gérer ses « schémas cognitifs » préexistants aux émotions associées à cette situation. Les souvenir de ces expériences ne peuvent pas être intégrés à la conscience : ils en sont alors mis à l'écart, dissociés, et échappent au contrôle volontaire. Le sujet est dissocié parce que ses capacités mentales sont affaiblies par de fortes émotions qui altèrent sa capacité à intégrer les contenus mentaux dans la conscience. La théorie janétienne a un retentissement international considérable. De très nombreux auteurs poursuivront ce courant de pensée : Piaget, Jung, Myers ou encore Hilgard. Ils considèrent la dissociation comme le processus pathogène principal, donnant naissance aux symptômes traumatiques. Dès lors, ils privilégient la synthèse et l'intégration comme méthodes thérapeutiques. Contemporain de Janet, Freud intègre l'équipe de la salpêtrière en 1885. Il admire beaucoup Charcot et est très influencé par ses idées. Ainsi, entre 1892 et 1896, Freud

suit le principe Perspective historique du traumatisme psychique selon lequel le « subconscient » contient des événements d'une forte charge affective qui sont encodés dans un état de conscience modifié. Il explique, lui aussi, des attaques hystériques comme étant la réminiscence d'un état psychique antérieur, traumatique, et reconnaît l'influence de Janet. Freud et Breuer, dans les études sur l'hystérie (1895), avancent l'idée selon laquelle le moi réprimerait activement les souvenirs traumatiques douloureux. La dissociation serait donc le résultat d'un mécanisme de défense qui protège la conscience. Puis dans l'étiologie de l'hystérie (1896), il abandonne l'idée que la dissociation est le concept central et privilégie la thèse des désirs réprimés comme origine de la névrose : ce ne sont pas que des souvenirs de faits réels qui sont écartés de la conscience, mais les désirs sexuels et agressifs de l'enfant qui menacent le moi et mobilisent des défenses qui les empêchent d'émerger à la conscience. A la différence de Janet, il explique que l'hystérie ne résulte pas d'un échec à intégrer de nouvelles données aux schémas préexistants, mais d'une répression active des pulsions sexuelles et agressives se concentrant autour du complexe d'Œdipe. Freud a eu beaucoup de difficultés, malgré ses efforts, à réconcilier les notions de sexualité infantile refoulée et de trauma. S'appuyant sur la deuxième théorie freudienne, la psychiatrie a alors eu tendance à ignorer les traumas réels au profit de la théorie du fantasme.

- 8e jalon. Les continuateurs : Les deux guerres mondiales et les guerres postcoloniales, Shell shock, névrose de guerre et névrose de guérilla :

Au cours de la première guerre mondiale, de nombreux psychiatres français et allemands s'attacheront davantage à détecter les soldats simulateurs qu'à les soulager de leurs souffrances traumatiques. L'hystérie de guerre met ainsi en perspective la question de la volonté du patient : en Allemagne en particulier, les soldats traumatisés sont considérés comme des faibles manquant de volonté (on parle même de maladie de la volonté). En Allemagne, dans un entre-deux-guerres au nazisme naissant, l'état décide de ne plus accorder de compensations financières aux soldats traumatisés, estimant que cela revient à les maintenir dans cet état pathologique et que la faiblesse et la lâcheté ne doivent pas être récompensées. Sur le plan de l'étiopathogénie, on mettait en avant « l'émotion choc » (Logre), la « peur aux armées » (Brousseau), et aussi les conflits y attendant (combattre ou fuir, idéaux pacifiques versus obligation de tuer), ou même « le saisissement douloureux éprouvé au spectacle horrifiant des camarades tués, blessés ou mutilés devant soi » (Régis). Mais c'est la psychanalyse qui fournira ses lettres de noblesse à ce que l'on s'accordera peu à peu à dénommer les névroses et psychonévroses (pour les cas graves) de guerre. Perspective historique du traumatisme psychique Au lendemain de l'armistice du 11 novembre 1918, toute la France honora ses morts

et glorifia ses survivants, blessés ou indemnes. Mais, si les « blessures physiques » furent reconnues, soignées et pensionnées, il n'en fut pas de même pour les « blessures psychiques », qui demeurèrent méconnues, négligées, voire niées. Une fois la paix revenue, chacun s'en retourna à ses occupations et à ses plaisirs d'avant, infligeant à ces combattants que les épreuves de la guerre avaient bouleversés ce deuxième trauma qu'est l'oubli ou l'indifférence de leurs concitoyens. Mais qu'en était-il de ceux qui avaient subi un grave choc psychologique au cours des péripéties du combat ? Comment survivaient-ils, ceux qui avaient vécu l'imminence de leur mort sans échappatoire possible ? Quelles nuits passaient-ils désormais, ceux qui s'étaient trouvés ensevelis sous leur abri écrasé par les obus ennemis ? Ou qui avaient assisté, horrifiés, au spectacle insoutenable de leurs camarades déchiquetés par les shrapnells ? Que devenaient-ils ensuite ? Certains, atteints d'une authentique névrose traumatique de guerre, et perturbés au plus profond de leur personnalité, avaient du mal à se remettre, même après leur démobilisation et une fois la paix revenue. Quelques-uns ont souffert de leur traumatisme psychique jusqu'à leur mort, leurs nuits hantées par d'épouvantables cauchemars de bataille. Le temps ne leur procura pas l'oubli bienfaisant. Freud (1920), réfléchissant sur la frayeur et sur le cauchemar de répétition, en vint à identifier la « compulsion de répétition » comme moyen de défense antérieur au principe de plaisir, et à postuler, derrière cette compulsion, une « pulsion de mort », fascination pour la mort et l'inanimé, et répondant en symétrie de la libido qui est pulsion de vie. Il faut attendre la Seconde Guerre mondiale pour que la conceptualisation du trauma opère un réel changement. Pour la première fois émergent des recherches sur les facteurs de protection au trauma comme l'entraînement, la cohésion du groupe, le leadership ou la morale. Après la guerre, les sujets exposés au trauma sont extrêmement nombreux, qu'il s'agisse d'anciens combattants ou de survivants des camps de concentration. Les psychiatres américains décrivent, à l'instar de Kardiner, les réactions physiologiques de ces patients et cherchent des thérapies permettant de travailler sur les « souvenirs somatiques ». Ils ont donc recours à l'hypnose et à la narco synthèse pour aider le patient à se rappeler le trauma et faciliter l'abréaction. Ils confirment ce qu'avait dit Janet : l'abréaction sans transformation, sans synthèse, n'est aucune aide. Sur le plan étiopathogénique, outre la violence et la durée de l'exposition au combat, on incrimina le rôle néfaste des conflits intrapsychiques ou extra-psychiques, et de l'isolement.

Perspective historique du traumatisme psychique La prédisposition constitutionnelle ou acquise lors d'une enfance névrotique fut aussi subodorée dans de nombreux cas. Au lendemain de la seconde guerre mondiale, le désir de reconstruction et l'envie de renouer avec les plaisirs ont plongé les blessés psychiques dans l'oubli. Parmi ces blessés, peu ont finalement bénéficié de soins psychiques, malgré la précocité de la psychiatrie militaire dans ce champ.

- 9e jalon. Les premiers novateurs : Guerre du Vietnam et état de stress post-traumatique :

Lors des guerres du Péloponnèse, quand le psychisme d'un soldat était altéré, on expliquait ce phénomène en affirmant qu'un démon s'était emparé de son âme. Au moyen âge, quand la culture était structurée par le sentiment de faute, c'est le péché, la punition divine qui a expliqué ces troubles. Puis ce fut le chemin de fer, les accidents électriques ou les empoisonnements chimiques qui ont fourni d'autres explications, selon les objets qui marquaient la culture. Le virage anthropologique eut lieu après la guerre du Vietnam, lorsque les blessés de l'âme n'ont plus été considérés comme des possédés, des punis ou des lâches, mais comme des victimes d'un stress qui débordait leur défense, sidérait leur cerveau et leurs fonctions psychiques. La recherche sur le trauma reprend donc un deuxième souffle sous l'impulsion de chercheurs qui étaient souvent eux-mêmes des soldats ou des survivants des camps. Par la suite, des cliniciens étudient une catégorie de sujets totalement négligés jusque-là : les femmes et les enfants. La première étude sur le viol date ainsi de 1974 : Burgess et Holstrom décrivent « le syndrome traumatique du viol » qu'elles rapprochent de la névrose de guerre. À la même époque, d'autres auteurs s'intéressent aux enfants battus, des groupes de paroles d'anciens combattants du Vietnam émergent dans toute l'Amérique. En 1974, le psychiatre américain Chaim Shatam identifia un post-Vietnam syndrome pour désigner les névroses de guerre dont souffraient bon nombre de vétérans à leur retour du Vietnam. Leur nombre (700 000 hommes sur les 3 millions de GI qui avaient été envoyés combattre là-bas entre 1964 et 1973) posait un véritable problème de société, car ils ne parvenaient pas à se réinsérer dans leur famille ni dans leur milieu professionnel. L'intérêt du diagnostic de PTSD réside dans la proposition d'une entité à part et d'une préoccupation d'autant plus importante qu'après la guerre du Vietnam, d'autres conflits – guerre du Kippour en 1973, la guerre Irak-Iran (1980-1988), les conflits en Afrique, les guerres en Afghanistan et en Tchétchénie, puis la guerre du Golfe en 1991, le génocide Perspective historique du traumatisme psychique rwandais en 1994, la guerre en Irak actuelle et bien d'autres encore – ont été pourvoyeurs de nombreux troubles psycho traumatiques aigus ou chroniques chez les combattants, mais aussi chez les civils. Cela a donc permis que de nombreuses victimes de catastrophes, d'accidents, d'agressions ou de guerre puissent s'autoriser à consulter et à exprimer leur souffrance . En 2003, le président américain George Bush junior voulut reprendre la guerre contre l'Irak de Saddam Hussein qu'avait dirigée son père, le président George Bush senior, et, entraînant avec lui une partie des alliés de la veille, renversa le régime du dictateur de Bagdad mais ne put se dépêtrer du « borbier » irakien, écho du borbier vietnamien dans l'opinion publique

américaine, le peuple irakien libéré, quoique divisé par des querelles religieuses, faisant chorus contre le soldat occidental libérateur. Malgré les relèves et les dispositifs de confort et de soutien psychologique, l'armée américaine – déplorant quatre mille morts en sept ans – (de même que l'armée britannique, qui en compte près de mille) se trouve partagée entre le sens du devoir et la nostalgie empreinte d'incompréhension, tandis que les opinions publiques de l'arrière sont décontenancées par le sentiment d'échec, le scepticisme et la critique. La nouvelle guerre d'Afghanistan, menée par une coalition de l'OTAN contre les talibans terroristes islamiques, entraînant des pertes humaines dans le camp occidental (États-Unis, Royaume-Uni, France, Allemagne, Italie et Espagne pour l'essentiel), suscite des interrogations dans les opinions publiques des pays concernés, où on redoute l'enlèvement et la déconfiture d'un « nouveau Vietnam ». L'opinion publique occidentale du début du III^e millénaire dans ces pays occidentaux n'est plus celle des deux conflits mondiaux du XX^e siècle, et ne tolère pas que ses jeunes gens se fassent tuer, ne serait-ce qu'en petit nombre, pour une guerre lointaine dont le motif politique, même étoffé de la noble intention de libérer un peuple du joug de l'extrémisme islamique, demeure obscur. Les mythes du zéro mort et de la guerre technologique (surveillance par satellites, gilets pare-balles et drones) se révèlent illusoires, face à la succession des nouvelles annonçant que, dans telle ou telle embuscade, nos soldats trouvent la mort dans des accrochages où l'ennemi, mieux équipé qu'on ne l'avait cru, reçoit le soutien, ouvertement ou de manière occulte, sincère ou forcé, de la population locale. Chacune de ces nouvelles, répercutée par des médias avides de faits sanglants, est autant de souffrance pour les familles endeuillées et d'embarras pour les instances gouvernementales, qui envisagent le retrait à moyen terme sans perdre la face. Pour l'Occident, le recours à la guerre devient archaïque et coupable. Pour le combattant, sur le terrain, la noble cause du combat libérateur est minée par le doute et par le sentiment de ne plus être soutenu par l'arrière ; et la « nostalgie » des vieilles armées du XVII^e siècle Perspective historique du traumatisme réapparaît sous une nouvelle forme. Démotivation, tristesse et dépression menacent le soldat oublié, et la tentation du geste suicidaire s'insinue dans son esprit perplexe. Si la notion de Traumatisme psychique de l'enfant et de l'adolescent n'est apparue que tardivement dans les classifications internationales, elle est depuis longtemps l'objet d'une réflexion clinique au sein des théories freudiennes et post freudiennes. Depuis Freud, le concept de Traumatisme psychique n'a eu de cesse d'être réinterrogé par ses successeurs, de Ferenczi à Roussillon en passant par Anna Freud et Winnicott jusqu'aux auteurs les plus contemporains. La clinique du Traumatisme psychique de l'enfant apparaît aujourd'hui très spécifique avec une symptomatologie à la fois riche et complexe du fait de sa grande variabilité. Cela implique que l'on s'interroge nécessairement sur

les facteurs de risque et de protection du traumatisme psychique de l'enfant afin de proposer des dispositifs de soins préventifs et thérapeutiques les mieux adaptés. La réalité politique et sociale actuelle ne nous autorise plus à nier l'existence de trouble psycho traumatique chez l'enfant et l'adolescent, troubles auxquels les acteurs de la protection de l'enfance et des réseaux pédopsychiatriques doivent aujourd'hui faire face. 31 Des recherches ont pu être élaborées, tant sur le plan clinique (chez l'enfant par exemple, les pathologies associées ou comorbides), que sur ceux pathogénique (facteurs de risque et facteurs de résilience), biologique (étude des perturbations neurophysiologiques du stress et du trauma), ou encore thérapeutique (tant du point de vue émotionnel, cognitif et comportemental que de celui de l'approche psychanalytique, mais également pharmacologique).

