

REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE

Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique

Université Abderrahmane Mira de Bejaia

Faculté des Science Humaines et Sociales

Département Science Sociale

Option : Psychologie Clinique

**Mémoire de fin de cycle en vue d'obtention du diplôme de master en
psychologie clinique**

Thème

**Le traumatisme psychique chez les femmes victimes de violence
sexuelle. Quel devenir psychologique ?**

(Etude de trois cas dans le centre national d'accueil pour femmes victimes de violence et celles en détresse.
BOUISMAIL, Tipaza)

Réalisé par :

- CHIBANI Katia
- IAMARENE Saida

Encadré par :

.Mme. MESSAOUR Dalila

Promotion 2017

Remerciement

A l'occasion de la soutenance de notre mémoire de fin d'étude présenté en vue de l'obtention du diplôme de Master en Psychologie Clinique. Il est agréable d'exprimer nos gratitude envers tous ceux qui ont contribué à notre formation et qui nous ont aidés à réaliser ce travail.

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

Nous remercions notre promotrice Madame MESSAOUR pour son orientation, ses conseils, et son encadrement.

Nous remercions également nos professeurs pour leurs soutiens forts remarquables durant notre formation académique. Exceptionnellement, Mme BENMESSILI qui nous a fait part, de son savoir, et qui nous a fourni des documentations, qui nous ont été de grande utilités.

Nous tenons également à témoigner notre profonde gratitude de remerciement à la directrice Madame du centre Dar el Yassamine, et toutes les personnes du centre d'accueil de femmes en détresse de BOUISMAIL TIPAZA, pour leur accueil chaleureux.

*Nous tenons également nos remerciements pour :
La directrice assistante sociale Lila, à la psychologue Fella.*

A nos trois cas : Lila, Hayat, Radia.

Enfin nous remercions nos collègues de promotion avec qui nous sommes partagés des moments inoubliables durant ces deux ans.

Dédicace

Je dédie ce modeste travail à ceux qui rien n'aurait été possible sans eux.

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

Ma très chère mère, brave femme honnête, celle dans je suis fière d'être sa fille.

Mes précieux frères « Zahir, Fatah, Farid et Salah » les mots ne peuvent pas résumer ma reconnaissance et mon amour à votre égard pour l'affection qui nous relie.

Ma princesse « Yasmin ».

Ma chère sœur « Karima et son mari Youcef aussi mes adorables Lydia, Oussama et Ayoub »

Ma très chère sœur « Wissam et son mari Mohamad »

A mon petit prince « Akram » et ma petite princesse « Ritage ».

A mon fiançait qui ma soutenu et mis à ma disposition tous les moyens afin de mettre à terme ce travail.

Sans oublie ma belle-mère, mon beau père et ma belle sœur, mon beau-frère : Samia, Nabil

Ma grand-mère, à celle que je souhaite une longue vie.

Ma famille paternel « CHIBANI », oncles et tantes, cousins et cousines, en particulier.

Ma famille maternel « HABACHE», tantes et oncles.

Ma très chère sœur « Widad, aussi tout sa famille »

Ames très chers Amis « Hidayette, Samra, Kahina, Samia et son fiancé Bob, Neil, Hicham, Toufik, Merzak, Lounis, Zoubir, Taki, Mebrouk, Wiliam, Sofiane, Fateh ».

A mes amis de la salle de lecteur « Bilal, Nordinne et Djebar, Samir, zaki».

A mon encadreur MESSAOUR Dalila

A mon binôme Saida.

Toutes les personnes que je connais et que j'aime.

Katia

Dédicace

Je dédie ce modeste travail à ceux qui rien n'aurait été possible sans eux.

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

Ma très chère mère, Saliha brave femme honnête, celle dans je suis fière d'être sa fille.

Mes précieuses sœurs « Nadira, Tinhinane,» les mots ne peuvent pas résumer ma reconnaissance et mon amour à votre égard pour l'affection qui nous relie.

Ma petite princesse « Elina »

Mon petit cher frère « Yacine »

Ma grand-mère, et mon grand père à ceux que je souhaite une longue vie.

Ma famille paternelle et maternel « IAMARENE », oncles et tantes, cousins et cousines.

Mes très chères sœur « Dalila, Hamane, Dihia et Amanda, aussi toutes leurs familles »

Ames très chères Amis « Hamza, Nabil, Djebbar, joeker, Haythem, Moh, Halim, Aimad, Lamia, Kahina, lydia, Yasmina, Sana, Soraya, Ibtissam et Katia, chambit et Djanjouk».

Spécifiquement : « Hakim Rasta, my soulmate, mon meilleur ami, qui m'a toujours soutenu, et

Saïd à qui je casse la tête à chaque fois que je suis stressée»

A mes amis et amies facebook, merci de m'avoir accompagné durant toute cette période

Sans oublie les membres de l'Association des Anciens Scouts Musulmans Algériens groupe ASSIREM de Tichy ainsi qu'à tous mes frères et sœurs scouts, où qu'ils soient.

A mes amis de la salle de lecteur « Billel, Zaki, Norredine, Samir,».

A mon encadreur Mme MESSAOUR Dalila

A mon binôme Katia et son fiancé Hicham

Toutes les personnes que je connais et que j'aime.

Saida

Plant de travail :

Introduction générale.....	1
-----------------------------------	----------

Partie théorique

Chapitre 1 : le traumatisme psychique

Préambule.....	3
1- Aperçus Historique	3
2- Définitions des concepts.....	6
3- Origine et étymologie de trauma.....	7
4- Abords théoriques de traumatisme.....	9
5- Stress et trauma.....	14
6- Trauma et réel de la mort.....	15
7- la clinique de traumatisme psychique.....	16
8- Tableau clinique de syndrome-psycho traumatique chronique.....	19
9- Critère diagnostique de traumatisme selon DSMV.....	31
10- la prise en charge.....	35
Conclusion.....	45

Chapitre 2 : la violence sexuelle

Préambule.....	47
1- La violence.....	47
2- La violence sexuelle.....	49
3- Les violences sexuelles en Algérie.....	58
4- La violence sexuelle d'un point de vue islamique.....	70
5- La prise en charge en charge des victimes de violences sexuelles	76
6- La prévention contre les violences sexuelles.....	73
Conclusion.....	80

Chapitre3: le devenir psychologique

Préambule.....	82
1- le devenir psychologique.....	82
2- l'événement traumatique.....	83
3- la victime de la violence sexuelle.....	84
4- les conséquences.....	86
5- la honte et la culpabilité.....	95
6- Les facteurs de risque et de protection.....	97
Conclusion.....	102
Problématique et hypothèses.....	105

Partie méthodologique

Chapitre 4 : méthodologie de recherche

Préambule.....	117
Démarche de la recherche et le groupe d'étude.....	117
1- La pré-enquête.....	117
2- La méthode de recherche.....	121
3- Groupe de recherche.....	123
4- Présentation du lieu et la durée de la recherche.....	125
5- Les techniques utilisées.....	128
6- Le déroulement de la pratique.....	131
Conclusion.....	135

Partie pratique

Chapitre 5 : présentation et analyse des résultats.....	138
--	------------

Chapitre 6 : discussion des hypothèses.....	181
--	------------

Conclusion général.....	187
--------------------------------	------------

Liste bibliographique.....	189
-----------------------------------	------------

Annexe

Liste d'abréviations :

- AF: Année Fondamentale.
- AP: Année Primaire.
- APA : American Psychological Association.
- Art: Article.
- AS: Année Secondaire.
- bis: Encore.
- CEM: Colège d'Enseignement Moyen.
- cf. : Confer.
- DSM: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder.
- EMDR: Eye Movement Desensitization and Reprocessing.
- ESPT: Etat de Stress Post Traumatique.
- Et al.: ET Autres.
- Etc. Et Cetera.
- Ibid: Ibidem.
- INSP: Institut National de Santé Publique.
- IRS: Il n'y a Rien à Signaler.
- IST: Infection Sexuellement Transmissible.
- MGT: Mutilations Féminines.
- N.B : Nota Bene.
- NADA: New Art Dealers Alliance.
- OMS: Organisation Mondiale de la Santé.
- ONU: Organisation des Nations Unies.
- Op.cit: Opus Citatum.
- P. ex Par Exemple.
- PTSD: Post Traumatic Stress Disorder.
- QG : Quartier Général.
- TCC : Thérapies Cognitives et Comportementales.
- TFT : Thought Field Therapy.
- VIH: Virus Immunodéficience Humaine.
- VS: violence sexuelle.