- 10e jalon. Les seconds novateurs : La réaction des cliniciens francophones ; le trauma comme rencontre inopinée avec le réel de la mort et l'approche phénoménologique :

En Europe, bien que certains auteurs écrivent en anglais aient adopté le point de vue américain sur la clinique et la pathogénie du PTSD, la fidélité aux traditions européennes et l'exigence d'un mode de pensée plus rigoureux en matière de psychopathologie ont amené des auteurs français, belges, suisses et hollandais à se démarquer du concept PTSD et de ses implications théoriques et à promouvoir le concept psychopathologique de trauma, par opposition au concept biophysique de stress. Dès les années soixante, le médecin commandant Louis Crocq commençait une série de publications sur le sujet qui font encore référence dans notre pays. Il s'inspirait essentiellement de P. Janet et d'O. Fénichel. Le Professeur Juillet et le Docteur Moutin, tous deux de l'École du Val-de-Grâce, publiaient leur manuel de psychiatrie militaire, où la Perspective historique du traumatisme névrose traumatique figurait en bonne place. Les spécialistes des services de santé des armées ont appris à reconnaître et à soigner cette pathologie. Mentionnons à cette place d'initiateur le docteur, puis professeur, Barrois, qui était aussi psychanalyste et dont les travaux eurent pour effet d'orienter les spécialistes militaires vers les conceptions freudiennes du trauma. Disons que cet intérêt ne partait pas de rien, et que la lecture de devanciers de la guerre de 1914, comme Fribour-Blanc ou Hesnard, obligeait les psychiatres militaires à prendre la névrose traumatique au sérieux, en dépit de la méconnaissance où elle était maintenue d'une manière générale. En France, Barrois est le fondateur de la psycho traumatologie en 1988. Le diplôme de victimologie de l'université de Paris-V a popularisé la discipline mais sans individualiser réellement la psycho traumatologie. Emmanuelli, futur secrétaire d'état à l'action humanitaire d'urgence, y enseignait alors la médecine de catastrophe et la médecine humanitaire. Cette heureuse collaboration fit germer l'idée d'une cellule d'urgence médico-psychologique (CUMP),

préparée dès 1994 par un groupe de travail dirigé par Lopez, et créée sous la présidence de Crocq quelques jours après l'attentat terroriste du 25 juillet 1995. Depuis, la psychotraumatologie s'est individualisée avec la création d'un diplôme de psychotraumatologie et de plusieurs ouvrages de référence dont psychotraumatologie (2006). Une Revue francophone du stress et du trauma fut créée en commun avec des psychologues et des psychiatres suisses et belges (en particulier A. Andreoli à Genève et M. De Clercq à Bruxelles). L'association de langue française pour l'étude du stress et du trauma, créée en 1990 par L. Crocq, fut revitalisée et le docteur Louville créa une association pour la formation des CUMP. Ainsi le courant de la « psychotraumatologie » francophone parvient vite à maturité, des livres et des articles en grand nombre paraissent 36. Le terme « syndrome psychotraumatique », auquel sont attachés les psychiatres français, permet de se placer dans une perspective qui n'est pas trop marquée par l'idéologie, celle qui fait référence à la psychanalyse comme le concept de névrose traumatique (Freud, Ferenczi, Fenichel) ou d'état de stress post traumatique du DSM qui met l'accent sur la dimension biopsychologique du trouble et introduit une confusion entre stress et trauma. Au cours de ces dernières décennies, l'intérêt pour la psychotraumatologie n'a cessé de croître, suscitant de nombreuses recherches, souvent multidisciplinaires. On connaît mieux les soubassements neuro anatomiques et neurobiologiques du trauma. Les facteurs de vulnérabilité et de résilience ont été précisés. Les modalités de prise en charge à visée Perspective historique du traumatisme psychique préventive ou curative se sont diversifiées et leurs résultats ont été évalués. Parallèlement, on a pris la mesure des coûts humains et socio-économiques générés par les « blessures psychiques ». On a promulgué des lois favorables aux victimes et, pour leur venir en aide, on a développé réseaux et services. Le trauma introduit le sujet dans une dimension propre à la tragédie. Peut-être l'intérêt actuel de l'Occident pour la question est-il à entendre comme le retour d'une interrogation sur la finitude historique d'un modèle de civilisation dont rien, de l'extérieur, ne vient plus contester sérieusement l'hégémonie.

14- La prise en charge :

14-1- Thérapies cognitive- comportementales du trauma :

Les TCC du trauma peuvent soit viser directement (technique d'exposition direct ou inoculation du stress) le trauma, soit s'adresser au handicap fonctionnel du patient, éventuellement sans abord direct de l'évènement traumatique (Meichenbaum, 1994 ; Foa et al, 1989).

Il s'agira pour exemple de traiter une agoraphobie, une dépression, une phobie social ou d'autres phobies traumatique (phobie des animaux, phobie des transports, etc...). Les techniques usuelles en TCC du trauma sont l'exposition en imagination au souvenir traumatique, l'exposition in vivo aux situations évitées, la restriction cognitive (schémas de danger, culpabilité, etc...), l'affirmation de soi, la gestion de l'anxiété (relaxation, contrôle des stimuli, etc..) et la gestion de la colère. A cause de, et grâce à, l'évitement, les syndromes phobiques sont des indications majeurs des TCC. On distingue deux temps dans la thérapie : amener le patient à accepter de se confronter à ce qu'il évite ; réduire le handicap fonctionnel (réduire l'anxiété liée à la confrontation et desserrer le cercle des évitements).

14-2- Thérapies cognitives du trauma :

Ces thérapies s'intéressent au discours intérieur du patient et viennent des théories du traitement de l'information. Les comportements les émotions et les pensées sont interdépendants. Il est donc possible, en agissant sur les cognitions, de modifier les émotions (anxiété, dépression, colère) et les comportements d'un patient. Les thérapies cognitives postulent que chaque personne au cours de sa vie, sous l'influence des évènements, se forge par l'apprentissage des représentations stables d'elle-même, des autres et du monde dans lequel elle vit. Elle adopte ainsi des schémas de pensée fonctionnant comme des règles générales, des modèles générant des pensées automatiques sur un niveau subconscient. Ces pensées automatiques seront suscitées de façon reflexe en réponse aux stimuli que constituent les expériences de vie actuelle évocatrice, sous l'effet des schémas cognitifs (Vila et al. 1998) Ainsi, par exemple, un enfant ayant subi de la maltraitance va se développer avec une représentation vulnérables de lui-même, hostile des autres et insécurisâtes du monde. Il constituera des schémas de danger du type : « je ne peux rien attendre de bon de la part des autres », « personne ne peut m'aimer », « je ne suis pas quelqu'un d'intéressant », etc. De tels schémas vont générer en situations relationnelle, par exemple, des pensées automatique telles que : « cette personne qui prétend m'aimer va me trahir », « elle me ment », ou « elle se moque de moi », etc. De telles pensées ne peuvent qu'engendrer malaise, peur, anxiété, dépression et des comportements faussés par des jugements biaisé

14-3- Procédure de la thérapie EMDR :

La thérapie EMDR (Eye Movement Desensitization Reprocessing) s'appuie sur de nombreux facteurs déjà utilisés par de nombreuses autres approches, comme les thérapies cognitivo-comportementales (TCC), les approches psycho dynamique ou encore l'hypnose ericksonienne. Pendant une séance de thérapie EMDR, il est demandé au patient de bouger les yeux de gauche à droite, à rythme régulier tout en pensant à des éléments d'un souvenir

traumatique. Exemple : F. a fait l'objet d'attouchement de la part de son grand père alors qu'elle avait 13 ans. La cible choisie est une situation bien précise localisée dans le temps (vers midi) alors que la grand-mère partait toujours à la même heure faire quelques courses et dans l'espace (dans la cave) ou son grand père abusait d'elle. D'autres formes de stimulations (auditives ou tactiles par des tapotements sur les mains) sont parfois utilisées à la place de la stimulation visuelle. Le patient doit spécifiquement évoquer dans son esprit l'image d'un des aspects pénible de l'évènement passé (exemple : le rythme de sa respiration). Le thérapeute l'aide à focalisé son attention sur la dimension visuelle des représentations traumatiques qui est la plus intensément associée à l'affect. Le patient énonce alors une conviction négative qu'il a de lui-même et qui résulte de cet évènement (exemple : « je suis impuissante ou je ne peux rien faire »). Cette cognition est négative parce que le sentiment d'impuissance est inapproprié ; elle est enkyster dans le système nerveux alors que le danger est dans le passer. Le patient identifie également l'affect précisément reliée à l'image (exemple : la peur, la colère, la tristesse) et évalue son intensité sur une échelle de 0 à 10 appeler le SUD (Subjective Unit of Distress (unité de détresse ressentie). Le thérapeute et le patient définissent ensemble une direction pour la thérapie en identifiant aussi une cognition positive. Cette phrase doit contenir un sentiment interne de maîtrise. Cette cognition répond à la question : « quand vous vous voyez dans cette situations, que préféreriez-vous penser de vous-même à la place de la croyance négative que vous venez dénoncer ? » Le patient doit alors évaluer le degré de conviction qu'il associe à cette pensée positive (par exemple : « je ne crains plus rien aujourd'hui ». Cette évaluation de la validité de la cognition positive (Validity of Cognition « VOC ») qui va de 1 à 7, ainsi que le SUD permettent au thérapeute d'estimer le degré atteint dans la résolution du trauma, et la progression aux cours du traitement vers une interprétation plus adaptative de l'évènement traumatique.

15- Conclusion :

La confrontation à un évènement traumatique peut être psychologiquement lourde de conséquences pour un sujet. Celui-ci pourra développer à moyen ou long terme un ensemble de symptômes souvent invalidants, ces symptômes sont généralement regroupés sous le terme d'état de stress poste traumatique. Le traumatisme est donc l'incrustation à l'intérieur de l'appareil psychique d'une image qui ne devrait pas s'y trouver.

Chapitre III :

Problématique

Problématique et hypothèses

Les agressions sexuelles sont des violences en rapport avec la sexualité de l'agresseur et de l'agressé. Pour s'imposer l'agresseur utilise la force physique, les brutalités, voir les tortures, les menaces de tout genre, pour qu'il y ait agression sexuelle, un contact physique est nécessaire entre l'auteur et la victime. Les agressions sexuelles sont très fréquentes dans notre société elles posent un souci majeur et de graves problèmes de santé publique. Les agressions sexuelles existent partout dans le monde mais les recherches consacré au problème son très peut dans la plus part des pays étant considéré comme un sujet tabou. Bien que toutes les femmes soient susceptibles de vivre un jour ou l'autre une agression au caractère sexuelle, les études nous démontrent que certaines femmes sont plus vulnérable aux agressions. D'autres formes de discriminations peuvent venir s'ajouter au sexisme que les femmes vivent dans notre société pensons au fait d'appartenir à une minorité visible ou d'être autochtone, au fait de vivre avec un handicap physique ou déficience intellectuelle et au fait d'être lesbiennes bisexuelles de nombreux préjugés, sont entretenus à l'égard des femmes vivant dans des réalités particulières, telle que celles au prise avec un problème de santé mentale. Préjugés qui peuvent vulnérabiliser ces femmes face à la violence sexuelle. En effet les agressions sexuelles entraînent de graves conséquences sur la santé psychique des victimes et sur leur vie sociale, scolaire, professionnelle, personnelle et amoureuse, d'après de récentes études entre 44 % et 70 % de cas agressées sexuellement risque de développé un état de stress post traumatique après une agression. (L. Crocq, 2012, p.14).

La perte d'un être cher, d'un poste de travail, l'échec scolaire ou une agression, et autant de facteurs peuvent affecter la vie d'un être humain et causer un traumatisme psychique. Le fait de vivre un évènement traumatisant peut compromettre le sentiment de sécurité et le sentiment d'identité ainsi que la capacité à réguler les émotions et à s'orienter dans ses rapports avec les autres. Longtemps après avoir vécu un évènement traumatisant, la personne ressent fréquemment une peur intense accompagné d'un sentiment de honte ou de d'impuissance. Un traumatisme psychique est une réaction émotive persistante qui fait souvent suite à un évènement extrêmement éprouvent de la vie. Le trauma est le phénomène qui bouleverse le psychisme en réponse à un évènement qui implique menace à mort ou altération de l'intégrité physique comme par exemple : une agression individuelle, un viol, un accident grave, une embuscade, un attentat ou une catastrophe. (L. Crocq, 2012, p.14). Mais certains auteurs, principalement des psychanalystes ont étendu le concept de trauma à des situations frustrantes

de la vie courante donnant lieu à des réactions psychologiques modérées. (Crocq L., *ibid.*, p. 14).

Compte tenu de ces considérations, on peut définir le traumatisme psychique ou trauma comme : le phénomène de bouleversement qui se passe à l'intérieur du psychisme lorsqu'un accès d'excitation extérieures attenants à un événement subit violent et agressant vient faire effraction au travers des défenses de ce psychisme. (Crocq L., *ibid.*, p. 14). Sur le plan du vécu clinique, l'expérience traumatique est un bouleversement de l'être, qui laissera une impression de changement radical de la personnalité, une altération profonde de la temporalité (puisque le temps s'est arrêté au moment figé sur la terreur ou l'horreur sans possibilité de vivre le présent fugace, ni d'envisager un avenir différent un instant), et une perte de la possibilité d'attribuer un sens aux choses, plus qu'une perte de sens, le trauma serait d'ailleurs une expérience de non-sens.

Ce passage où l'on quitte l'univers des choses qui peuvent être désigner et représenter, pour entrer dans le monde du néant, ce néant dont nous sommes issus, dont nous avons toute la certitude sans en avoir la connaissance et que nous avons tenté vainement d'exorciser à chacune de nos paroles, ou comme le disait Merleau-Ponty en 1961 dans son cours au Collège de France, nous affirmons désespérément notre être comme « quelque chose...et non pas rien », alors on dit que le traumatisme est issu d'un élément externe qui vient par surprise faire effraction dans l'organisation défensive du moi, brisant le système du pare excitations, risquant de provoquer un effondrement des défenses qui montrent à cette occasion leurs faiblesses pour lutter contre l'impact de cet événement, et dans la plus part des cas les victimes d'un traumatisme psychique développent les syndromes de psycho traumatique (PTSD). Pour mieux éclairer les souffrances que vivent les jeunes filles après une agression sexuelle nous allons postuler des questions sur lesquelles nous essayerons de répondre à travers cette étude :

- les jeunes filles ayant subi des agressions sexuelles développent-elles le syndrome de l'état de stress post-traumatique ?

-Comment les filles victimes d'agressions sexuelles vivent leur vie ? Et quel est l'impact de cette dernière sur leur santé mentale ?

Afin de répondre à cette question ci-dessus nous proposons les hypothèses suivantes :

Hypothèse :

-Les filles qui ont vécu des agressions sexuelles développent une dissociation traumatique.

Les hypothèses partielles :

- Les filles exposées à l'agression sexuelle souffrent d'une dépression majeure.
- Les filles victimes d'agression sexuelle réussissent à faire face à cette épreuve de vie très difficile.

Définition des concepts clés

1. L'agression sexuelle :

Les agressions sexuelles (art. 222-22 du code pénal) sont définies comme « un acte à caractère sexuel sans pénétration commis sur la personne d'autrui, par violence, contrainte, menace ou surprise ». Relèvent d'une agression sexuelle, les caresses et attouchements du sexe, de la poitrine, des fesses et cuisses ainsi que les baisers forcés. Depuis 2013 constitue également une agression sexuelle « le fait de contraindre une personne par la violence, la menace ou la surprise à se livrer à des activités sexuelles avec un tiers » (Article 222-22-2 du code pénal). Les agressions sexuelles, autres que le viol, sont des délits punies de 5 ans d'emprisonnement et de 75 000€ d'amende. La juridiction compétente est le tribunal correctionnel.

L'agression sexuelle est une forme de violence à caractère sexuel et un crime en vertu du Code criminel du Canada. Il s'agit de « toute agression de nature sexuelle qui viole l'intégrité sexuelle d'une personne. » En d'autres termes, c'est un rapport sexuel imposé, avec ou sans contact physique, sans le consentement des personnes impliquées comme des baisers, des attouchements ou des actes à caractère sexuel (par exemple, être obligée de regarder des photos de nature sexuelle). (Michel Laurier, Guide d'information sur la violence sexuelle, 2015 Université d'Ottawa)

2. Le traumatisme psychique :

« Le traumatisme psychique est une blessure émotionnelle profonde qu'on pouvait observer, parfois, chez ceux qui avait échappé de peu à la mort». (F. Lebigot, 2005, p.9)
Crocq (2014), définit le traumatisme psychique comme : « Un phénomène d'effraction de 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 (psychique et physique) d'un individu qui est exposé comme victime témoins ou acteurs. ». (Crocq, 2014, p.10).

Opérationnalisations des concepts

1. L'agression sexuelle

- Embrasser.
- Attouchements (seins, cuisses, fesses, pénis, vulve, anus).
- Masturbation d'une autre personne.
- Masturbation en public.
- Contact oral génital (fellation, cunnilingus, unilingues).
- Pénétration (pénétration vaginale par le pénis, sodomie, pénétration de l'anus ou du vagin avec les doigts ou avec des objets).
- Traiter de salope, fils de pute, etc.
- Envoyer des photos intimes à une personne qui n'en veut pas.
- Forcer l'autre à des actes sexuels lorsqu'il n'en a pas envie.
- Transférer les photos intimes d'une personne à d'autres.
- Se faire insistant pour obtenir des faveurs sexuelles.
- Forcer une personne à des actes sexuels avec d'autres gens.

2. Le traumatisme psychique

- Souvenir répétitif.
- Cauchemar et terreur nocturne.
- Perturbation du sommeil.
- Réaction de sursaut excessif.
- Difficulté à se concentrer.
- Irritabilité.
- Accès de colère.
- Comportement d'évitement.
- Hypovigilance.
- Trou de mémoire.

Le choix et l'objectif de la recherche

Notre objectif de recherche est de découvrir et plus comprendre le traumatisme psychique que les jeunes filles ont développé à causes des agressions sexuelle et comment cette dernière impact -elle leur fonctionnement psychologique.

Vu notre statut de jeunes filles dans la société et vu notre quotidien pleins d'agressions verbales et d'attouchements physique dans les rues et les lieux publics nous a incitées à mener cette

étude clinique intitulée « le traumatisme psychique chez les jeunes filles ayant subi des agressions sexuelles ».

-L'agression sexuelle a attiré notre attention à cause de ses conséquences qui génèrent au sein de toutes les sociétés au niveau international et plus particulièrement dans notre société algérienne.

-reconnaitre les causes et les conséquences de l'agression sexuelle sur les jeunes filles.

- Comprendre plus profondément le traumatisme psychique que cette agression développe.

- Mettre une fin à leurs souffrances.

Partie pratique

Chapitre IV :
Méthodologie de la
recherche

1- Introduction :

La méthodologie d'une recherche scientifique est un processus dynamique ou une démarche rationnelle qui permet d'examiner des phénomènes, des problèmes à résoudre, et d'obtenir des réponses précises à partir d'investigations.

Méthodologie est un mot qui est composé par trois vocables grecs : méta (« après, qui suit »), odòs (« chemin, voie, moyen ») et logos (« étude »). « Un ensemble de démarches et de procédés réglés, largement indépendants de la nature des objets à connaître » (Gille-Gaston Granger, La science et les sciences, PUF, 1992, p. 45).

Dans ce chapitre on présentera toutes les étapes durant lesquelles notre recherche a été faite, la méthode et les étapes choisies sont comme suit :

2- La pré-enquête

La pré-enquête est l'une des étapes les plus importante en science humaine e sociale, elle permet de collecter des données sur notre thème de recherche, d'établir le premier contact avec notre population d'étude afin de sélectionner les plus pertinents et ce qui rependent aux critères et aux base de notre thème de recherche. (M. Angers, 1995).

Très souvent aussi, on a recoure a la pré- enquête pour effectuer le choix d'instruments et le mode de construction de celui-ci .il existe plusieurs types de pré -enquêtes qui sont généralement combinées sous forme d'étapes successives dans la même pré- enquête (O.Aktouf, 1987, p.102)

En ce qui concerne notre pré-enquête, elle a été faite en mois de mars 2022, là où on a commencé par rechercher un échantillon représentatif pour notre étude, et c'était difficile à trouver des cas victimes d'agressions sexuelles, alors nous avons essayé de trouver ces cas dans différents centres et hôpitaux au niveau des deux wilayas Alger, Bejaïa. Au niveau d'Alger, on a visité pleins de centres des personnes en détresse, "Dar El Hassana, Reghaïa", et les deux centres de prises en charges des personnes sans abri à "Bekakna" et à "Dely Brahim" puisque on était à la période où les services concernés ont lancé des affluences des personnes SDF (Sans Domicile Fixe) pour les héberger temporairement dans ces centres d'accueil. Mais on n'a pas trouvé des femmes victimes des agressions sexuelles, alors on a vu aussi le centre de Bab El Oued de protection de l'enfance, et le CHU Mustapha Bacha au niveau du service de la médecine légale, mais sans trouver aucune jeune femme victime puisqu'elles viennent généralement la nuit avec la police et qu'elles ne reviennent jamais pour les consultations psychologiques.

Au niveau de Bejaïa, on a commencé notre pré-enquête par l'hôpital Frantz Fanon où on s'est renseigné au niveau du service de la médecine légale, mais d'après la psychologue du service les cas se font rares et on les voit que le jour de l'événement, la nuit et plus jamais elles reviennent. Puis on nous a orienté vers une psychologue praticienne privée à Targa ouzemmour -Bejaïa-, donc nous nous sommes déplacées au cabinet de cette psychologue Mme. Hani.F qui nous a bien accueilli, et nous a vraiment aidé vu qu'elle a déjà pris en charge des jeunes femmes victimes d'agressions sexuelles, et elle nous a raconté sur deux cas, mais malheureusement on n'a pas pu les voir car elles ont changé de domicile.

Puis nous nous sommes déplacées à l'hôpital Akloul Ali d'Akbou, où ils nous ont accepté à faire le stage dans le secteur médecine femme, ce dernier a été une grande chance pour rencontrer enfin des patientes victimes d'agression sexuelle. Grâce à l'aide et le soutien de la psychologue clinicienne SAADI Ghania, on a pu recueillir des connaissances et des informations pour enrichir notre thème. D'abord, on a commencé par expliquer aux victimes la nature de notre recherche, le déroulement de celle-ci. On leur a aussi expliqué qu'il s'agit d'un entretien semi-directif suivi par un guide d'entretien et qu'aucune information personnelle ne sera dévoilée, tout se passera dans l'anonymat total, que le but sera purement scientifique.

La pré-enquête nous a aussi permis d'apporter des changements à notre problématique, revoir nos hypothèses de recherche : on a effectué quelques ajouts et suppressions.

3- La démarche de recherche

3-1- La démarche clinique

C'est une démarche qui vise à envisager la conduite dans sa perspective propre, relever aussi fidèlement que possible les manières d'être et de réagir d'un être et de réagir d'un être humain concret et complet pris dans une situation, cherche à en établir le sens, la structure et la genèse, déceler les conflits qui la motive et les démarchent qui tentent à résoudre ces conflits (Capdeville V. 2004, p 10).

3-2- la méthode descriptive

Elle consiste à observer et à décrire le comportement d'un sujet sans l'influencer d'aucune façon. Les résultats d'une recherche descriptive ne peuvent en aucun cas être utilisés comme réponse définitive ou pour infirmer une hypothèse. On a choisi la méthode descriptive pour décrire les données qui concernent les événements et la situation passée et présente des victimes, nous nous sommes focalisés sur la description pour comprendre et décrire leur

fonctionnement mental et comportemental, l'objectif principale c'est d'avoir plus d'informations sur notre thème de recherche qui est le traumatisme psychique.

3-3- Etude de cas

L'étude de cas fait partie de la méthode descriptive, elle consiste à une observation approfondie de l'individu ou d'un groupe d'individus. Par l'étude de cas le clinicien tente de décrire le plus précisément possible le problème actuel d'un sujet en tenant compte de ses différentes circonstances actuelles et celles du passé (histoire du sujet, organisation de la personnalité, relation avec autrui etc.). Pour cela il rassemble un grand nombre de données issues des entretiens avec le sujet, afin de comprendre au mieux le sujet de manière globale en référence à lui-même, à son histoire et à son contexte de vie (Chahraoui K. et Benony H. 2003, p 129).

L'étude de cas « comme méthode de recherche est appropriée pour la description, l'explication, la prédiction et le contrôle de processus inhérents à divers phénomènes, individuels ou collectifs » (Thomas, 2011 ; Woodside et Wilson, 2003)

On a étudié le cas de chaque jeune fille, on a commencé par présenter la patiente en donnant son âge sa situation familiale et sociale puis on lui a posé des questions sur l'évènement (quand es que c'était passer, ou...etc.) puis à la fin pour savoir comment se voit elle a présent et en avenir.

4- Présentation du lieu de recherche

Notre recherche a été effectuée dans différentes régions de la Kabylie (Bejaïa, Akbou) A Bejaïa c'était au niveau d'une clinique médicale spécialisée en psychologie chez Mme HANI Fouzia, qui se situe à la résidence Aouchiche, Forum de l'université route de Boukhiam. A Akbou la recherche a été déroulée au niveau de l'hôpital AKLOUL Ali plus précisément dans le service de la médecine femme.

5- Le groupe d'étude et ses caractéristiques

5-1- Les caractéristiques de groupe d'étude

Vu la délicatesse de notre sujet portant sur le traumatisme psychique chez les jeunes filles ayant subi des agressions sexuelles, qui est un sujet tabou dans notre société, on a pu regrouper que 06 cas, qui ont accepté de collaborer avec nous au sein de la clinique médicale spécialisée en psychologie clinique à Bejaïa et de l'hôpital d'AKLOUL Ali à Akbou.

Le choix de ces cas s'est effectué à partir des observations et des informations recueillies à l'aide des psychologues dans notre recherche, on a gardé l'anonymat afin de sauvegarder la confidentialité en changeant leurs prénoms selon la déontologie de la recherche en psychologie clinique, en tenant compte le critère suivant :

5-2- Les caractéristiques d'homogénéité

- Des filles qui ont subie des agressions sexuelles
- La variable sexe (féminin) est prise en considération.
- Tous les cas sont à l'âge adulte entre 17 à 28 ans.

Tableau 3 :

Les caractéristiques de la population d'étude :

Pseudonyme des cas	Age	Niveau d'instruction	Début de l'agression
Sarah	27	Universitaire	Après un an de relation
Naima	18	Lycéenne	Le 20/01/2019
Lynda	25	Moyen	Quand elle avait 17ans
Célia	16	Lycéenne	Juste après la mort de sa mère
Fatiha	20	Licencié	Après deux ans de relation
Souad	24	Universitaire	A l'âge de 16ans

6- Les techniques et l'outil de recherche

6-1- Les techniques de recherche

Toute méthode, pour s'exercer, fait appel à un ensemble de « techniques » : Une technique est une méthode ou un ensemble de méthodes, notamment dans les métiers manuels (menuiserie, art de la forge, etc.), où elle est souvent associée à un savoir-faire professionnel. Nous on a utilisé l'entretien clinique.

6-1-1- L'entretien clinique

L'entretien est l'outil le plus approprié qui nous a aidé à trouver les meilleures réponses à nos questions de recherche à analyser de la manière la plus pertinente nos hypothèses et pour collecter des données sur les sujets

L'entretien clinique est la technique principal sur laquelle s'appui les psychologues, qu'il soit visé thérapeutique ou d'évaluation ou encore dans un but de recherche, l'entretien se

fonde sur la parole, cette dernière offert au patient met le clinicien en position de voir, écouté ce que le patient à dire. L'objectif principal de l'entretien clinique est d'appréhendé et comprendre le fonctionnement psychologique d'un sujet on se centrant sur son vécu et on mettant l'accent sur la relation. Il constitue l'un des meilleurs moyens pour accéder aux représentations subjectives. (KH.CHAHRAOUI ET H. BENONY, 2003, p.141).selon la qualité de notre recherche, l'entretien semi directif s'impose.

Il existe plusieurs types de l'entretien : l'entretien directif, l'entretien non directif, l'entretien semi-directif. Nous avons opté pour l'entretien semi directif.

6-1-2- L'entretien semi directif

Ce type d'entretien est approprié lorsque l'on souhaite approfondir un domaine spécifique et circonscrit, explorer des hypothèses sans qu'elles soient toutes définitives, et inviter l'enquêté à s'exprimer librement dans un cadre défini par l'enquêteur. La part de directivité de l'enquêteur est moins forte que dans l'entretien directif, mais elle est plus présente que dans l'entretien libre. Ce type d'entretien a duré en moyenne entre 30 minutes et deux heures. (Sauvayme, 2013, p.09).

Dans notre recherche on a opté pour l'entretien semi directif, ce type d'entretien de recherche qui se distingue des autres modèles d'entretiens cliniques (psychothérapeutique, de diagnostic,...), vise à collecter des informations selon les finalités de la recherche qu'on mène : les questions évoquées par le chercheur seront marquées par ses présupposées méthodologiques et théoriques en relation avec l'objet de sa recherche (Arbisio, 2001) Le chercheur se sert d'un guide d'entretien pré structuré (en fonction de ses hypothèses de recherche). Il invite donc le sujet à produire un discours aussi riche que possible à propos du thème évoqué. Il n'hésitera pas à intervenir pour faire préciser l'énoncé ou pour reprendre un point de vue évoqué par le sujet (réitération).

6-2- l'outil de recherche

6-2-1- Guide d'entretien

Le guide d'entretien est défini comme étant un « ensemble organisé de fonctions, d'opération et d'indicateurs qui structure l'activité d'écoute et d'intervention de l'interview. Dans ce guide, le chercheur formule et prépare la consigne à l'avance, celle-ci sera nécessairement identique pour tous les sujets, elle est généralement soigneusement préparée et le chercheur veille à ce que la formulation ne soit pas inductive. » (CHAHRAOUI et BENONY, 2003, p.144).