Liste des tableaux :

Tableaux	Titre	Page
Tableau N° : 01	Tableau démontrant quelque exemple des conséquences de la violence sexuelle.	87
Tableau N° : 02	Tableau récapitulatif des caractéristiques de notre groupe de recherche.	124-125
Tableau N° : 03	Tableau récapitulatif des caractéristiques des caractéristiques des cas d'étude selon l'âge.	125
Tableau N° : 04	Tableau récapitulatif des caractéristiques de l'âge et du type de viol.	125
Tableau N° : 05	Tableau récapitulatif démontrant l'objectif de chaque axe.	131-132
Tableau N° : 06	Tableau récapitulatif des résultats de l'entretien et du TRAUMAQ.	179

INTRODUCTION

Introduction

Introduction

Les violences faites aux femmes, sous toute leur forme, touche la femme dans sa position dans le monde, dans son corps et son être. On trouve quatre types de violence : physique, psychologique, économique, et sexuelle.

La violence sexuelle représente un grave problème de santé publique touchant des millions de personnes, chaque année dans le monde. Elle dépend de nombreux facteurs existants dans des situations sociales, culturelles et économiques très variées. Elle est d'abord un problème intime, elle est aussi, par son caractère prévisible et répétitif, un problème social à régler de toute urgence pourtant, on ne saisit pas encore vraiment l'étendue, la gravité et les conséquences du problème

La violence sexuelle, acte imposé par la contrainte, la menace d'un homme, à la possession d'une femme, est un crime interdit par toutes les cultures et bien évidemment prohibé par L'Islam. Elles sont perçues maintenant comme une atteinte directe à la personne. Ce phénomène menace l'intégrité de la femme mais il reste toujours caché vu que c'est un sujet tabou.

Ces violences engendrent chez la victime divers troubles, et parmi eux on a le traumatisme psychique qui est une notion très vaste et qui a été objet de plusieurs recherches. Son évolution dans l'histoire l'a portée de « névrose traumatique » et plus tard trouble psychique de combat jusqu'à l'avènement du DSM qui lui consacre le terme de « Post-Traumatique Stress Disorder ».

Pour Marty. F 2001, le traumatisme est issu de la survenue par surprise d'un élément extrême qui vient faire effraction dans l'organisation défensive du moi, brisant le système du pare-excitation, risquant de

Introduction

provoquer un effondrement des défenses qui montrent à cette occasion leur faiblesse pour lutter contre l'impacte de cet événement lors du viol, le traumatisme est aggravé par le fait que le mal est infligé par un autre être humain, pour Rothbaum. B 2012, un traumatisme est un événement émotionnelle très douloureux, durant le quel 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.

En effet, le viol constitue à lui seul un poly-traumatisme comme l'écrit Boutta 2000, dans le fait qu'il touche la femme, et sa famille, et qu'il entraîne des conséquences graves sur le plan psychologique et social, les victimes de viol se décrivent, elles même, comme étant morte pour leur famille, c'est la honte et l'humiliation la plus totale pour elle.

Le problème de la violence sexuelle, de par la complexité de ses conséquences mérite donc d'être étudié, afin de bien souligner la gravité de ce crime et de mieux le définir.

Dans notre étude, on a décidé d'élaborer le sujet, à notre avis très délicat. Nous nous efforcerons donc d'étudier son impacte traumatique sur la femme, nous essayerons aussi d'approcher leur devenir psychologique. C'est l'objectif général de cette recherche, qui comporte deux grandes parties : théorique et pratique.

La partie théorique comporte les objectifs de notre recherche elle contient trois chapitre :

Le premier chapitre va aborder le traumatisme psychique, et avec détails la notion de la clinique du trauma (PTSD), ainsi que la prise en charge de ce trouble psychique, le second chapitre va aborder la violence sexuelle (historique, définition, types...etc) puis on spécifier la violence

Introduction

sexuelle en Algérie, aussi le point de vue Islamique, et la prise en charge des victimes de cette violence sexuelle.

Le dernier chapitre portera sur le devenir des victimes de violence sexuelle, où on parlera des victimes, l'événement traumatique, on abordera aussi les conséquences de cette violence et le travail psychique des victimes : la honte, la culpabilité, après on va aborder brièvement la notion de vulnérabilité et la résilience.

Pour la deuxième partie de notre travail qui est la partie pratique, qui contient deux chapitres, le premier c'est la méthodologie de recherche de notre recherche commençant par la démarche de la recherche, et groupe d'étude la méthode de recherche, présentation du lieu et la durée de la recherche, les techniques utilisées, puis le déroulement de la pratique.

Le deuxième chapitre, est aussi subdivisé en deux chapitres qui sont : présentation et analyse des résultats, discussions des hypothèses.

au final, nous terminerons avec une conclusion générale.

PARTIE
THEORIQUE

CHAPITRE 1
LE TRAUMATISME
PSYCHIQUE

Préambule

On peut imaginer que l'être humain a connu l'expérience du traumatisme dès le début de son apparition sur terre, que ce soit en réaction aux accidents, à l'expérience de la mort, aux phénomènes naturels effrayants, ou aux violences entre les hommes. Un traumatisme psychique se produit en effet suite à une menace grave pour la vie ou pour l'intégrité psychique ou physique, la personne y réagit avec effroi et dans un sentiment d'impuissance, ensuite l'événement effrayant reste non intégré au psychisme, revenant, de façon compulsive, dans des sensations de reviviscence ou comme menace imminente.

1. Aperçu historique

Les blessures physiques jusqu'à une époque récente n'étaient pas qualifiées de traumatiques. En grec ancien, trauma signifie blessure. Quelques années après l'apparition de ce terme en médecine et en chirurgie, il est importé dans le domaine de la pathologie mentale pour qualifier des «blessures psychiques». En 1888, Oppenheim décrit une «Névrose Traumatique ». Celle-ci comprenait un certain nombre de symptômes névrotiques, dont des cauchemars, qui n'apparaissaient qu'après l'accident, un accident de chemin de fer généralement.