Le guide d'entretien comprend aussi les axes thématique à traiter, le clinicien chercheur prépare quelques questions à l'avance toutes fois celle-ci ne sont pas posé d'une manière directe, il 's'agit d'avantage de thème à aborder que le chercheur connait bien. (H.BENONY ET KH. CHAHRAOUI, 1999, p69)

a) Les données personnelles :

1. âge ?
2. niveau d'étude ?
3. profession ?
4. situation matrimoniale ?
5. nombre de fratrie ?
6. position dans la fratrie ?
7. Quelle est la profession de votre père ?
8. Quelle est la profession de votre mère ?
9. Qui vous a recommandé à la psychologue ?

b) guide d'axe de l'entretien :

1^{er} axe : déroulement de l'événement :

1. Parlez-nous de l'événement
2. Qu'avez-vous ressenti pendant l'évènement

2^{ème} axe : l'état de santé :

1. comment était votre santé avant l'évènement ?
2. comment était votre santé après l'évènement ?
3. comment elle est votre santé actuelle ?

3^{ème} axe : la relation familiale :

1. parlez-nous de votre relation avec les membres de votre famille.
2. Quelle est la personne la plus proche de vous ?
3. Quelle est la personne avec laquelle vous ne vous entendez pas

4^{ème} axe : la vie onirique :

1. comment se passe votre sommeil ?
2. est-ce que vous rêvez ?, de quoi vous rêvez ?

3. est-ce que vous voyez des cauchemars ?

5^{ème} axe : le devenir psychique :

1. quelles étaient vos sentiments après l'évènement ?
2. comment vous avez imaginé votre vie après l'évènement ?
3. est-ce que vous avez entamé une relation amoureuse ?
4. comment vous vous voyez maintenant ?
5. êtes-vous satisfaites de vous-même ?

6^{ème} axe : projet d'avenir :

1. comment voyez-vous l'avenir ?
2. quels sont vos projets ?
3. quels sont vos souhaits ?
4. pensez-vous au mariage ?
5. y va-t-il quelqu'un qui vous soutient dans vos projets ?
6. Est-ce que la psychologie vous a aidé ?

7- Les difficultés rencontrées au cours de la recherche :

Nous avons rencontrées plusieurs difficultés dès le début qu'on résume en quelques points :

- La difficulté d'aborder le thème lui-même qui considéré comme sujet tabou dans notre société
- Le manque de cas même au sein des services concernés ce qui a un moment donné nous a poussés au doute perdu entre poursuivre ou renoncé à notre thème
- La difficulté de faire un entretiens avec les jeunes filles surtout en abordant l'évènement traumatisant et ses conséquences sur elles ; par manque de confiance en vers nous qui sommes des étrangères pour elles et aussi la peur de divulguer se secret si lourd à porter pour elles.
- La sensibilité du thème et la cruauté des crimes commis à l'encontre de ses jeunes filles à fleur d'âge ; nous sa affecter personnellement étant donné que, nous même nous sommes des jeunes filles de la même génération que nos cas.

8- Conclusion

La partie méthodologique nous a orienté pour faire un travail bien organiser et riche, elle nous a permis de mener d'une manière plus efficace notre étude elle nous a guidé à relier notre partie pratique a la partie théorique.

Chapitre V :
Présentation et
analyses des résultats
et discussions des
hypothèses

1- présentation et analyse de l'entretien

Introduction :

Dans ce chapitre nous allons présenter les données et analyses des entretiens effectuées avec les jeunes filles ainsi que la psychologue chez qui nous avons pu rencontrer nos cas :

2- Présentation et analyses du premier cas Sarah :

2-1-Présentation du cas :

Sarah, 27 ans jeune étudiante célibataire, est la deuxième fille d'une fratrie composée d'une sœur et un frère, leurs situation familiale est pas bonne, ça mère est une femme au foyer, son père est un schizophrène paranoïaque non suivie.

2-2- Analyse du contenu du premier cas :

Sarah est venue directement voir la psychologue juste après l'événement, car elle n'a nulle part où aller, personne pour lui raconter ni à lui faire confiance, donc elle a choisi voir la psychologue.

2-3-Le déroulement de l'événement :

Sarah victime d'un viol à l'âge de 27 ans, l'auteur de cet acte est son petit ami. Est c'était passé après un an de la relation. Au début elle est arrivée, en pleure, effrayé, choquée, on lui a demandé de se calmer et de prendre un souffle, on lui a donné de l'eau, après qu'elle s'est calmé on lui a demandé de nous raconter ce qui s'est passé en lui promettant que ça sera vraiment anonyme et nous sommes là pour l'écouter ce qui va l'aider à extérioriser ces souffrances et la soulager, juste après elle a commencé à nous raconter :

« Je n'aurais pas du asséslagh nagh adrohegh athezregh g l bureau, c'est mon pire regret »

« Je n'aurais pas dû l'écouter ni y aller le voir dans son bureau, c'est mon pire regret »

Sarah décrit la scène de son viol en détail.

« L'histoire a commencer g lycée ligh en couple d yiwen 2 ans au final decouvrihid ikhed3iyi temdakolitiw, après golegh jamais adamnagh aqchich , mon seul but c'est de sortir g thmourth agi, puis g wighd l bac kechmogh er la fac qimegh célibataire almi d 2eme année snegh yiwen bien après noghal en couple j'étais grave heureuse , mais un jour j'ai découvert comme quoi temchavahegh er l'ex is thle3biyi chwiya fl moral mais tough direct vu qu'il ma rien fait de mal il étais dargaz yidi ihemliyi »

« L'histoire à commencer au lycée. J'étais en couple avec quelqu'un pendant 2ans. Au final j'ai découvert qu'il me trahi avec ma copine, après j'ai décidé de plus croire au mec. Mon seul

but c'est de sortir de ce pays, puis j'ai eu mon bac j'ai réjoui la fac, j'ai resté toujours célibataire jusqu'à ma 2^{ème} année. J'ai rencontré quelqu'un de bien après on s'est mis en couple j'étais grave heureuse, mais un jour j'ai découvert comme quoi je ressemble beaucoup à son ex, sa ma dégouter mais j'ai passé à autre chose vu qu'il m'a rien fait de mal, il était un homme avec moi et il m'aime ».

On comprend tout de suite que Sarah était jeune et naïve et lui faisais une confiance aveugle. Elle continue et nous dis :

«G la période inela en couple ntefagh nethewis net3ichi la vie de couple, mais adiqim kan ayidyini ilaq un jour ad3edidh er le bureau atissinedh ou j travail aneqim anqesser chwiya, au début oqvilegh ara, puis khememegh nighas normal c'est mon homme je lui fais confiance dessidighd adrohegh ».

« Pendant la période où ont été en couple, on sort ce balader on vivait la vie d'un couple, mais à chaque fois il me dit que je dois partir le voir dans son bureau pour connaitre le lieu de son travail et pour discuter un peut, au début j'ai refusé puis j'ai pensé je me suis dit que normal, c'est mon homme je lui fais confiance et j'ai décidé de y aller ».

Elle a arrêté de parler un moment puis elle a continué :

« Rohagh er le bureau d'association anda igkhedem gdegh qimagh yela bien itadhssa, puis ighlaq thagourth ikomassi isodonyid qarghas arrête quelqu'un vas nous voir inayid non t'inquiète pas , puis itkemil itmassayid akith, tweekhireghth ossezmirghara 3egdegh kan iwthiyi siserfiq ghligh daya ichfigh imi dekreggh ofighd ikhdem choghli inayid thura zemredh atrohedh wigh ayen vghigh , neki g le moment ni ozrighara ma d la réalité nagh targith kregghd idarniw targigin fghaghd direct rohaghd er dagi ghorwen pour vous raconter car lokan adehkough i lahed jamais ayamen , oyominghara bli wina inwigh c'est mon homme il a pu me faire ça »

« Je suis allé dans son bureau d'association ou il travail. A mon arrivée, il m'a fait assoir, il était bien, il rigoler, puis il a fermé la porte et il a commencé de m'embrasser, je lui demandé d'arrêter quelqu'un vas nous voir, mais il ne voulait pas et il continue ... il me touche de partout, je le pousser je n'y arriver pas il est plus fort que moi, j'ai hurlé il ma direct frapper, j'ai perdue conscience, c'est tout ce que je me souviens.

Quand j'ai pris conscience ...j'ai vu qu'il a eu ce qu'il voulait, il m'a dit que maintenant tu peux y aller j'ai eu ce que je voulais, moi en ce moment je sais pas es que c'est de la réalité ou bien c'est un rêve, je me suis lever mes jambes je ne les sente plus ,j'ai sorti directement vous voir pour vous raconter car si je raconte a quelqu'un d'autre personne vas me croire... je n'arrive pas à croire que celui que je considérer comme mon homme a pu me faire ça ».

Sarah était sous un grand choc émotionnelle et en plein déni total elle n'arrivait pas à accepter le fait qu'elle a été violée par l'homme qu'elle considérait l'homme de sa vie.

Le choc psychologique également appelé choc émotionnel, résulte d'un événement traumatisant qui submerge la faculté qui possède un individu à faire face aux émotions qu'il ressent lorsque celui-ci survient (Hans se lye, 1954, 22-5).

Elle n'arrête pas de pleurer, c'était un moment difficile pour elle comme pour nous autant que jeunes filles.

« *Amek zemregh thura adamnegh argaz une autre fois ? amek zemregh adgnegh nagh adkemlegh donithiw normal ?* ».

« *Comment puis-je maintenant croire un à homme une autre fois ? comment je pourrais continuer ma vie normal ?* »

On lui a demandé comment était sa santé avant l'événement elle a répondu :

« *S3igh bezzaf lmachakil gokham, mais teprofitigh tefghagh avec mes copines, à la résidence, à la base je suis une bonne vivante malgré lmachakil agi akith... mais thura othossogh s kra, comme si donithiw dagi itehves, amek zemregh ad depassigh tout ça ?* »

« *J'ai beaucoup de problème à la maison, mais je profite de sortir avec mes copines, à la résidence, à la base je suis une bonne vivante, malgré tous ses problèmes...mais maintenant je ressens rien, comme si ma vie s'est arrêté, comment puis-je dépasser tout ça ?* ».

(Born, et al. 1996, p.142) écrit « Dans des situations de viol, la faille narcissique s'élargit et la blessure symbolique détériore l'image de soi de la victime. Cette distorsion de l'image corporelle produit par ailleurs, des sentiments de persécution.

On lui demande de nous parler sur sa relation avec les membres de sa famille :

« *Atachigh mlith er yema, vava c'est un malade mental oytwa3achar ara, ikathiyid des fois, ikath yema wetma, des fois on le voit même pas, donc neki kan d mes frères nethadar yema, la relation nagh ak bien sauf avec vava* ».

« *Je suis plus attaché à ma mère que mon père car c'est un malade mental... insupportable, il me frappe, il frappe aussi ma mère, ma sœur, des fois on le voit même pas, donc moi et mes frères on prend soin de ma mère, notre relation est bonne sauf avec mon père* ».

On lui demande comment se voyait-elle dans l'avenir, elle répond :

« *Ozrighara wellah je suis perdue, zereghd imaniw osswigh kra* ».

« *Je ne sais pas je vous jure, je suis perdue, je me vois sans valeur* ».

Les signes du désespoir apparaissent sur son visage la seule chose qu'elle désire c'est de retrouver la paix et réussir ses études et avoir son diplôme et par rapport à se remettre en couple ou ce marié elle n'y pense pas du tout actuellement. Elle dit :

« *Jamais zemregh adamnagh argaz, nagh athhemlegh* ».

« *Je ne pourrais jamais faire confiance aux hommes, ni aimer une autre fois* ».

2-4 Synthèse du cas :

En se référant aux résultats obtenus lors de l'entretien on constate que Sarah souffre d'un traumatisme psychique intense, accompagné de : sentiment de peur intense, d'un choc, d'horreur et d'impuissance.

3- Présentation et analyse du deuxième cas Naima :

3-1- Présentation du cas :

Naima jeune fille étudiante âgée de 18 ans, célibataire la première d'une fratrie composée de 2 garçons, son père travail dans une usine à Akbou, ça mère est une enseignante au primaire. Naima avait une relation forte avec sa famille, elle est une bonne vivante jusqu'à ce que le crime est arrivée.

3-2 -Analyse du contenu du deuxième cas :

Naima était bien à l'aise avec nous on a gagné sa confiance, elle a accepté de nous raconter ce qui lui est arrivé et de répondre à nos questions vu que la psychologue lui a fait comprendre que on est des étudiantes et on travaille sur les agressions sexuelles.

3-3- Le déroulement de l'événement :

Naima est victime d'agression à l'âge de 18ans. L'auteur de ce crime s'est un inconnu qui est entré chez eux le 20/01/2019, lorsque ses parents ont sortis, il la cambriolé et violé sous les menaces, une fois le viol est fini. Naima n'arrêtais pas de pleurer et de le supplier pour qu'il la laisse, puis il a menacé de faire du mal à sa famille si elle parle, elle avait peur pour sa famille, elle s'est pas comment faire. Puis elle a directement allé voir la psychologue à l'hôpital pour l'aider, et elle nous a trouvé là-bas et la psychologue lui a fait comprendre qu'on est en stage pour notre mémoire de fin de cycle et notre thème ça lui concerne, et elle était d'accord de raconter devant nous, et là elle commence à raconter sur l'événement :

« *Un soir akham nagh rohen er thmeghra, wlach hed ala neki qimegh ... ligh g la chambre tferijegh l film, puis slighd i lhes g vera nwich davehri kemlegh l film iw, après slighd i hed italid skalli, kreghd g chetidhen pour voir ma dessah nagh tkhayalaghd, et la ofighd argaz anchthilith en face iw ighoum ak odmis lmous g fossis, chokigh rewlagh er thekhamt seyagh ad ghelqagh thagourth ozmirghara ijebdit ghores, seyagh grave atghelqagh j pouvais pas ighelviyi... »*

« Un soir, mes parents et frères sont allés à une fête. Y'avait personne sauf moi, j'étais en train de regarder un film, puis j'ai entendu un bruit je me suis dit que c'était le vent, et j'ai continué mon film, puis j'ai entendu quelqu'un qui monte les escaliers, je me suis levé pour voir ce que c'est vrai ou bien je me suis fait juste des histoires. Et je me suis trouvé face à un homme géant visage caché avec un couteau à la main, j'étais choquée, j'ai couru vers ma chambre j'ai essayé de la fermer je ne pouvais pas car il pousse aussi, j'ai même essayé, je n'ai pas pu il était plus fort que moi... »

Ici Naima à arrêter de parler à un moment on lui a demandé de prendre son souffle et de se calmer, et qu'on est là pour l'écouter et l'aider à dépasser tout ça, puis elle continue :

«Idemred thagourth 3egdagh itfiyi aqemochiw idegriyi fometreh, thelileghth ayissereh, iqariyid bela3 nagh akmenghagh, idmed mon chale yela i3eleq fokorssi ichodiyi aqemochiw syes,et ikomassi itekssiyyi leqchiw chwiya chwiya , neki tseyigh adrewlagh mais impossible, lui il m'a frappé, neki tetrough , wellah menaghd lmouth aythawi le moment ni, ghelqagh alniw aken ozeregh ara dechou igkhedem, hossegh i corps iw ijmed, hossegh ifassnis kan imi iditmassa igssar hachakoum, puis ser3egh daya ichfigh, imi idekreggh zrighthid itloussou aserwalis et idamen feli et soufella n les dras iw , idewred ghorri inayid lokan adahkoudh i hed nagh adeldigh aqemochim s kra jamais atoqledh atwalidh akham nwen loum ghir immanim, puis irouh , neki ozmiregh ara même pas advedagh , mais ogadegh adikhdem ayen idina, kreggh rapide dewchagh tmaginighd ses salles mains f l corps iw dacouchemard wellah , wdend okham negh arigh imaniw amaken ogedri kra, ozrighara amek idkhemegh l courage welah, mais obligé ogadagh, toute la nuit oginegh ara jamais adirouh l moment gar walniw c'était l'enfer, kofreggh kan qimagh, je ne pouvais pas raconter à personne, d la boule kan theqim gouliw , puis dessididighd adrohgh ar dagi pour que ayth3iwnem ».