Quelques années plus tard, Kraepelin décrit une «névrose d'effroi», qui ressemble, beaucoup à notre névrose traumatique. Kraepelin mettait en avant l'état psychique de l'individu au moment de l'événement et insistait sur le fait qu'il n'était pas nécessaire d'avoir été dans l'accident, mais qu'il pouvait suffire d'en avoir été le spectateur. Dans ses «leçons du mardi», Charcot présente beaucoup d'observations d'hystéries traumatiques, comme il les appelle. (Lebigot F., *ibid.*, p.5)

Il affirme que l'hystérie masculine est toujours d'origine traumatique. Mais dans la première moitié du XXe siècle ce sont les psychanalystes qui vont faire avancer la clinique et la compréhension des névroses traumatiques: Abraham et Ferenczi pendant la 1ère Guerre Mondiale, Freud entre les deux guerres. Les deux premiers auteurs cités mettent en lumière l'atteinte narcissique réalisée par le traumatisme, Ferenczi parlant plus précisément de la « fin de l'illusion d'immortalité ». (Lebigot F., op.cit., p.5)

Freud utilise une métaphore économique pour figurer ce qu'il appelle l'«effraction traumatique». Nous ne nous étendrons pas ici sur la théorie freudienne du trauma, puisque c'est à partir d'elle que nous proposerons nos propres constructions. Notons seulement que c'est à partir de la névrose traumatique qu'il a remanié sa théorie des pulsions, proposant la dualité: pulsion de vie/pulsion de mort. Immergé dans la culture américaine, Ferenczi refuse la notion de pulsion de mort, mais pose une description très argumentée et très détaillée des désordres que le traumatisme provoque dans l'appareil psychique. (Lebigot F.,2006 , p.5)

Dans les décennies de l'après-guerre, les psychiatres qui ont continué à s'intéresser à la névrose traumatique ont tiré des travaux des psychanalystes et de leurs prédécesseurs une description clinique de l'affection bien articulée et complète. Ça a été le cas des psychiatres militaires français : citons le livre de Juillet et Moutin, l'article princeps de Crocq et un peu plus tard le livre de Barrois. La description que nous proposerons sera très proche des travaux de ces auteurs. Dix ans après la guerre du Viêtnam, les Américains vont reprendre la question à leur manière en créant une entité appelée «Post-Traumatic Stress Disorder». (Lebigot F., ibid., p.5, 6)

La notion de stress est venue chez eux remplacer celle de névrose. Le traumatisme est devenu un stress ayant certaines particularités et la clinique de l'affection est singulièrement appauvrie. La diffusion de ce modèle américain est telle qu'il est aujourd'hui difficile d'y résister. Ce petit livre se propose de présenter les conceptions qui ont fait leurs preuves sur le trauma et la névrose traumatique et de montrer en quoi elles diffèrent du stress et du «Post-Traumatic Stress Disorder». Car il y a un enjeu diagnostique et thérapeutique important entre les deux conceptions présentes en Europe. (Lebigot F., op.cit., p.5, 6)

2. Définitions

2.1 Définition du traumatisme

Le traumatisme psychique correspond à un évènement de vie du sujet qui se définit par son intensité, l'incapacité où se trouve le sujet d'y répondre de façon adéquate, le bouleversement et les effets pathogènes durables qu'il provoque dans l'organisation psychique. En termes d'économie psychique, le traumatisme se caractérise par un afflux d'excitations qui est excessif, relativement à la tolérance du sujet et à sa capacité de maîtriser et d'élaborer psychiquement ces excitations.

Louis Crocq le définit comme un phénomène d'effraction du psychisme et de débordement de ses défenses par les excitations violentes afférentes à la survenue d'un évènement agressant ou menaçant pour la vie ou l'intégrité (physique ou psychique) d'un individu, qui y est exposé comme victime, témoin ou acteur. (Olliac B., 2013, p.27).

2-2 Définition des concepts

- **Effraction** : La notion d'effraction dans son acception la plus courante est assimilée à la brisure d'une clôture, brisure qui peut être accompagnée de dommages et engendrer, comme dans le cas de viol, des transformations de contenu. L'effraction est ainsi la rupture, violente ou insidieuse d'une enveloppe, accompagnée d'une autre violence, celle que subit le contenu. (Broquen M. Gernez J.C., 1997, p.9).
- **Effroi** : Correspond donc bien à cet état d'horreurs, au-delà de la peur, de l'angoisse et du stress et qui traduit la rencontre avec le réel de la mort. Confrontée à la mise en danger de sa propre vie, à la vie d'un proche, pris dans la même catastrophe ou à l'horreur des corps déchiquetés ou mutilés, la victime rencontre le réel de la mort. À ce moment pas de stress, pas d'angoisse, seulement un blanc, un vide sans mot sans parole « j'étais comme pétrifié, je n'avais pas de mots » seul s'exprime l'effroi. Face à cet irreprésentable de la mort pour le sujet, face à cette incapacité de voir quelque discours que ce soit cerner cette rencontre avec la mort, le traumatisme psychique représente une véritable effraction à l'intérieur de l'appareil psychique du sujet. (De clerq M., Lebigot F., 2001, p.16).
- **Stress** : La réaction immédiate, biologique, physiologique et psychologique d'alarme, de mobilisation et de défense de l'individu face à une agression ou une menace. Et Crocq ajoute 1999: c'est une réaction éphémère. Elle est a priori utile et salvatrice et aboutit généralement au choix et à l'exécution d'une solution s'achève par le relâchement de cette tension, avec la sensation mitigée de soulagement et d'épuisement physique et mental. Elle n'est pas pathologique, quoique grevée de symptômes gênants. (De clerq M., Lebigot F., ibid., p.15).

- **L'état de stress post-traumatique** : 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'évènement, perte d'intérêt pour les activités habituelles), et d'activation neurovégétative (ex: difficultés d'endormissement, sursauts exagérés). (Rothbaum B.O. Foa E.A., 2012, p.31).

3. Origine étymologique du trauma

Le mot traumatisme vient du grec ancien « traumatismos », signifiant « action de blesser ». Mais son acception française actuelle correspondrait plutôt au mot grec « trauma » qui signifiait « blessure », « dommage » ou « désastre ».

L'adjectif « traumatique » vient du grec « traumaticos », signifiant « qui se rapport au trauma » et le verbe « traumatiser », employé transitivement (« j'ai traumatisé quelqu'un ») ou au passif (« j'ai été traumatisé ») vient du verbe grec traumatiaso, qui veut dire « blesser ».

En psychopathologie, le mot traumatisme est emprunté à la pathologie chirurgicale, où il signifie « transmission d'un choc mécanique violent exercé par un agent physique extérieur sur une partie du corps et provoquant une blessure ou une contusion » dans la pratique chirurgicale, on distingue « les traumatismes ouverts », lorsqu'il y a effraction de la peau, mais avec seulement contusion sous-jacente. (Crocq L., 1999, p.214)

Transposé à la pathologie psychiatrique et à la psychopathologie, le mot a conservé une signification et une connotation similaire, le traumatisme psychique est la transmission d'un choc psychique (et non plus mécanique) exercé par des agents extérieurs psychique (et non plus physique) sur le psychisme (et non plus sur le corps) et il y provoquant des modifications psychopathologiques (et non plus des désordres somatique). (Crocq L., op.cit., p.214)

Les excitations agressantes sont envisagées dans le seul registre psychique, et les facteurs physiques qui peuvent les accompagner (choc, brûlure, souffle) en sont à prendre en considération que par leur effet psychique corollaire. Dans l'esprit des psychiatres, il semble que les deux variétés du traumatisme ouvert et fermé- soient confondues : il est admis que les excitations venant du dehors font « effraction » au travers du système de défense psychique et qu'elles provoquent des modifications psychopathologiques durables à l'intérieur du psychisme, équivalents des modifications anatomo-pathologiques et fonctionnelles du traumatisme chirurgical. Comme en chirurgie, il convient de ne pas confondre le traumatisme, ni avec l'agent traumatisant, ni avec seules séquelles. (Crocq L., 1999, p.215)

Le traumatisme c'est le phénomène dynamique de transmission du choc au sein du psychisme, en train de provoquer et éventuellement d'entretenir des désordres psychopathologiques. Freud disait que le traumatisme non seulement fait effraction au travers psychisme, mai qu'il y demeure, ensuite comme un corps étranger, provoquant des vains efforts d'assimilation ou d'expulsion. En fin le mot traumatisme a fait l'objet, depuis quelques décennies, d'une extension abusive dans le vocabulaire populaire. (Crocq L., ibid., p.215)

4. Abord théorique du trauma

4.1 L'école psychanalytique

➤ Théorie Freudienne du trauma

En 1893, dans sa Communication préliminaire, Freud préconise la « méthode cathartique » (le mot catharsis est emprunté cette fois à Aristote), qui consiste à faire revivre au patient (sous hypnose) l'événement assorti de toute sa charge d'affect (pour débarrasser le psychisme des affects traumatiques restés coincés, non abrégés), et à lui demander d'établir des associations d'idées à son sujet (« le réinscrire dans le grand complexe des associations »), afin de lui attribuer du sens et de pouvoir le réinsérer dans le continuum de l'existence, entre un avant et un après.