« Il a poussé la porte j'ai hurlé, il m'a fermé la bouche avec ses mains et il m'a poussé sur le lit, je le supplie de me lâcher, il me disait tait toi sinon je te tue, il a pris mon châle posé sur la chaise et il m'a fermé la bouche avec. Et il a commencé à m'enlever mes vêtements tous doucement, moi j'ai essayé de m'enfuir mais c'était impossible, lui il m'a frappé, je pleurer, je vous jure que j'ai souhaité la mort quelle vienne me porter en ce moment-là. J'ai fermé les yeux pour pas voir ce qu'il fait, je sentais mon corps glacé, j'ai senti ses mains glisser vers mon vagin, Puis je me suis évanouie c'est tout ce que je me souviens. Quand je me suis levé je l'ai vu porter son pantalon, y'avais du sang sur moi et sur mes draps, il est retourné vers moi il m'a dit si tu racontes à qui que ce soit ou bien tu ouvres ta bouche tu ne verras jamais tes parents et assume les conséquences, puis il est parti. Moi je ne pouvais même pas me tenir debout, mais j'avais peur de ce qu'il venait de dire du coup je me suis levé rapidement faire faire une

douche j'ai imaginé ses sales mains sur mon corps c'est un cauchemar je vous jure. Mes parents sont revenus et je comportais comme si de rien n'étais, je ne sais pas comment j'ai eu le courage je vous jure, mais obligé j'avais peur, toute la nuit je n'ai pas dormi en imaginant la scène, c'était l'enfer, je ne pouvais pas raconter à personne, j'avais la boule au ventre, puis j'ai décidé de venir vous raconter pour que vous puissiez m'aider ».

Le soir de l'événement, Naima était toujours sous le choc de ce que lui est arrivé elle n'a pas pu dormir pendant toute la nuit, elle ne savait pas si elle devait raconter à sa famille ou pas, par peur des menaces que cet homme lui a fait.

(Josse E., 2010, p.7) dit que : « La peur est une crainte ressentie face à une situation, présente ou à venir, perçue comme dangereuse. Après une agression sexuelle, la majorité des victimes éprouvent des peurs qu'elles ne connaissaient pas auparavant ».

La santé de Naima était bonne avant le crime elle dit :

« Ligh bien thetagh bien tefghagh thewissegh tqessiregh, leqrayaw bien oyikhos kra hmd ».
« J'étais bien, je mange bien, je sors me balader, je rigoler, mes études elles étaient bien rien me manquer dieu merci ».

On lui a demandé comment elle se voit en ce moment elle répond :

« Après le crime agi oghalagh machi d neki, oganegh ara, othetegh ara, je fais des cauchemars le corps iw kerhaghth, ozmiregh ara adwaligh odmawen nokham negh , thhoussough amaken gwichazend l3ar akham , amek zemregh ad3ichegh s l choc agi ? ».

« Après ce crime, je suis devenue une autre personne, pas celle d'avant, je ne dors pas, je ne mange pas, je fais des cauchemars, mon corps je le déteste, je ne peux pas faire face à mes parents et de les voir, je ressens comme si je l'ai est apporter une honte à la maison, comment puis-je vivre avec ce choc ? ».

Ici on voit que la relation de Naima et les membres de sa famille est bonne, elle pense à eux et elle a préféré de garder ce secret qui tue en elle que de leur dire, par peur des menaces.

On lui demande comment ce voit elle dans l'avenir elle répond :

« l but iw ak is3igh c'est que adkechmogh la fac adfakagh leqraya, adsferhagh imawlaniw, adafagh ikhedim am neki am theqchichin nidhen puis adzewjagh adkhemogh akham, mais thura aka iligh aka ozmiregh ara adeghragh, ma yela f zwaj anwa ayqevlen yiweth twavioler, jamais ak adyamen, aqlikount twalimt l'avenir iw throuh ».

« Mon seul but, c'est que j'aie à la fac et je termine mes études, pour rendre mes parents fiers, puis trouver un travail comme toutes les autres filles, puis me marier fonder une famille, mais dans mon cas qui peut être avec une fille violer, il ne va même pas croire à mon histoire, vous voyez maintenant mon avenir est perdue ».

3-4 Synthèse du cas :

En se référant aux résultats obtenus lors de l'entretien on constate que Naima souffre d'un traumatisme psychique moyen, manifesté par : le choc, la peur, les insomnies, la honte.

4- Présentation et analyses du cas Lynda

4-1- Présentation du cas :

Lynda, 25 ans est une fille unique, son niveau d'étude est de 2^{ème} année moyenne, son père est un commerçant et sa mère travaille comme une femme de ménage, leur situation familiale est moyen.

4-2- Analyse du contenu du cas :

Au début de l'entretien, Lynda était fermée, stressée et elle hésite vraiment de raconter son histoire, et on a essayé de la mettre à l'aise et d'expliquer que tout ce qu'elle nous dit reste un secret, juste après quelques minutes la demoiselle commence à parler.

4-3- Le déroulement de l'événement :

Lynda, depuis son enfance elle était très maniaque c'est pour ça, elle ne pouvait pas supporter l'école et elle a décidé d'arrêter, est-elle s'est mise en couple juste pour se marier pour elle la vie c'est le mariage et puis c'est tout, quand ses parents ont su, ils l'ont frappé et refusé totalement son idée vu qu'elle était encore jeune, c'est le rapport de déclenchement ou elle est devenue pire qu'avant, elle s'est enfuie vers Oran et là où l'histoire commence :

« *Rewlagh ar Oran akhater vghigh la liberté* »

« *J'ai fui à Oran parce que je voulais la liberté* »

« *Ruhagh nwich ade3ichagh bien azigh dina itharwi lhayatiw, assen ilahqagh ozerighara anidha adaragh ossinagh ola yiwen dina, yghli telam, teqalqagh chewiya mais nighass normal, tedugh almi ilahqagh ar yiwen wekham seqarbagh g tegourth yiwen oyedyari, nighass aderuhagh ar hed imetqan adesstha3fugh, arrigh ar daw n yiweth teqantarh lekhvar almi ide3ada thejma3th garrach, walaniyid qadmenad ghor, walagh yiwen degssan yewha yenayassen nufa dachu anech ellan g thlatha nagh reb3a ochefighara qedmaned ghor nighassen ruhath jethiyi tranquille, dessantid... dina hussaghed bli yela kera nediri ayaghen , dgha gheraned feli amzoun delwhouch, sin tefaniyi sin saghrasseniyi lqachiw feksoumiw, vdhigh kan la3yadh wethaniyid ozerighara swachu, sar3agh luma3na hussaghed bli khedman*

degi ayen oyelaqen ara athekhaman, ozerighara aniwa akith iyikheaman aken, zerigh kan bli machi d yiwen kan, et zerigh kan bli dayen lejassaw machi nedaglaw aruhiw yefagh degi, ghass aken sar3agh luma3na hussaghed ilebatel ige3asan feli bla ma def3aghed af yimaniw »

« J'ai parti quand j'avais 17ans en pensant que je vais vivre bien mais c'est là-bas ou ma vie elle s'est détruite, le jour de mon arrivée, je ne savais pas où aller je ne connaissais personnes là-bas. Le soleil se couche, j'étais un petit peu stresser mais normal, j'ai marché jusqu'à arriver à une maison, j'ai frappé sur la porte, mais personne m'a répondu, je me suis dit d'aller quelque part pour me reposer, et je suis allé dormir sous un pont, vers minuit un groupe d'homme se débarque ils m'ont vue, et ils sont rapprochés vers moi, je pense ils étaient bourré, l'un d'eux m'a dit salut beauté, qu'est-ce que tu fais là ? Je lui répondu que j'ai perdu mon chemin, et il m'a dit : quelle âge a tu ? Et je lui dis 17ans, ils ont tous ri, ils étaient trois ou quatre je me souviens pas, un autre a dit : on a de quoi se nourrir ce soir et je leur dis quoi ? Vous dit quoi ? Et ils m'ont attaqué comme des monstres, deux m'ont bloqué les mains du coup j'ai commencé à créer, et ils m'ont frappé jusqu'à ce que je m'évanouisse, après quelques minutes j'ai senti que un mal m'arrive et que ça va pas finir bien, j'ai senti une forte pression dans par tout dans mon corps, mais mon esprit s'est détacher. »

Après elle a commencé à pleurer car je lui demander comment était sa santé avant l'évènement et après ? Elle m'a répondu :

« Avant j'étais heureuse et je voulais vivre ma vie et ma liberté, mais après c'est tout le contraire, comme si je suis sale »

« oqval ligh farhagh et vghigh ade3ichagh lhayatiw et liberté, mais machi danchthani ak, amaken fuhagh »

Lynda, malheureusement elle n'avait personne pour la soutenir car après son départ de la maison, la relation qu'elle avait avec ses parents est détruite à jamais.

On lui a demandé de nous raconter son état actuel et ses projets à l'avenir.

« Pour mon état de santé, ce n'ai pas ouf... je ne dormis pas bien depuis l'évènement, à peine 2 à 3 heures la nuit, et je faisais beaucoup de rêves très bizarres, et surtout des cauchemars du crime, comme si ce passe à nouveau, les mêmes sentiments ; la peur, le choque, le dégoût...

« Par rapport à mes projets, sincèrement je me vois pas avec un avenir brillant une moitié de moi est morte, depuis je travailler que dans des bars (je ne pouvais pas travailler ailleurs vu mon histoire), et pour eux je suis un objet, parfois serveuse, autre fois danseuse et d'autres un jouet dans le lit. »

«essaha inu chuiya kan...oganagh ara bien gassen iyededhra thalouf ni, ya rebi 2 er 3 swaya3 degidh, targough atass thirga bizarres, kedmagh mlih vuvarak n la crime, amaken thedharuyid, d lihssass ni, delkhof, lekhal3a, le3ouf...

Ma d les projets, essah kan otewalighara imaniw s l'avenir l3ali enavss degi yemouth, gassen khedmagh ala g les bars (ozemiraghara adekhamagh aneda nidhen fel jala n taqssit inu), ar ghorssen widha nek amaken del haja, thikwal tassirveurth, thikwal nidhen tachetahth nagh dela3ba gusso »

Lynda s'est arrêtée de parler. Quelques minutes après elle nous a dit qu'elle va se changer, et qu'elle va réussir à faire face et que rien ne mérite dans la vie plus que sa santé et son bien être malgré ce qu'elle a vécu.

4-4- Synthèse du cas :

Par rapport à les résultats obtenus lors de l'entretien, on a constaté que Lynda développe un traumatisme psychique et certains troubles qui sont issu de son malheureux vécu ; troubles de sommeils, anxiété... mais elle voulait dépasser tout ça et retrouver une vie normal.

5- Présentation et analyses du cas Célia

5-1- Présentation du cas :

Célia une très jeune fille de 16ans, innocente, est une élève au lycée, son père il n'a pas de travaille fixe et sa mère est morte très récemment, elle a deux petit frères. Elle est d'une famille très pauvre.

5-2- Analyse du contenu du cas :

La jeune Célia refusait de nous parler au début de l'entretien, elle n'était pas bien du tout car elle a fait une « TS » tentative de suicide, après plusieurs séances ou on a gagné sa confiance, et elle a senti le besoin de ce lâcher, enfin la jeune a accepté de nous raconter.

5-3- Le déroulement de l'événement :

Le mot que Célia sorti de sa bouche c'est : « *je déteste mon papa* » « *karhagh vava* », la jeune fille parler en pleurant. Dupuis la mort de sa maman à cause de l'accident de voiture ou toute la famille était, Célia c'est la seule qui a vu sa maman pendant qu'elle mourait, après l'évènement Célia ne pouvait pas dormir toute seule, donc elle dort avec son papa, qui est comme elle nous a expliqué un alcoolique.

« kul degid yethanichiyid ghores, yetfouhod dechrab yetssalifiyid akith ghorid d vava delahmala iyihamel delahnana iyeditak, thikwal itelhaqiyid g imetqan oyelaqen ara yeqariyid semhiyi ayeli machi met3amed, thikwal yeqariyid thegided imanin am yemam »

« Chaque soir il me prend dans ses bras, il sent de l'alcool, il me caresse de par tout pour moi c'est mon papa il m'aime et il me donne de la tendresse, des fois il touche mes parties intimes et il me disait pardon ce n'était pas expert, autre fois il me disait que j'ai des formes comme ma mère »

Célia s'arrête un moment et soudain elle s'est mise à crier.

Pourquoi lui, je suis sa petite fille, son bébé

On lui a demandé, si elle ne pouvait pas continuer de parler c'est normal, mais elle ne voulait pas, elle voulait finir son histoire.

« Yiwen yidh yenajma3ed arkhis ni yesskar grave, fekighassed adeyach, yez3af, idegar kulach ar lqa3a, ruhagh ar thekhamtiw adhetssagh ya3nayid, yewthiyi yenad amek aka atetssad dagi imanin, a3ni thess3id amedakel assethadred nagh thevdhid thetimghored ?, nighass osse3ighara meme pas telephone amek adehadragh, yenad safi thevghid aregaz, athemathniw imechtah ruhan ar amti, qimaghed imanin yides, yevdha yekathiyi amaken yela kera ikhemagh, yughal yahves ihanchiyid yeqariyid semhiyi, yejayi almi itessagh ya3nayid hussaghed ifassnis tetouchiniyid, nighass wekhar yetkamil almi igegad dagessar yegriyid afussiss nagh dadhadiss owalaghara dachuth 3agdhagh nighass a vava a vava deyalik nek sikhfik jiyi, hussaghed akessomiw yezghev, amaken l3aqliw welachith imaren yeruh yejayi aken, feghaned waman degi ofehimaghara dachithen, oghalagh qaraghass d vava, nagh d wayed, desshah d neta i yedyess3an. Hussaghed iyiwel nelkhof jamais issehoussagh avant, chokigh, nahchamagh grave. Azeka ni sevh yefagh, nek otissagh ara tol n yid tekhamimagh ala af el mouth, ghaf waya demaghed lilam gezmagh ifassniw nighass dachu akhemagh gedounith ki3ad osse3igh yiwel. Imir kan mahssouv thelahqed 3amti, thofayid aken nek ozerighara almi idufigh imanin dhagi. »

« Un soir le bâtard est rentré, il était grave bourré, je lui ai donné à manger, il s'est énervé et jeter tout par terre, j'ai parti à ma chambre pour dormir, il m'a suivi et il m'a dit comment ça tu dors ici tout seule, as-tu un copain ou tu es devenue grande ? Je lui ai dit je n'avais même pas de portable, comment puis-je parler ! Il m'a dit donc tu veux en avoir, mes frères ils sont parti avec ma tante, donc j'ai resté toute seule avec lui.

« Il a commencé à me frapper, après il s'est arrêté. Il m'a fait un câlin en s'excusant, quand je dormais, il est revenu vers moi, j'ai senti ses mains sur moi je lui ai demandé de me laisser, mais cela continue jusqu'à ce qu'il atteigne mon vagin, il a mis sa main ou son doigt à

l'intérieure je ne sais pas c'était quoi, j'ai hurlé papa, papa je suis ta fille s'il te plait, j'ai senti mon corps frissonner, et mon esprit s'est détacher, et il est parti, y'avais de l'eau qui sorti je n'ai pas compris ce que c'était. Je me demandais est-ce que c'était vraiment mon père ou quelqu'un d'autre ? C'est lui qui m'a élevé ? J'ai ressenti une peur que je n'avais jamais ressentie auparavant, j'étais choquée, j'avais la honte. Le lendemain matin il est sorti comme si de rien était, moi qui n'ai pas dormi la nuit, j'ai pensé que à la mort, c'est pour ça j'ai pris la lame et coupé mes artères je me suis dit qu'est-ce que je vais faire dans cette vie toute seule, j'ai perdu conscience, y'avais ma tante qui est venu et je me suis retrouver ici »

Lynda elle était courageuse de parler de son père donc elle voulait répondre à tous nos questions, on lui a demandé quelle nous parle de ses sentiments et sa santé et même de ses projets à l'avenir.

« lehaja thamenzouth iveghigh adinigh nedmagh mi ikhemagh aka ile3amriw, akhater walaghd lmouth, essahaw thora chewiya kan, the3adad feli la gynécologue thenayid bli s3igh icharig. Oqeval anechtha ligh taqchichth tamechtuhth, tazedgant, yessmasskhiyi vava. Safi semana yagi iligh dagi targugh hacha yer thirga et vava yezga yela degssant, karhagheth vghighth adeyamth lukan kan d neta igemouthan wala yema. Ohekich olama iyiwen achu iyidhran, ozemiraghara mais ma adefghagh adaragh ar khalti ade3ichagh ghores, vghigh adimghoregh am thizyaw adaghragh, assedaragh etar i vava atewaligh yetssofri gedonithis, ma3ach adeyaqel aghiwali nek d watmathniw »

« La première des choses que je voulais dire c'est que j'ai regretté mon acte, car j'ai senti la mort est c'est horrible, ma santé actuelle elle n'est pas bien, la gynécologue est passé me voir et elle m'a dit que j'avais une déchirure. Avant tout ça j'étais une petite fille, propre, mon père était la raison de ma saleté. Je suis ici depuis une semaine et je faisais que des cauchemars la nuit et dès fois même la journée je voyais mon père par tout, je le déteste, je voulais qu'il meurt, je souhaitais qu'il soit à la place de ma mère. Je n'ai parlé a personne ce qui ce passé, je ne pouvais pas, je me sens toujours en danger, j'ai grave peur et toujours aussi choquée, ce n'ai pas facile d'oublier que mon père a pu faire ça de moi. Mais quand je sortirai d'ici, j'irai avec ma tante, je veux grandir, étudier crée une nouvelle vie, et me venger de mon père, je veux le voir souffrir, je ne laisserai plus nous voir ou s'approcher de nous ».

5-4- Synthèse du cas :

En se référant aux résultats obtenus lors de l'entretien on constate que Célia souffre de l'état de stress post traumatique, manifesté par : le choc émotionnelle, la peur, la dépression et elle pensait que à la vengeance pour elle c'est le seule moyen de guérissant.

6- Présentation et analyses du premier cas Fatiha :

6-1- Présentation du cas :

Fatiha, 20 ans jeune étudiante célibataire, est la deuxième fille d'une fratrie composée de 3 filles, leurs situation familiale est assez bien, un père enseignant au collège et sa mère femme au foyer.

6-2- Analyse du contenu du premier cas :

Au début de l'entretien, Fatiha hésitait encore de nous raconter son histoire, elle insistait vraiment sur le fait de garder l'anonymat, mais nous avons pu gagner sa confiance en lui promettant que ça sera vraiment anonyme et nous sommes là pour l'écouter ce qui va l'aider à extérioriser ces souffrances et la soulager, juste après elle a commencé à nous parler et être coopérative.

6-3- Le déroulement de l'événement :

Fatiha victime d'un viol à l'âge de 16 ans, l'auteur de cet acte est son petit ami.

Au début elle se demandait sur le genre de questions que nous allions lui poser. « *Dachou les questions aytpozimt* »

« *Quelles sont les questions que vous allez me poser ?* » Et elle raconte :

« *Je suis vraiment blessée qlegh tagadegh irgazen ikel* »

« *Je suis vraiment blessée, j'ai peur de tous les hommes* »

De ce fait on remarque que Fatiha présente un sentiment de peur Fatiha décrit la scène de son viol en détail même après 4 ans de la tragédie. « L'histoire a commencé quand j'avais 16 ans », Fatiha avait 16 ans quand elle sortait avec un jeune de 24 ans depuis deux ans.

« *C'est mon premier amour, houbeghth mlih, hekoughas lesrariw ikel, lligh dides sérieuse* ».

« *C'est mon premier amour, je l'ai trop aimé, je lui racontais tous mes secrets, j'étais sérieuse avec lui* ».

On comprend tout de suite que Fatiha était jeune et naïve et lui faisait une confiance aveugle. Elle continue et nous dit :

« *Nes3a ensemble 2 ans, nteffegh dans des rendez-vous, nkhedem l'amour souffel souffel kan* ».

« *On avait 2 ans ensemble, on sortait dans des rendez-vous, on a l'habitude de flirtais* ».

Un jour les parents de Fatiha sont allés en voyage hors wilaya, sa grande se trouvait à la fac et la petite à la crèche donc Fatiha était seule chez elle.

« *la journée ni anda ligh imaniw g kham nighas iwmdakliw , apres inayid anemlaqa neki goumagh après oufhimghara almi idisouni g tebourth wekham negh ldights oufighth d neta*

franchement khelaagh grave après jighth g tebourth nenough inayid ilaq anfeqh assa neki gouamagh neta il insiste mlih feli après rohegh adbl3gh taborth felas ipoussitid feli s la force akmi ghligh ghel qa3a ikchmed iwthayii puis idmyiid iwyi gh la chambre irna iwthayi nekiii terough kan goumagh ad 3ytegh ougadegh l jiran isersyii gouso inayid ekkes lqchim goumagh i insiistiii bezaff almii oufigh ikkes neta qechis puis iwthayii itfyii g gfasniw almi doukhegh s khel3a ouchfigh fomadazoh chfigh ken kreghd oufigh imaniw didamen ougadegh mlih moment ni oufimghra acho yetran nettoiyiigh l hala 3oussegh ma sœur twelad hkighas koulech ouminghara belik itrayi anchta i neki».

« Le jour où j'étais seule chez moi, je l'avais dit à mon copain, puis il me dit qu'il veut qu'on se rencontre, et moi j'ai refusé. Juste après je n'ai pas compris comment il est venu sonner à la porte de notre maison, j'ai ouvert et je ai trouvé que c'est lui j'étais choquée franchement et je l'ai laissé à la porte on s'est disputé, il m'a dit qu'on doit sortir aujourd'hui, mais j'ai refusé encore une fois, mais il insistait toujours plus. Puis j'allais fermer la porte mais il l'a poussé fortement jusqu'à ce que je tombe par terre, il est entré et m'a frappé puis il m'a ramené dans une chambre il m'a giflé encore, et moi je n'arrêtais pas de pleurer et je ne voulais pas crier par peur que les voisins m'entends. Il m'a mis sur le lit et m'a dit de me déshabiller, et j'ai refusé mais il insistait il s'est énervé puis il s'est déshabiller et m'a tenu mes mains en me frappant puis je me suis évanouie de peur. Et je ne me souviens de rien juste que quand je me suis réveiller j'étais pleine de sang j'avais très peur je ne comprenais pas ce qui m'était arrivée j'ai tout nettoyé j'ai attendu ma grande sœur a son retour je lui ai tout raconté j'y croyais pas je ne pouvais pas imaginer que cela m'arrive à moi».

Fatiha était sous un grand choc émotionnelle et en plein déni total elle n'arrivait pas à accepter le fait qu'elle a été violée par l'homme qu'elle considérait l'homme de sa vie. Le choc émotionnel est consigné au titre du traumatisme psychique et fait partie des chocs reconnus.

Non pris en charge, il peut entraîner un traumatisme psychique. (Jean Benjamin Stora, 12-5) Le déni désigne un refus de reconnaître la réalité d'une perception traumatisante. C'est un mécanisme de défense totalement inconscient il constitue une protection nécessaire devant la réalité si angoissante quelle peut provoquer un effondrement psychique. (Maria Hejnar, psychologue clinicienne site web : psychologue.paris7.fr article rédigé le 14 mai 2020).

Fatiha s'arrêta de parler et se met à pleurer on ressentait et on voyait la tristesse ressortir de ses yeux c'était un moment difficile pour nous autant que jeunes filles, après un petit moment Fatiha décida enfin de reprendre.

Quand sa mère est rentrée elle lui a tout raconté vu l'état dans lequel Fatiha était sa mère ne lui absolument rien reprocher à sa fille, le lendemain matin elle l'emmène chez le gynécologue qui

après l'avoir consulté il a confirmé la présence d'un acte de viol. Depuis ce jour Fatiha n'a plus de nouvelle de son violeur, elle n'a pas pu déposer plainte contre lui car elle n'a jamais réussi à avouer à son père cette triste tragédie qui a chamboulé sa vie.

Depuis le drame Fatiha n'arrivait plus à s'endormir seule dans son lit elle dormait avec sa mère ou sa grande sœur.

« *gassen ouzzmirghara adynegh imaniw ganegh wahid ima negh oultmma* »

« Depuis de jour je ne peux plus dormir seule je dors avec ma mère ou ma sœur » Et elle trouvait le sommeil difficilement.

« *ouganghra bien le3cha tendkwaleghd bezaf* »

« *Je ne dors pas bien le soir je me réveille souvent* »

Non seulement Fatiha dormait mal mais aussi faisait des cauchemars.

« *khedmgh des cauchemars chaque le3cha amaken argaz iditasen ghorii* »

(Chahraoui kh ; 2014, p/15) a écrit : « les cauchemars de répétitions représentent la symptomatologie la plus connue. Il peut s'agir de cauchemars répétitifs de l'événement mais aussi de rêve de fuite ou d'impuissance physique qui sont toujours suivis d'un réveil en sursaut avec vécu d'angoisse et manifestations neurovégétatives. »

Après son accident Fatiha n'est plus sorti pendant une année elle a vu sa vie s'arrêter elle avait perdu espoir en l'avenir. (De Clerq. Lebigot., 2001, p.110), expliquent cet isolement comme suite : « La

victime court alors le risque d'être isolée : elle creuse une telle vive autour d'elle qu'elle peut en arriver à rejeter ceux qui lui sont chers. Dans ce cas, l'entourage lui-même peut développer une attitude de rejet et de reproche vis-à-vis de la victime ».

Après quelques années depuis le crime Fatiha est toujours perdue, elle est insatisfaite d'elle-même.

« *zaregh imaniw d la P**te hachakom* »

« *Je me vois comme p**te sans vouloir vous enfoncer* »

(Josse E., 2010, p.9) « La plupart des victimes agressées sexuellement se sentent humiliées et déshonorées ; elles éprouvent de la gêne vis-à-vis d'autrui et de la haine ou du dégoût pour elles-mêmes ; elles ont le sentiment d'avoir été salies ou d'être souillées ; elles n'ont plus d'estime pour elles-mêmes (elles se demandent si elles sont encore des êtres humains) ; elles ont l'impression d'avoir perdu leur valeur personnelle (comme celle de femme et d'épouse) ».

On lui demande comment se voyait-elle dans l'avenir Fatiha place un petit sourire au coin et répond

« *Rien wellah* »

« Rien je vous jure »

(Damiani., 1999, p.76) « L'image de soi chez les personnes victime de viol est profondément atteinte »

Les signes du désespoir apparaissent sur son visage la seule chose qu'elle désire c'est de retrouver la paix et réussir ses études et avoir son diplôme et par rapport au mariage elle n'y pense pas du tout actuellement.

« oukhedmghra ikel confiance girgazen »

« Je ne fais plus confiance aux hommes ».

6-4- Synthèse du cas :

Les résultats obtenues lors de l'entretien ont constaté que Fatiha souffre de trouble de stress post- traumatique et une dissociation qui est manifesté par : la peur, une image de soi très atteinte.

7- Présentation et analyse du deuxième cas Souad :

7-1- Présentation du cas :

Souad jeune fille étudiante âgée de 24ans, célibataire la dernière d'une fratrie composée de 4 sœurs et deux frères, son père est commerçant sa mère est décédée quand Souad était jeune. Souad avait déjà subi des attouchements sexuels pendant sa petite enfance mais elle s'en souvient à peine.

7-2- Analyse du contenu du deuxième cas :

Dès le début de l'entretien Souad était plutôt à l'aise elle a accepté directement de bien vouloir répondre à nos questions vu que la psychologue qui la prenait en charge était présente et lui a bien expliqué que nous étions des étudiantes et qu'on allait garder son histoire anonyme.

7-3- Le déroulement de l'événement :

Souad a été victime d'agression et abus sexuel à l'âge de 16 ans, l'auteur de cet acte est son cousin qui avait 30 ans qui lui faisait déjà des avances mais elle ne se doutait de rien, pour elle c'était comme un frère il venait souvent chez eux, il faisait comme chez lui.