Freud a ainsi pointé du doigt les deux aspects du trauma : son aspect dynamique d'effraction au travers des défenses du psychisme, et son aspect absence de signifiant. (Crocq L. et al. 2007, p7, 8)

En 1921, dans son essai *Au-delà du principe du plaisir*, Freud va expliciter les aspects dynamiques de sa théorie du trauma. Il compare métaphoriquement le psychisme à une vésicule vivante, boule protoplasmique en constant remaniement protégée par une couche superficielle « pare-excitation », qui sert à la fois de contenant et de protection à l'appareil psychique, et dont le rôle est de repousser les excitations nuisibles ou de les filtrer en les atténuant pour les rendre acceptables et assimilables (plus faciles à lier). (Crocq L. et al. *ibid.*, p.8)

Les différences constitutionnelles font que certains individus sont dotés d'un pare-excitation fort, et d'autres non. En outre, dès que l'individu voit venir le danger extérieur, il renforce son pare-excitation en mobilisant de l'énergie venant de l'intérieur du psychisme, s'il a à ce moment-là de l'énergie disponible, ce qui n'est pas toujours le cas (il peut être momentanément épuisé par un effort récent).

Certains individus névrosés dont toute l'énergie interne est sans cesse accaparée par la sauvegarde de leurs refoulements n'auront jamais d'énergie disponible pour renforcer leur pare-excitation. Ce qui fait qu'un même événement potentiellement traumatisant fera effraction (et donc trauma) pour certains individus et pas pour d'autres, et pour certains individus aujourd'hui mais pas demain.

Le concept de traumatisme, dit Freud, est donc tout relatif, et dépend du rapport de forces entre les excitations venant du dehors et l'état – constitutionnel et conjoncturel – de la barrière de défenses qui les reçoit. (Crocq L. et al. op.cit., p.8)

➤ **Théorie de Kardiner du trauma**

Plutôt que l'ego affectif freudien, dont les mécanismes de défense classiques ne peuvent expliquer la survenue des symptômes de la névrose traumatique, Kardiner (1941, 1947) se réfère à un ego effectif, qui, lors de l'expérience traumatique, serait débordé dans ses fonctions d'adaptation à l'environnement. Cet ego effectif, développé dès la naissance, est chargé de faire face aux stimuli agressifs et d'inspirer soit des conduites de modification de l'environnement (pour éliminer ces stimuli), soit des conduites de retrait (pour y échapper), soit enfin des réactions de contrôle du milieu interne (pour réduire l'impact des stimuli nocifs quand on ne peut pas les éviter). (Crocq L. et al., 2007, p.8)

L'ego effectif utilise surtout les fonctions sensorielles, les capacités cognitives, les capacités psychomotrices et les régulations neurovégétatives. Mais, sous l'impact d'excitations exceptionnellement violentes, les fonctions habituelles d'organisation perceptive, d'orientation temporo-spatiale, de motricité volontaire et de contrôle neurovégétatif sont sidérées ou débordées, et il ne reste comme solution à l'ego effectif agressé que la contraction sur soi, ou la dissociation ; d'où les symptômes d'inhibition, de distractibilité, les conversions sensorielles, sensitives et motrices, les perturbations neurovégétatives et la dépersonnalisation, tentative désespérée pour maintenir un contact avec le monde au prix d'une fragmentation de la conscience. (Crocq L. et al., op.cit., p.9)

Ces symptômes traduisent les quatre changements fondamentaux de l'ego effectif : changement quant à la perception du monde extérieur, changement quant aux techniques d'adaptation, changement quant à la perception de soi et changement quant à la régulation neurovégétative ; ils témoignent de l'instauration d'une « nouvelle personnalité », dit Kardiner, « établie sur les ruines de ce qui fut le système effectif ». (Crocq L. et al., 2007, p.9)

➤ **Théorie de Ferenczi sur le trauma**

Ferenczi (1930) pensait que la première réaction à un choc était de l'ordre d'une « psychose passagère » impliquant une rupture d'avec la réalité ; sous l'impact, il se produisait d'abord une « hallucination négative », vertige ou brève perte de conscience, immédiatement suivie d'une « compensation hallucinatoire positive » apportant l'illusion du plaisir. (Crocq L. et al., ibid., p.9)

Ensuite s'installait l'amnésie névrotique, traduisant le clivage psychotique, puisqu'une partie de la personnalité allait vivre pour son compte et chercher d'autres issues que les symptômes psychonévrotiques qui utilisent le symbole.

Ferenczi maintenait parallèlement l'hypothèse de perturbations affectives, dont celles consécutives à l'expérience d'effondrement du sentiment narcissique d'invulnérabilité et à l'expérience d'anéantissement du sentiment de soi, l'une et l'autre génératrice d'angoisse. Seule l'autodestruction de sa cohésion psychique – unique solution accessible – pouvait délivrer le sujet de cette angoisse, évitant la destruction totale et promettant une reconstitution de soi à partir des fragments. (Crocq L. et al., op.cit., p.9, 10)

4.2 L'école française

L'école française représentée surtout par L. Crocq F. Lebigot, C. Barrois, prend quelques distances par rapport au point de vue de l'A.P.A. elle considère, par exemple, que le PTSD ne prend pas en compte d'autres troubles tels que les maladies somatique, les psychoses, etc. qui peuvent apparaître suite à des évènements traumatogènes.

Plus encore, elle souligne que l'athéorisme promet par les rédacteurs des DSM, est une figure de style car il y est fait explicitement référence au modèle biomédicale de la maladie mentale et aux théories cognitives, on omettant toute approche psycho-dynamique du fonctionnement mentale. (Bouatta CH., 2007, p.47)

Ces prises de positions théoriques se traduisent par un remaniement du débriefing version Mitchell, sensé prévenir le développement du PTSD chez les victimes d'évènements traumatiques : « le débriefing à la française, écrit Crocq L. (2000), se démarque du débriefing anglo-saxon en ce sens que l'on n'y impose pas le préalable d'un discours narratif des faits, actes et cognitions avants l'expression maïeutique des émotions... ce débriefing est toujours peu ou prou une opération thérapeutique ne cherchant ni à dédramatiser, ni à déculpabiliser arbitrairement mais laissant se soigner aux patients eux-mêmes. Cette énonciation de sa vérité par le sujet et la clés de révélation de sens et de la réappropriation de son aventure ». (Bouatta CH., op.cit., p.47)

Outre cette critique formulée en direction du débriefing à l'anglo-saxonne, les tenants de cette école proposent une définition du traumatisme psychique qui prend ces distances par rapport à celle avancée par les rédacteurs du DSM4 mais aussi du cadre psychanalytique en s'inscrivant dans une lignée phénoménologique qui, elle, considère le trauma comme une rencontre avec le réel de la mort.