« yettased souvent akham nnegh, zareghth am gma »

« Il venait souvent chez nous, je le voyais comme mon frère »

Même après le décès de sa mère, Souad avait gardé de bonne relation avec sa famille maternelle, elles allaient souvent avec ses sœurs passé des weekends dans la maison des grands parents, là où le cousin en question construisait son propre étage au-dessus. Un jour, pendant que toute la famille était réunie en bas, son cousin lui demande de monter avec lui pour lui donner son avis sur sa nouvelle maison.

« inayid iya atedout didi atezret akhamiw ayteket rrayim, nekki ruhegh normal s nniya ynou nwich d ssah ilou3ayid juste adezregh akhamis »

« Il m'a dit viens montes avec moi pour voir ma maison et tu me donnes ton avis, moi naïve j'ai étais sans aucune arrière-pensées croyant que j'allais juste voir sa maison »

On voit qu'il y a une certaine confiance envers son cousin, malheureusement cette confiance va détruire la jeune adolescente. En arrivant à l'étage, ils font le tour de l'appartement, à un moment il l'attrape par le bras et lui demande de l'embrasser, chose qu'elle refuse, énervé il l'a poussé contre le mur l'embrasse de force et essaye de la déshabiller, sous le choc et par peur que sa famille qui était en bas l'entende Souad reste gelée à sa place, un petit moment elle se reprend et arrive à se débattre et se libérer et part en courant.

«Le moment nni mi iydinna fkiyid un bisou ouminegh ara nighas ala, ruhegh adatregh itfiyid ipousiyi gh lhiti itfiyi gifesniw isudniyi s la force nekki uhussegh uma dazouh vedegh congeligh gemkaniw, ufhimegh ara dachou itran ouminegh ara belli ikhedmiyi aka 3elmegh belli iteksiyi lqechiw mais uhussegh uma dazouh »

« À ce moment quand il m'a demandé de m'embrasser, je n'ai pas cru j'ai directement refusé, j'allais descendre il m'a attrapé et poussé contre le mur, il m'a tenu les mains et m'a embrasser de force, et je n'avais rien ressenti, j'étais là debout gelée sur place, je n'avais rien compris je n'y croyais pas que lui pourrait me faire ça, je savais qu'il était en train de me déshabiller mais je n'avais absolument rien ressenti »

Le soir, Souad était toujours sous le choc de ce que lui ai t'arrivait elle n'a pas pu dormir pendant toute la nuit, elle ne savait pas si elle devait raconter à sa famille ou pas, peur qu'on la croit pas ou que l'on remette la faute sur elle.

(Josse E., 2010, p.7) dit que : « La peur est une crainte ressentie face à une situation, présente ou à venir, perçue comme dangereuse. Après une agression sexuelle, la majorité des victimes éprouvent des peurs qu'elles ne connaissaient pas auparavant ».

(De Clerq. Lebigot., 2001, p. 110) qui écrivent à ce propos que : « il n'est pas rare que la victime se mette à témoigner de la méfiance à l'égard de son entourage, surtout si son récit a été accueilli avec incompréhension »

Le lendemain matin, Souad décide de tout raconter à sa grande sœur avec laquelle elle a une bonne relation, celle-ci la croit et fait tout pour la soutenir, elles ont parlé à quelques cousines mais lui il a tout nié donc à part sa sœur personne d'autre n'a cru à cette histoire. Souad a ressenti un sentiment de frustration quand on ne l'a pas cru. Après l'événement, Souad a eu des problèmes d'insomnie elle passait des nuits entières sans dormir.

« *S3edagh bezaf n les nuits uganegh ara tneqlavegh kan tkhemimegh* »

« *J'ai passé plusieurs nuits sans dormir et à seulement à réfléchir* »

(Josse E., 2010, p.10) : Ces troubles sommant formes sont caractérisés par des plaintes physiques suggérant une affection somatique, mais sans qu'aucune pathologie organique ne puisse être démontrée. Autrement dit, la personne souffre de symptômes physiques sans que ses organes soient atteints de maladie. Bien que l'expression de ces troubles soit avant tout corporelle, ils relèvent des désordres mentaux car ils sont provoqués par des facteurs psychologiques. C'est seulement après quelques années que Linda décide d'aller voir un psychologue.

Selon ce que la psychologue nous a rapporté, au début de ses premières séances Souad croyait avoir imaginé tous les attouchements qu'elle avait subit depuis sa petite enfance, pour elle hésite entre le réel et l'imaginaire (hallucination). Si Souad s'est dirigée vers un psychologue, c'était par rapport à un problème d'attachement, elle n'arrivait pas à s'attacher lorsqu'elle essayait d'entamer de nouvelles relations, après quelques séances la psychologue a découvert d'où venait ce problème d'attachement qui est dû aux agressions qu'elle avait subi.

On lui demandant comment se voyait-elle actuellement elle répond en haussant les épaules par :

« *Normale kan* »

« *Juste normale* »

Souad avait l'air d'être satisfaite d'elle-même et du parcours qu'elle a parcouru par rapport à ses études, elle avait l'air d'une jeune fille ambitieuse, confiante en l'avenir elle souhaite finir ses études et avoir son diplôme et avoir son propre labo soutenue par sa sœur, sa belle-mère et un copain qu'elle a commencé à fréquenter récemment d'ailleurs Souad commence petit à petit à penser au mariage. Elle rajoute aussi que la psychologue l'a beaucoup aidé dans sa vie quotidienne.

« *gmi idetasegh ghur la psychologue shousayegh l moral iw bien, t3awniyi g bezaf lehwayej g lhayatiw* »

« *Depuis que je viens chez la psychologue je me sens bien moralement, elle m'a beaucoup aidé dans ma vie* ».

7-4- Synthèse du cas :

En se référant aux résultats obtenus lors de l'entretien on constate que Souad souffre d'un traumatisme psychique et de l'état de stress post traumatique, manifesté par : la peur, les insomnies, et une problématique d'attachement.

8 - Discussion des hypothèses :

Dans cette dernière partie, on va répondre aux questions des hypothèses, pour pouvoir les discuter selon les résultats obtenus lors de notre étude pratique.

Les hypothèses :

-les filles qui ont vécu des agressions sexuelles développent une dissociation traumatique.

L'État de stress post-traumatique (ÉSPT) est un trouble réactionnel qui peut apparaître à la suite d'une situation traumatique et dont le diagnostic peut être posé par un médecin. L'événement traumatique réfère à une situation durant laquelle l'intégrité physique et/ou psychologique d'une personne a été menacée et/ou atteinte. La réaction immédiate à l'événement doit s'être traduite par une peur intense, par un sentiment d'impuissance ou par un sentiment d'horreur.

Tant que la victime subit encore des violences ou reste en contact avec le système agresseur, le danger et la sidération persistent ainsi que le stress extrême, et le mécanisme de sauvegarde neurobiologique continue d'être enclenchés produisant chez la victime un état de dissociation traumatique chronique.

Effectivement, Nous l'avons vu dans nos cas, on a confirmées cette hypothèse et cela d'après l'analyse des résultats de l'entretien. On a constaté, à partir de l'entretien, que toutes les victimes souffrent d'une dissociation, cet état déconnecte la victime de ses émotions, l'anesthésie et l'empêche d'identifier et de prendre la mesure de ce qu'elle subit. Les faits les plus graves semblent pour la victime tellement irrésolue qu'ils perdent toute consistance, comme s'ils n'avaient jamais existé, ce qui peut être à l'origine d'une amnésie dissociative. Comme la victime ne ressent ni les émotions, ni les douleurs provoquées par les violences, elle les banalise. De même, la victime dissociée reste comme indifférente non seulement aux violences qu'elle continue à subir, mais également à la mémoire traumatique de celles qu'elle a déjà subies. Cette mémoire traumatique s'active pourtant tout de suite après le trauma dès qu'un lien, une situation, une sensation, une confrontation à l'agresseur rappelle les événements traumatiques, elle envahit le psychisme de la victime mais elle ne va pas être accompagnée de ressentis émotionnels.

Certaines études insistent sur l'importance du lien entre les expériences traumatiques et la dissociation, tandis que d'autres ne semblaient pas prendre en compte l'éventualité d'une telle relation. Ces publications ont inspiré des scientifiques et des cliniciens du monde entier, notamment au Royaume-Uni et aux États-Unis, à tel point que le psychopathologue britannique Bernard Hart dit en 1925 : « La dissociation peut être considérée comme l'essence¹ de la psychopathologie. Cette notion a été élaborée selon une méthode scientifique rigoureuse, a illuminé un vaste champ de phénomènes demeurés jusque-là inexplicables et a permis d'ouvrir la voie à des avancées thérapeutiques sans lesquelles de nombreux cas seraient restés insolubles. » (p. 236).

(Rothbaum B, Foa E 2012, 48 p33, 34) qui indique que : « une agression constitue un événement traumatique et que presque toutes les victimes d'agression, et tout particulièrement d'agression sexuelle, vont immédiatement développer des symptômes importants d'ESPT ».

- Les filles exposées à l'agression sexuelle souffrent d'une dépression majeure.

Notre entretien démontre bien que les personnes exposées à des violences sexuelles peuvent développer toutes sortes de symptômes problématiques en lien avec l'évènement. De façon générale, la recension des écrits stipule des troubles de comportement, des troubles de santé physique et également psychologique comme entre autres, la dépression qui est de plus en plus présente. Dans nos cas on trouve que la dépression est le trouble mental le plus fréquent ressenti par les victimes, Il se caractérise par un manque d'intérêt et de plaisir dans les activités quotidiennes, une perte ou un gain de poids significatif, de l'insomnie ou du sommeil excessif, un manque d'énergie, de la difficulté à se concentrer, un sentiment d'inutilité ou une culpabilité excessive et des pensées récurrentes de mort ou de suicide. . La dépression est associée aux mauvais traitements psychologiques et à la négligence, au fait d'avoir reçu une réaction non aidante lors du dévoilement.

-Les filles victime d'agression sexuelle réussissent à faire face à cette épreuve de vie très difficile.

L'agression sexuelle dans l'enfance ou à l'âge adulte entraîne non seulement des conséquences chez les personnes qui en sont victimes, mais aussi auprès de leur entourage et de toute la société. Ainsi, les agressions sexuelles représentent un problème de santé publique qui concerne toute la population, nous savons tous que l'agression sexuelle est fondamentalement un abus de pouvoir. On voit que les agresseurs utilisent le pouvoir, la domination ou l'influence qu'ils exercent sur la victime pour favoriser le contact sexuel

D'après notre entretien avec les victimes, on voit que malgré tout cette souffrance, cette honte, cette humiliation, les jeunes victimes montrent leur force, leur volonté de se faire guérir et de

se prendre en charge pour faire comprendre ou autre que quoi qu'il arrive rien ne le feront tomber et que dieu est avec elles, et qu'elles peuvent dépasser cette épreuve dure, et emmener les hommes à comprendre que les femmes ne sont pas des objets, que les femmes sont égales aux hommes et qu'elles sont créées aussi à l'image de Dieu.

Conclusion :

Dans ce chapitre nous avons fait une présentation et analyse pour chaque cas, nous avons constaté que les filles de notre groupe d'étude montrent immédiatement des symptômes psycho-traumatique et le syndrome d'ESPT (état de stress post-traumatique). En final, nous sommes arrivées à la confirmation de notre hypothèse que nous avons supposée au début de notre travail de recherche.

Conclusion Générale

Conclusion générale :

L'agression sexuelle à l'égard des jeunes filles, ce phénomène si répandu dans notre société mais que personne n'ose en parler car il est considéré comme sujet tabou. Ce phénomène qui cause ravage au milieu de notre environnement mais que tout le monde essaye d'ignorer pour cause d'honneur ou de pudeur. Seules les victimes ou leurs proches en souffrent en silence dans leur coin.

La majorité du temps la victime d'agression sexuelle est la première pointée du doigt et dite coupable de son agression, un jean un peu trop serré, une jupe un peu trop courte ou un cheveu qui dépasse du voile tous les prétextes sont bons pour l'impliquée dans cet acte barbare et l'accusée d'avoir provoquée son agresseur.

Nous avons tentées d'aborder, dans le cadre de cette recherche, La question du traumatisme psychique des victimes d'agression sexuelle, pour cela. Afin d'arriver aux objectifs retracés pour notre recherche et de vérifier l'hypothèse souligner au début, nous avons limité notre travail à (06) cas au sein de l'hôpital « AKLOUL Ali » dont on a fait recours à la méthode descriptive qui nous a permis l'étude approfondie et individuelle des sujets, et l'entretien clinique (semi-directif).

A partir de l'entretien effectué avec les jeunes filles nous avons constaté que les victimes qui ont vécu des agressions sexuelles développent une dissociation traumatique et un état de stress post-traumatique (ÉSPT), et la victime souffre de divers troubles : la dépression, la honte, la peur, l'angoisse, la tristesse, l'effroi, les troubles de sommeil, la perte de l'estime de soi et même la perte du sentiment affectif et comment les filles victime d'agression sexuelle réussissent à faire face à cette épreuve de vie très difficile. Ce qui nous a amené à confirmer nos hypothèses, et à répondre aux questions posée dans la problématique.

Quoi qu'il en soit, ce que nous pouvons conclure de tout ce qui précède c'est que les jeunes filles victimes d'agression sexuelle sont détruites psychologiquement, traumatisées, humiliées, déshonorées et perdent la foi en la vie et en l'avenir.

Les violences représentent une atteinte grave aux droits et à la dignité de la personne ainsi qu'une atteinte grave à l'intégrité physique et psychique des victimes. Mettons fin à ce tabou pas seulement ici en Algérie mais dans tous les pays du monde entiers, un monde juste et fraternel, qui dénoncerait les violences et lutterait contre elles, protégeraient les victimes, et mettrait en place une réelle égalité des droits.

« Sauvons nos jeunes filles des mains de ces monstres ».