La mort, rappelons-le, selon Freud irréprésentable mais ce n'est pas tout, le traumatisme va avoir des incidences sur le sens de la vie du sujet. C'est dans cette perspective que L.Crocq définit le trauma comme : « ...une construction factice du monde dans un bouleversement de la temporalité marquée du sceau de l'omniprésence du trauma horrifiant, de la permanence immuable projetée dans le futur (d'où l'impression d'avenir bouché et de temps suspendu) et réorganisant même le passé à son image, par des choix mnésiques arbitraires. (Bouatta CH., 2007, p.47, 48)

C'est dans cette conception non linéaire du temps qu'il convient de critiquer les hypothèses de la prédisposition et de la névrose latente ». Dans cette optique phénoménologique, il convient aussi de réintroduire la question du sens et du non sens par delà par celle des mécanismes pathogènes. D'où, selon L.Crocq, « le trauma n'est pas seulement effraction, invasion et dissociation de la conscience, il est aussi déni de tout ce qui était valeurs et sens, et il est, surtout, aperception du néant mystérieux et redouté, ce néant dont nous avons tous l'entière certitude qu'il existe mais dont nous ne savons rien ». (Bouatta CH., op.cit., p.48.)

Ces définitions avancées, par ce que nous avons appelé l'école française, peuvent convenir lorsqu'il s'agit d'un sujet unique, victime d'un évènement traumatique, unique, ayant eu lieu, dans un environnement social épargné, par la violence. (Bouatta CH., 2007, p.39)

5. Stress et trauma

En 1980, la nosographie américaine DSM (Diagnosis and Statistical Manual of Mental Disorders), qui se revendique athéorique, a proposé le vocable d'« état de stress posttraumatique » pour remplacer le diagnostic de « névrose traumatique » des nosographies européennes, récusé à cause de sa connotation freudienne. Mais s'affranchir d'une hypothèse pathogénique (la psychanalyse) pour se subordonner à une autre (l'hypothèse neurobiologique) ne résout pas le problème.

D'où l'opportunité de bien définir les deux termes de stress et de trauma, qui sont couramment utilisés et parfois associés dans le discours des cliniciens, et de délimiter clairement les conditions de leur utilisation. (Crocq L., 2007, p.3)

Stress et trauma relèvent de deux registres différents : bio-neurophysiologique pour le stress, et psychologique pour le trauma. L'un parle de mobilisation des ressources énergétiques, l'autre d'effraction dans les défenses psychiques, dont la défense qui consiste à attribuer du sens. L'un décrit les orages neurovégétatifs, l'autre la clinique de l'effroi.

En effet, sur le plan clinique, il n'y a pas équivalence entre les deux registres. Le plus souvent, les individus qui réagissent à un événement agressant par un stress adapté ne le vivent pas comme un trauma, tandis que ceux qui réagissent par un stress dépassé le vivent sur un mode traumatique et développent ensuite une pathologie psycho-traumatique ; mais cette correspondance n'est pas absolue, et on a vu des stress parfaitement adaptés cacher les pires vécus traumatiques, et à l'inverse des stress dépassés spectaculaires se résoudre sans suites psycho-traumatiques. (Crocq L., op.cit., p12).

6. Traumatisme et Réel de la mort

Le traumatisme psychique résulte d'une rencontre avec le «réel» de la mort. Cela veut dire que le sujet s'est vu mort ou il a perçu ce qu'est vraiment la mort comme anéantissement, et non sous cette forme imaginaire qui caractérise le rapport des hommes à la mort. Freud faisait remarquer que nous savons tous que nous allons mourir, mais que nous n'y croyons pas. Il n'y a pas de représentation de la mort dans l'inconscient, et d'ailleurs comment représenter le néant. (Lebigot F., 2006, P.7)

Nous pouvons répertorier trois types de situations qui peuvent être à l'origine d'un traumatisme: Dans la première, le sujet est lui-même concerné de près par la mort: agression, accident de la voie publique, accident du travail, attentat, etc. Dans ces situations, il y a un bref instant où il s'est vu mort: il voit dans les yeux de l'agresseur qu'il va tirer, la voiture arrive sur lui à vive allure, il bascule dans le vide, la bombe explose à un mètre de lui.

Dans le deuxième type de situation, la mort de l'autre, de l'alter ego, survient brusquement sous les yeux du sujet. Un exemple: deux casques bleus sont de garde devant le Q.G. français à Sarajevo. Ils discutent tranquillement, la période est calme. Tout d'un coup l'un voit une tache rouge apparaître sur le front de l'autre, qui s'écroule au même moment, mort. Le survivant revivra la scène dans ses cauchemars. (Lebigot F., Op.cit., p. 7,8)

La troisième situation est appelée «la mort horrible». Les cadavres sont nombreux, et en mauvais état, mutilés, en cours de putréfaction. C'est le genre de spectacle qui s'offre aux sauveteurs qui arrivent sur un grand carambolage autoroutier ou à des soldats qui découvrent un charnier. (Lebigot. F, ibid., p.8)

7. La clinique du traumatisme psychique

"Le maître mot de la conception francophone est le traumatisme psychique, qu'il convient de différencier du stress. Mais une question s'est posée sur la dénomination d'« état de stress » comme un tableau clinique psycho-traumatique différé et chronicisé. Ce qui nous ramène au deuxième point de la réflexion francophone, qui est : la clinique du trauma". (De Clercq M., 2001, p.5)

À partir de cette distinction fondamentale, la spécificité de la psychiatrie francophone en matière de psycho-traumatique va se développer dans diverses directions, clinique, pathogéniques et thérapeutique.

Sur le plan clinique, on sera amené à distinguer trois phases dans la pathologie psycho-traumatique : la phase immédiate, la phase post-immédiate et la phase différée, le plus souvent chronicisée. Seule la phase immédiate, ou « réaction émotionnelle immédiate » (qui dure de quelques heures à une journée) peut être dénommée stress, si l'on veut établir une comparaison avec la nosographie anglo-saxonne (encore que cette dernière étende la durée de l'état de stress aigu au-delà de la première journée, jusqu'à quatre semaines). (De Clercq M., op.cit., p.5)

Sur le plan sémiologique, il peut s'agir d'un stress adapté, grevé seulement de ses symptômes d'accompagnements, qui sont parfois gênants (pâleur, sueur, tachycardie, spasmes viscéraux, tension anxieuse, etc.). Il peut s'agir aussi d'un stress dépassé, dans ses formes de sidération, d'agitation, de fuite de panique et d'action automatique ; et ce stress dépassé débauchera le plus souvent (mais pas toujours car on a vu des stress dépassé évoluer sans séquelles) sur un syndrome psycho-traumatique durable.

Mais certain stress apparemment adaptatifs s'avèrent ensuite avoir été secrètement traumatique, car recouvrant une expérience vécue d'effraction et de non-sens, et débouchant plus tard sur une névrose traumatique. Il n'y a donc pas correspondance étroite entre les deux oppositions stress adapté versus stress dépassé et absence de séquelles versus survenue de séquelles. (De Clercq M., 2001, p.5)

Ces considérations font apparaître avec évidence la distinction entre stress et trauma, concepts qui ne relèvent pas du même registre ; et le recours, chez les anglo-saxons, au terme de « stress traumatique » (traumatic stress) est un aveu implicite de cette distinction.

D'où l'importance primordiale de la deuxième phase, dite post-immédiate, qui est une phase d'évolution et de surveillance : ou bien on voit le stress s'éteindre (« queue de stress »), parfois non sans décharges émotionnelles différées, psychiques ou neurovégétatives, ou bien on voit émerger des signes d'installation d'une névrose traumatique durable, dans sa phase de latence ou de « méditation » qui, quoi qu'on en dise, n'est pas silencieuse : euphorie exagérée du sujet heureux d'en avoir été « quitte pour la peur » mais fasciné par ce qu'il vient de vivre, ou attitude de retrait dans la perplexité anxieuse et déjà dépressive, première reviviscence et premières ruminations mentales. (De Clercq M., op.cit., p.5, 6)

Inutile de préciser que cette phase post-immédiate requiert une surveillance attentive de la part du clinicien, et s'il le faut une intervention thérapeutique, ou préventive ; c'est la période de choix pour un bilan psychologique d'évènement, ou débriefing.

Quand à la troisième phase, celle des séquelles différées, voire chronicisées, on ne peut en aucun cas la dénommer stress, puisque son tableau clinique est différent de celui du stress (même si une partie de ses symptômes, à savoir les reviviscences, sont vécues sur registre de l'orage neurovégétatif, ressemblant en cela aux manifestations physiologiques du stress), et puisque le stress ne correspond qu'à la réaction initiale à l'agression. (De Clercq M., 2001, p.6)

Pour la troisième phase, les cliniciens francophones proposent le terme de « syndrome psycho-traumatique différé », terme qui recouvre toute la gamme des cas observés à cette phase : aussi bien les pathologies psycho-traumatiques transitoires (s'éteignant au bout de quelques mois), que des syndromes durables répondant aux critères exigés pour le diagnostic d'état de stress post-traumatique chronique (du DSM4), que d'authentiques névroses traumatiques (avec altération typique de la personnalité), et que des cas proches de la psychose, tellement a été intense et bouleversante l'expérience traumatique initiale de déréalisation et de dépersonnalisation. (De Clercq M., op.cit., p.6)

En fait, pour résumer la position francophone, on peut promouvoir le vocable général de syndrome psycho-traumatique, recouvrant aussi bien les états de la phase immédiate qui se sont avérés traumatique (mais non pas les stress adaptés ou dépassés qui se sont résolus sans séquelles), que les états pathologiques de la phase post-immédiate, et que les états pathologiques de la phase différée, transitoires ou chronicisés. A ce sujet, signalons que l'adjectif « aigu » ne se superpose pas à l'adjectif « immédiat » : dans l'immédiat, on peut observer des pathologies non aiguës, et le chronique peut être émaillé de poussées aiguës. (De Clercq M., Lebigot F., 2001, p.6)

8. Tableau clinique du syndrome psycho-traumatique chronique

Le syndrome psycho-traumatique chronique survient chez des sujets qui ont été soumis à un événement potentiellement traumatisant et qui l'ont réellement vécu comme un trauma. (Crocq L. et all., 2007, p.37)

Son tableau clinique se répartit sur trois volets : les reviviscences anxiogènes de l'événement (pathognomoniques), l'altération de la personnalité (pathognomoniques), et les symptômes non spécifiques (que l'on peut observer aussi dans d'autres pathologies). (Crocq L. et al., op.cit., p37)

7.1 Critère étiologique : avoir vécu une expérience psychotraumatique

Pour être atteint d'un syndrome psychotraumatique chronique, il faut obligatoirement avoir vécu, à l'origine de cette pathologie, une expérience psychotraumatique. Cela implique non seulement d'avoir été exposé à un événement potentiellement psychotraumatisant (c'est-à-dire un événement exceptionnel violent et menaçant pour la vie ou bien l'intégrité physique ou psychique de l'individu, tel qu'agression, accident, catastrophe ou événement de guerre), mais aussi de l'avoir vécu sur le mode du trauma, dans l'effroi, l'horreur, et le sentiment d'impuissance et d'absence de secours.

Donc, le même événement, que l'on peut vivre comme victime, comme témoin ou même comme acteur, peut faire trauma chez un sujet et non chez un autre, ou trauma chez tel sujet aujourd'hui mais pas hier ni demain, en d'autres circonstances de disponibilité d'énergie ou de soutien psychosocial. (Crocq L. et all., 2007, p.37)

7.2 Les reviviscences anxiogènes

La reviviscence intrusive du trauma, c'est-à-dire le fait pour le patient de revivre son expérience traumatique intensément, contre sa volonté et de manière itérative, est pathognomonique du syndrome psycho-traumatique. (Crocq L. et all., ibid., p.37, 38)

On ne la constate que dans ce syndrome, car les rituels de la névrose obsessionnelle que le sujet s'impose lui-même sont d'une autre nature, de même, que les stéréotypies de la schizophrénie.

Dans la névrose traumatique, cette reviviscence était dénommée «*syndrome de répétition* ». La reviviscence du trauma peut se manifester sous sept modalités cliniques, qui sont : la reviviscence hallucinatoire, la reviviscence par illusion, le souvenir forcé, la rumination mentale, le vécu comme si l'événement allait se reproduire, l'agir comme si l'événement se reproduisait, et le cauchemar de répétition. (Crocq L. et all., op.cit., p.38)

➤ *La reviviscence hallucinatoire* s'impose souvent comme une hallucination visuelle soudaine qui reproduit le décor et la scène de l'événement traumatisant, et dans laquelle le patient se voit (il croit y être).

Au départ, elle exclut toute critique, et le sujet adhère complètement à l'hallucination. Puis, il se ressaisit et « se demande s'il ne devient pas fou » ; mais, pendant un instant, il s'est revu dedans et il s'y est cru, avec tout l'éprouvé de détresse qui avait marqué son expérience de la scène inaugurale.

Les images sont très précises, c'est la reproduction du même décor (« à un brin d'herbe près »), des mêmes personnages, de leurs attitudes et gestes. C'est une scène dynamique, non figée, qui reproduit la scène inaugurale et se déroule « comme un film ». (Crocq L. et all., 2007, p.38)

Parfois, cette hallucination visuelle est accompagnée d'hallucination auditive (les mêmes bruits, les mêmes cris), olfactive (l'odeur de la fumée ou du sang), sensitive (la chaleur de l'incendie, ou la sensation de la baïonnette qui pénètre dans le corps) et même gustative (le goût de la poussière ou du thé sur la langue). (Crocq L. et all., op.cit., p.38)

- *La reviviscence par illusion* se démarque de l'hallucination pure en ce sens que le sujet plaque son hallucination de la scène traumatique ou de l'agresseur sur un paysage ou une silhouette réellement perçue. Par exemple, il croise un passant dans la rue et il le perçoit comme son agresseur venant sur lui.
- *Le souvenir forcé* se distingue des reviviscences par hallucination ou illusion en ce sens que c'est l'idée de l'événement qui surgit à l'esprit, sans image ni son. Chez les anciens combattants, c'est souvent le nom de tel ou tel camarade tué qui reviendra obstinément à l'esprit, sans être accompagné d'image. (Crocq L. et all., 2007, p.38)
- *La rumination mentale* au sujet de l'événement, de ses causes ou de ses conséquences peut également être une forme de reviviscence ; en particulier, les interrogations incessantes qui s'imposent à l'esprit de la victime (« Pourquoi moi ? Pourquoi m'a-t-il fait cela ? »), et les lamentations répétées (« personne ne me comprend ni ne m'aide... »).
- *Le vécu comme si l'événement allait se reproduire* est une autre forme du syndrome de répétition : subitement, le sujet a l'impression d'être replongé au sein de l'événement, et il éprouve la même détresse. (Crocq L. et all., ibid., p.39)