Liste Bibliographique

Références bibliographique :

Ouvrages

1. Crocq L. (1012), seize leçons sur le trauma, Odile Jacob, paris.
2. Crocq L. (1999), les traumatismes psychiques de guerre, Odile Jacob, Paris.
3. Crocq L., et al. (2007), traumatisme psychique : prise en charge des victimes, Masson, paris
4. Damiani, (1997), les victimes : violences publiques et crimes privés Bayard éditions, paris
5. Ferenczi in tisseron (1992), psychanalyse d'un lien social, Dunod, paris
6. Freud S. (1999), L'interprétation des rêves, puf, paris.
7. Lebigot F. (2006), traumatisme psychique, mcf, paris.
8. Lebigot, F. (2005). Traiter les traumatismes psychiques, Clinique et prise en charge. Paris : Dunod
9. FRANCOIS Lebigot, le traumatisme psychique. Stress et trauma 2009 ; 9 (4), p 201-204
10. Bertrand Thélot, 60. Traumatismes Dans Traité de santé publique (2016), pages 557 à 567
11. Barbara O. ROTHBAUM Edna B. FOA, Revivre après un viol. Dunod, Paris, 2012, p. 31
12. Louis. C, le traumatisme psychique chez l'adulte, 2e édition, 2019, p. 54-64
13. De Clercq, Lebigot, 2001, p.95
14. Crocq, L. (2012). Quelques jalons dans l'histoire du concept trauma. In R.Coutanceau, J. Smith et S. Lemitre (dir). Trauma et résilience. Victimes et auteurs. (175-186). Paris : Dunod
15. Gille-Gaston Granger, La science et les sciences, PUF, 1992, p. 45

Articles

16. KARINE, Baril. Les agressions sexuelles, instituts national de santé publique de Québec.
17. Claire-Elise. PERON (2019), comprendre le viol de guerre (1/6)- l'histoire des agressions sexuelles liées aux conflits : du dommage collatéral à l'arme de guerre.
18. Raphaëlle Branche, des viols pendant la guerre d'Algérie, Dans les vingtième siècle. Revue d'histoire 2002/3(n°75), p 123à 132.
19. Georges Viganello, op. Cité, p. 262.
20. OMS, 2002. Santé sexuelle.
21. Baron et Richardson, 1994
22. Gouvernement du Québec (2001). Orientations gouvernementales en matière d'agression sexuelle. « Québec : Publications Government du Québec
23. Mettre fin à la violence à l'égard des femmes et des filles, La violence à l'égard des femmes : une enquête à l'échelle de l'Union européenne, Agence des droits fondamentaux de l'Union européenne, 2014
24. Pierre Collart, L'abus sexuel : discussion de la définition, éléments de diagnostic et de prévention, Vol 63, numéro 1, 2017, p. 29-42
25. Conseil du statut de la femme Service des communications 8, rue Cook, 3e étage Québec (Québec) G1R 5J7 Courrier électronique : publication@csf.gouv.qc.ca Dépôt

légal 1995 Bibliothèque nationale du Québec ISBN : 2-550-24332-3 © Gouvernement du Québec

26. Voyeurisme (trouble voyeuriste) Par George R. Brown, MD, East Tennessee State University Dernière révision totale avr. 2021| Dernière modification du contenu avr. 2021
27. Les appels obscènes : quelle réalité clinique ? BERTSCH Ingrid, PRAT Sébastien et al. Novembre 2015
28. Karine Baril, Les agressions sexuelles, Institut national de santé publique du Québec
29. Meichenbaum, 1994 ; Foa et al, 1989
30. Article 222-22-2 du code pénal
31. F. Lebigot, 2005, p.9
32. O.Aktouf, 1987, p.102
33. Capdeville V. 2004, p 10
34. Chahraoui K. et Benony H. 2003, p 129
35. Thomas, 2011 ; Woodside et Wilson, 2003

Article de journaux

36. Mouloud Feraoun, Journal. 1955-1962, Paris, Seuil, 1962.
37. Mouloud Feraoun, op. Cité, 20 février 1959.
38. Y. Bettahar, 1996.
39. R. COURTOIS, Conceptions et définitions de la sexualité : les différentes approches. Ann. Méd. Psycho, 1998, 156, n° 9.
40. rendu public le 25 novembre en 2005
41. Catalogage à la source : bibliothèque de l’OMS, Traumatismes et violence : les faits 2014
42. KH.chAHRAOUI ET H. BENONY, 2003, p.141
43. CHAHRAOUI et BENONY, 2003, p.144
44. H.BENONY ET KH. CHAHRAOUI, 1999, p69

Les sites internet

45. <https://carnets2psycho.net/dico/sens-de-sexualite>.
46. https://www.epfl.ch/about/equality/wp-content/uploads/2021/02/Selon_OMS.pdf.
47. <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/agression/1766>
48. <https://interactive.unwomen.org/multimedia/infographic/violenceagainstwomen/fr/index.htm>
49. <https://www.psychologies.com/Dico-Psycho/Inceste>
50. <http://definitions-de-psychologie.psyblogs.net/2017/01/exhibitionnisme.html>
51. <https://www.prevention-medicale.org/actualites-revues-de-presse-et-evenements/toutes-les-actualites/sage-femme/prise-en-charge-victime-agression-sexuelle>
52. Hélène THOMAS, « TRAUMATISME PSYCHIQUE », Encyclopædia Universalis [en ligne], consulté le 7 juin 2022. URL : <https://www.universalis.fr/encyclopedie/traumatisme-psychique>
53. <https://www.universalis.fr/encyclopedie/traumatismes/>

54. <https://www.quebec.ca/sante/conseils-et-prevention/sante-mentale/informer-sur-troubles-mentaux/troubles-mentaux/etat-stress-post-traumatique>. Dernière mise à jour : 30 octobre 2018
55. https://www.uottawa.ca/guide_violence_sexuelle_fr_02_0.pdf

Revue

56. Les violences sexuelles faites aux femmes : la situation en Algérie Latéfa Belarouci, dans Le Journal des psychologues 2008/1 (n° 254), pages 53 à 56.

Annexe

Guide d'entretien

Le guide d'entretien est défini comme étant un « ensemble organisé de fonctions, d'opération et d'indicateurs qui structure l'activité d'écoute et d'intervention de l'interview. Dans ce guide, le chercheur formule et prépare la consigne à l'avance, celle-ci sera nécessairement identique pour tous les sujets, elle est généralement soigneusement préparée et le chercheur veille à ce que la formulation ne soit pas inductive. » (CHAHRAOUI et BENONY, 2003, p.144).

Le guide d'entretien comprend aussi les axes thématique à traiter, le clinicien chercheur prépare quelques questions à l'avance toutes fois celle-ci ne sont pas posé d'une manière directe, il 's'agit d'avantage de thème à aborder que le chercheur connaît bien. (H.BENONY ET KH. CHAHRAOUI, 1999, p69)

a) Les données personnelles :

1. âge ?
2. niveau d'étude ?
3. profession ?
4. situation matrimoniale ?
5. nombre de fratrie ?
6. position dans la fratrie ?
7. Quelle est la profession de votre père ?
8. Quelle est la profession de votre mère ?
9. Qui vous a recommandé à la psychologue ?

b) guide d'axe de l'entretien :

1^{er} axe : déroulement de l'événement :

1. Parlez-nous de l'événement
2. Qu'avez-vous ressenti pendant l'évènement

2^{ème} axe : l'état de santé :

1. comment était votre santé avant l'évènement ?
2. comment était votre santé après l'évènement ?
3. comment elle est votre santé actuelle ?

3^{ème} axe : la relation familiale :

1. parlez-nous de votre relation avec les membres de votre famille.
2. Quelle est la personne la plus proche de vous ?
3. Quelle est la personne avec laquelle vous ne vous entendez pas

4^{ème} axe : la vie onirique :

1. comment se passe votre sommeil ?
2. est-ce que vous rêvez ?, de quoi vous rêvez ?
3. est-ce que vous voyez des cauchemars ?

5^{ème} axe : le devenir psychique :

1. quelles étaient vos sentiments après l'évènement ?
2. comment vous avez imaginé votre vie après l'évènement ?
3. est-ce que vous avez entamé une relation amoureuse ?
4. comment vous vous voyez maintenant ?
5. êtes-vous satisfaites de vous-même ?

6^{ème} axe : projet d'avenir :

1. comment voyez-vous l'avenir ?
2. quels sont vos projets ?
3. quels sont vos souhaits ?
4. pensez-vous au mariage ?
5. y a-t-il quelqu'un qui vous soutient dans vos projets ?
6. Est-ce que la psychologie vous a aidé ?

Résumé :

L'agression sexuelle à l'égard des jeunes filles, ce phénomène si répondeu dans notre société mais que personne n'ose en parler car il est considéré comme sujet tabou. Ce phénomène qui cause ravage au milieu de notre environnement mais que tout le monde essaye d'ignorer pour cause d'honneur ou de pudeur. Seules les victimes ou leurs proches en souffrent en silence dans leur coin. La majorité du temps la victime de l'agression sexuelle est le premier pointer du doigt et dite coupable de son agression, un jean un peu trop serer, une jupe un peu trop courte ou un cheveu qui dépasse du viol tous les prétextes sont bons pour l'impliquer dans cet acte barbare et l'accusée d'avoir provoquée son agresseur.

Nous avons tentées d'aborder dans le cadre de cette recherche la question du traumatisme psychique des victimes d'agressions sexuelles, pour cela. Afin d'arriver aux objectifs retracés pour notre recherche et de vérifier l'hypothèse souligner au début, nous avons limité notre travail à (6) cas au sein de l'Hôpital « AKLOUL ALI » dont on a fait recours à la méthode descriptive qui nous a permis l'étude approfondie et individuelle des sujets et l'entretien clinique (semi-directif).

A partir de l'entretien effectuée avec les jeunes filles nous avons constaté que les victimes qui ont vécu des agressions sexuelles développent une dissociation traumatique. Et un état de stress post-traumatique (ESPT), et la victime souffre de divers troubles : la dépression, la honte, la peur, l'angoisse, la tristesse, l'effroi, les troubles de sommeil, la perte d'estime de soi et même la perte du sentiment affectif et comment les filles victimes d'agression sexuelle réussissent à faire face à cette épreuve de vie très difficile. Ce qui nous a amené à confirmer nos hypothèses, et à répondre aux questions posée dans la problématique.

Quoi qu'il en soit, ce que nous pouvons conclure de tout ce qui procède c'est que les jeunes filles victimes d'agression sexuelle sont détruites psychologiquement, traumatisées, humiliées, déshonorées et perdent la foi en la vie et en l'avenir.

Les violences représentent une atteinte grave aux droits et à la dignité de la personne ainsi qu'une atteinte grave à l'intégrité physique et psychique des victimes. Mettons fin à ce tabou pas seulement ici en Algérie mais dans tous les pays du monde entiers, un monde juste, qui dénoncerait les violences et lutterait contre elles, protégeraient les victimes, et mettrait en place une réelle égalité des droits.

« Sauvons nos jeunes filles des mains de ces monstres »

نبذة مختصرة

الاعتداء الجنسي على الفتيات الصغيرات، هذه الظاهرة منتشرة بشكل كبير في مجتمعنا ولكن لا أحد يجرو على الحديث عنها لأنها تعتبر من المحرمات. هذه الظاهرة التي تسبب الفوضى في وسط بينتنا ولكن يحاول الجميع تجاهلها لأسباب تتعلق بالشرف أو الحياء. فقط الضحايا أو أقاربهم يعانون في صمت في ركنهم. في معظم الأوقات، يكون ضحية الاعتداء الجنسي هو أول من يشير بإصبعه ويُقال إنه مذنب باعتدائه، أو بناطل الجينز الضيق قليلاً، أو تنورة قصيرة جداً أو شعر يخرج من الاغتصاب كل الذرائع من الجيد توريطها في هذا العمل الهجمي واتهامها باستفزاز المعتدي عليها.

حاولنا في إطار هذا البحث أن نتناول مسألة الصدمات النفسية لضحايا الاعتداء الجنسي، من أجل ذلك. من أجل الوصول إلى الأهداف التي تم تتبعها لبحثنا وللتحقق من الفرضية التي تم التأكيد عليها في البداية، اقتصرنا عملنا على (6) حالات داخل مستشفى "AKLOUL ALI" التي استخدمناها بالطريقة الوصفية التي أتاحت لنا التعمق والتعمق. الدراسة الفردية للموضوعات والمقابلة السريرية (شبه توجيهية).

من خلال المقابلة مع الفتيات، وجدنا أن الضحايا الذين تعرضوا للاعتداء الجنسي يصابون بالانفصال الصدمة واضطراب ما بعد الصدمة (PTSD)، والضحية تعاني من اضطرابات مختلفة: الاكتئاب والعار والخوف والكرب والحزن

والفزع، اضطرابات النوم وفقدان الثقة بالنفس وحتى فقدان الشعور العاطفي وكيف تمكنت الفتيات ضحايا الاعتداء الجنسي من التغلب على هذه المحنة الحياتية الصعبة للغاية. قادنا هذا إلى تأكيد فرضياتنا والإجابة على الأسئلة المطروحة في المسألة. على أي حال، ما يمكننا استنتاجه من كل ما يحدث هو أن الفتيات الصغيرات ضحايا الاعتداء الجنسي يتعرضن للتدمير النفسي والصدمات والإذلال والعار ويفقدن الثقة في الحياة وفي المستقبل.

ويمثل العنف اعتداء خطيرا على حقوق وكرامة الفرد، فضلا عن اعتداء خطير على السلامة الجسدية والنفسية للضحايا. دعونا نضع حداً لهذا المحذور ليس فقط هنا في الجزائر ولكن في جميع البلدان حول العالم، عالم عادل، من شأنه أن يندد بالعنف ويقاوم ضده، ويحمي الضحايا، ويؤسس مساواة حقيقية في الحقوق.

"لننقذ فتياتنا الصغار من أيدي هؤلاء الوحوش"

Abstract:

Sexual assault against young girls, this phenomenon so popular in our society but no one dares to talk about it because it is considered a taboo subject. This phenomenon that causes havoc in the middle of our environment but that everyone tries to ignore for reasons of honor or modesty. Only the victims or their relatives suffer in silence in their corner.

The majority of the time the victims of sexual assault. Is the first to point the finger and, be said to be guilty of his assault, jeans a little too tight, a skirt a little too short or a hair sticking out of the rape all the pretexts are good for implicate her in this barbaric act, and accuse her of having provoked her assailant.

We tried to approach within the framework of this research the question of the psychic traumatism of the victims of sexual attacks, for that. In order to reach the objectives traced for our research and to verify the hypothesis underlined at the beginning, we limited our work to (6) cases within the Hospital "AKLOUL ALI" which we used the descriptive method which allowed us the in-depth and individual study of the subjects and the clinical interview (semi-directive)

From the interview with the young girls, we found that the victims who experienced sexual assault develop traumatic dissociation and post-traumatic stress disorder (PTSD). In addition, the victim suffers from various disorders: depression, shame, fear, anguish, sadness, dread, sleep disturbances, loss of self-esteem and even loss of affective feeling and how girls who are victims of sexual assault manage to cope with this very difficult life ordeal. This led us to confirm our hypotheses, and to answer the questions posed in the problem.

Anyway, what we can conclude from all that proceeds is that young girls who are victims of sexual assault are psychologically destroyed, traumatized, humiliated, dishonored and lose faith in life and in the future.

The violence represents a serious attack on the rights and dignity of the person as well as a serious attack on the physical and psychological integrity of the victims. Let's put an end to this taboo not only here in Algeria but in all countries around the world, a just world, which would denounce violence and fight against it, protect the victims, and establish real equality of rights.

"Let's save our young girls from the hands of these monsters"