- *L'agir comme si l'événement se reproduisait* peut être un agir élémentaire, tel que réaction de sursaut ou réflexe de se recroqueviller ; mais il peut consister aussi en un agir plus complexe : fuite procursive, récit répétitif (toujours les mêmes mots, lassant l'entourage) ou mises en scène itératives, contemplation obstinée de souvenirs de guerre et, chez l'enfant, jeu répétitif reproduisant l'accident ou l'agression.
- Enfin, *le cauchemar de répétition*, intensément vécu plutôt que simplement contemplé, fait revivre l'événement au sujet, suscitant la même frayeur et les mêmes gestes de défense : sous le coup de ces cauchemars, les anciens combattants s'agitent dans leur sommeil, crient, se débattent et tombent de leur lit, réveillés en sursaut, en sueur et le cœur battant fort. (Crocq L. et all., op.cit, p.39)

Toutes ces manifestations de reviviscence sont vécues dans les trois registres de la *détresse psychique*, de l'*orage neurovégétatif* (sueur, pâleur, tachycardie, impression de gorge serrée, spasmes viscéraux, etc.), et du *raidissement de l'attitude du corps*. Toutes peuvent survenir soit spontanément (selon une dynamique inconsciente propre à chaque sujet), soit en réponse à un stimulus qui rappelle le trauma (le son d'une sirène d'ambulance, la vue d'un reportage télévisé sur un accident, une conversation ou le simple fait d'avoir à s'occuper ce jour-là de son dossier d'indemnisation) ;

Soit enfin à la faveur d'un abaissement du niveau de conscience (il est bien connu que les reviviscences surviennent plus facilement au moment de l'endormissement, lorsque la conscience vigile commence à fléchir). Il y a des patients qui présentent toutes ces manifestations de reviviscence, et d'autres qui sont « fidèles » à certaines seulement. (Crocq L. et all., 2007, p.39)

Concernant la fréquence et le rythme de ces reviviscences, le patient peut les présenter chaque jour, ou plusieurs fois par jour, ou une ou deux fois par semaine, ou plus rarement. Janet (1919) a bien illustré le caractère obstiné et harcelant du syndrome de répétition traumatique en reprenant le célèbre vers de la cinquième épître de Boileau : « quand un homme, tourmenté par quelque mauvais souvenir, cherche à le fuir en partant au loin, le chagrin monte en croupe et galope avec lui ». (Crocq L. et all., op.cit, p.39)

7.3 Altération de la personnalité

La plupart des traumatisés déclarent avoir « changé de personnalité » depuis leur trauma. En fait, il ne s'agit pas d'un changement total de personnalité, au sens propre du terme, mais d'une manière de s'exprimer, pour signaler la profonde altération qu'a subie leur personnalité. D'ailleurs, déclarer avoir changé de personnalité implique que l'on se souvienne de l'ancienne, que l'on s'y réfère, et donc qu'on l'ait peu ou prou conservée. En fait, ces patients traumatisés précisent qu'ils ne se perçoivent plus comme avant et que leur entourage les trouve changés, dans leur manière de se comporter et dans leur relation à autrui.

Cette altération de la personnalité sous l'impact du trauma a été remarquée par les plus éminents cliniciens de la névrose traumatique. Abraham et Ferenczi (1918), élèves de Freud mobilisés dans les armées austro-allemandes lors de la Première Guerre mondiale, parlaient d'atteinte au narcissisme et de régression libidinale, tandis qu'en face, sur le front français, Charpentier (1917) parlait d'un retour au puérilisme mental au sens de Dupré. (Crocq L. et all., 2007, p.40)

Simmel (1918), admirateur de Freud, observant ses névrosés de guerre à l'hôpital militaire de Poznan, disait qu'un « ensevelissement de leur personnalité » avait succédé à l'ensevelissement physique provoqué par l'explosion de l'obus qui les avait commotionnés ; il parlera même de « changement d'âme », pour souligner l'importance de ces altérations. Plus tard, le psychanalyste américain Shatan (1974) identifie une « transfiguration de la personnalité » comme perturbation profonde, sous-jacente aux symptômes du *post-Vietnam syndrome* des vétérans du Vietnam. (Crocq L. et all., op.cit., p.40)

Nous-mêmes (1974) avons dénommé « personnalité traumatonévrotique » ce qu'était devenue la personnalité après l'impact du trauma : pusillanime, égocentrique, quêtant la protection de la part des autres et encline aux ruminations amères. Mais c'est à Fenichel, dans les deux chapitres de son ouvrage *Théorie psychanalytique des névroses* (1945) consacrés à la névrose traumatique que l'on doit la meilleure analyse descriptive de cette altération de personnalité.

Pour Fenichel, la névrose traumatique effectue un triple blocage des fonctions du moi : fonctions de *filtration de l'environnement*, fonctions de *présence au monde* et fonctions *d'amour et de relation à autrui*.

Le traumatisé n'est plus capable de filtrer, dans l'environnement, ce qui est dangereux de ce qui est anodin : tout lui paraît danger et menace ; il est sans cesse en état d'alerte, il surveille l'environnement avec suspicion, il sursaute au moindre bruit, il se plaque contre le mur s'il entend quelqu'un marcher derrière lui et il résiste désespérément à l'endormissement le soir. (Crocq L. et all., 2007, p.40, 41)

Il ne s'agit pas de simples difficultés d'endormissement, mais d'une résistance passionnée au sommeil, car s'y abandonner c'est relâcher la vigilance. D'où les conduites retardant l'endormissement : rester habillé, regarder la télévision, fumer cigarette sur cigarette, laisser la lumière dans la chambre, et ne se mettre au lit que le plus tard possible. En outre, le sommeil sera léger, avec réveil angoissé au moindre bruit.

Le traumatisé a perdu sa volonté de présence dans le monde. Le monde lui paraît lointain, irréel et sans intérêt. Le traumatisé délaisse ses loisirs et ses occupations jadis motivantes ; son travail ne l'intéresse plus (d'où des changements apparemment capricieux d'emploi et de métier) et l'avenir lui paraît bouché. D'où sa démotivation, sa perte d'initiative, son inhibition et son repli social dans l'amertume. (Crocq L. et all., op.cit., p.41)

Le traumatisé a perdu sa capacité de relation objectale avec autrui, c'est-à-dire la capacité de considérer autrui comme un être libre, un autre soi-même. Les auteurs anciens soulignaient la régression libidinale du traumatisé qui, atteint dans son narcissisme, consacre tout son amour à la réparation de son moi blessé et n'est plus disponible pour aimer vraiment autrui, qu'il assaille de ses demandes d'affection et de protection jamais rassasiées.

En fin de compte, depuis l'expérience traumatique, le patient n'a plus la même façon de percevoir le monde, de l'apprécier, de le penser, d'y aimer, d'y vouloir et d'y agir ; il a établi avec le monde, avec les autres et avec lui-même un nouveau type de relation, marqué par la persistance anormal de la souvenance de l'éprouvé traumatique brut, par la mise à distance du monde réel, (Crocq L. et all., 2007, p.41)

Et par l'adoption d'une nouvelle attitude envers autrui, à la fois méfiante et vainement possessive. Cette « *personnalité traumatique* » (ce qu'est devenue la personnalité sous l'impact du trauma) est la dimension la plus profonde du syndrome psycho-traumatique. C'est elle qui structure le tableau clinique en deux niveaux, le niveau sous-jacent de l'altération de personnalité, et le niveau superficiel des symptômes engendrés par cette altération : symptômes de répétition (fruits de ce nouveau rapport avec le monde et avec le temps qu'est la fixation exclusive à la souvenance du trauma), et symptômes divers de souffrance, dits « non spécifiques », que nous allons inventorier maintenant. (Crocq L. et all., op.cit., p.41)

7.4 Les symptômes non spécifiques

Les symptômes non spécifiques sont ainsi dénommés car on peut les observer aussi dans d'autres affections mentales. Mais le DSM américain les considère comme « symptômes associés », extérieurs au diagnostic propre du PTSD. Il s'agit de l'asthénie, de l'anxiété, des symptômes psychonévrotiques, des troubles psychosomatiques, des troubles des conduites et des troubles caractériels.

Tous les traumatisés sont devenus *asthéniques*, fatigués, épuisés. Il s'agit d'un triple asthénie, physique, psychique et sexuelle. Les patients se plaignent de fatigue physique anormale (« fatigué dès le matin, épuisé au moindre effort », etc.). Ils se plaignent aussi de « fatigue mentale », d'incapacité de maintenir leur attention sur une conversation ou une lecture, de baisse de la mémoire d'acquisition, d'oublis à mesure (« je viens dans une pièce avec un crayon à la main, et je ne me rappelle plus ce que je suis venu y faire... »), De ralentissement idéique et de difficulté de concentration. (Crocq L. et all., 2007, p.42)

Enfin, ils se plaignent de fatigue sexuelle et de baisse de la libido – des jeunes filles devenues frigides et des jeunes gens devenus impuissants, où ayant perdu le désir et le plaisir sexuels. Les traumatisés sont devenus des *anxieux*, avec des crises d'angoisse et un état de tension anxieuse inter-critique. Ils ne sont plus capables de vivre sans souci ni crainte, et ils appréhendent toujours le pire (« si les enfants tardent à rentrer de l'école, c'est qu'ils ont été accidentés ou kidnappés » ; « si le téléphone sonne, c'est qu'il va apporter une mauvaise nouvelle »).

De temps à autre, sans raison ni motif déclenchant (en cela, ces crises anxieuses se distinguent des reviviscences), ces sujets sont en proie à des accès d'angoisse, à la fois psychiques (impression de danger imprécis mais imminent) et somatiques (sensation de striction laryngée et thoracique, tachycardie, pâleur, sueur, spasmes viscéraux, etc.). (Crocq L. et all., op.cit., p.42)

Beaucoup de traumatisés enrichissent leur tableau clinique de *manifestations psychonévrotiques* empruntées aux névroses de transfert : crises ou conversions hystériques, phobies, rituels obsessionnels. Il y aurait beaucoup à dire sur ces « complications » (Fenichel, 1945) ou plutôt « superstructures » (Crocq, 1974) psychonévrotiques : sont-elles facilitées par les propensions et habitudes d'une personnalité prédisposée, qui colorerait sa névrose traumatique de sa psychonévrose antérieure ? Ou sont-elles suggérées par l'expérience traumatique elle-même qui serait légitimement hystérogène (un sujet contusionné au bras lors de l'événement fera plus facilement une conversion motrice sur ce bras « en souvenir » de l'événement), phobogène (telle victime d'un attentat terroriste dans le métro aura ensuite la phobie de ce mode de transport), (Crocq L. et all., 2007, p.42, 43)

Ou enfin génératrice de rituels véridictaires de protection, obsessionnels (telle victime d'agression à son domicile se relèvera de son lit plusieurs fois de suite chaque soir pour vérifier la fermeture de sa porte)? (Crocq L. et all., op.cit., p.43)

- Beaucoup de traumatisés émettent par la suite des *plaintes somatiques* (céphalées, dorsalgies, gastralgies, etc.), et une proportion non négligeable d'entre eux présentent dans les jours ou les semaines qui suivent leur trauma des *troubles psychosomatiques* caractérisés, avec lésion d'organe : asthme, hypertension artérielle, angor, ulcère d'estomac, colite spasmodique, eczéma, urticaire, psoriasis, canitie, alopecie, et même goitre et diabète.

La plainte somatique serait un langage chez des sujets dont la culture réprime l'extériorisation de la souffrance psychique, ou chez des personnalités « alexithymiques », sans propension ni à la verbalisation, ni à la pantomime, ni à la représentation mentale : il ne leur reste, pour se plaindre, que le langage de l'organe.

Quoi qu'il en soit, ces troubles psychosomatiques suscités par un trauma sont connus depuis longtemps (les psychiatres militaires américains avaient signalé leur fréquence pendant la Seconde Guerre mondiale [Alexander, 1946]) et sont plus nombreux qu'on ne le croit (beaucoup de médecins somaticiens, en présence d'un tel trouble, s'orientent vers des explorations somatiques et ne pensent pas à en rechercher une cause psychique).

- La quasi-totalité des traumatisés présentent après le trauma des *troubles des conduites* et des *troubles caractériels*. Il s'agit d'abord de conduites alimentaires : anorexie ou boulimie, avec modification pondérale importante en quelques mois. (Crocq L. et all., 2007, p.43)

Il s'agit ensuite d'autres conduites orales de consommation excessive de tabac, d'alcool ou de drogues diverses (toxicomanie post-trauma). Il s'agit enfin de conduites d'auto-agressivité (tentatives de suicide) ou d'hétéroagressivité (altercations, rixes) et même de conduites d'agression délictueuse ou criminelle. Chez les anciens combattants du Vietnam, Boman (1990) a dénommé « syndrome de Rambo » cette agressivité sauvage qui conduisait certains vétérans à commettre des agressions armées dans des banques, ou même à vivre à la sauvage dans la forêt californienne, armés d'une carabine, et tirant sur les promeneurs. (Crocq L. et al, op.cit., p.43).

9. Critères diagnostiques du Trouble stress post-traumatique: 309.81 (F43.10)

N.B. : Les critères suivants s'appliquent aux adultes, aux adolescents et aux enfants âgés de plus de 6ans. Pour les enfants de 6ans ou moins, *cf.*, les critères correspondants ci-dessous.

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

- 1.** EN étant directement exposé à un ou à plusieurs évènements traumatiques.
- 2.** En étant témoin direct d'un ou de plusieurs évènements traumatiques survenus à d'autre personnes.
- 3.** En apprenant qu'un ou plusieurs évènements traumatiques sont arrivés à un membre de la famille proche ou à un ami proche. Dans les cas de mort

affective ou de menace de mort d'un membre de la famille ou d'un ami, le ou les évènements doivent avoir été violents ou accidentels.

4. En étant exposé de manière répétée ou extrême aux caractéristiques aversives du ou des évènements traumatiques (p. ex. intervenants de première ligne rassemblant des restes humains, policiers exposés à plusieurs reprises à des faits explicites d'abus sexuels d'enfants).

N.B. Le critère A4 ne s'applique pas à des expositions par l'intermédiaire de médias électroniques, télévision, films ou images, sauf quand elles surviennent dans le contexte d'une activité professionnelle.

B. Présence d'un (ou de plusieurs) des symptômes envahissants suivants associés à un ou plusieurs évènements traumatiques et ayant débuté après la survenue du ou des évènements traumatiques en cause :

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

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

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

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

3. Réactions dissociatives (p. ex. flashbacks (scènes rétrospectives)) au cours desquelles le sujet se sent ou agit comme si le ou les évènements traumatiques allaient se reproduire. (De telles réactions peuvent survenir

sur un continuum, l'expression la plus extrême étant une abolition complète de la conscience de l'environnement.)

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

4. Sentiment intense ou prolongé de détresse psychique lors de l'exposition à des indices internes ou externes évoquant ou ressemblant à un aspect du ou des traumatismes en cause.

5. Réactions physiologiques marquées lors de l'exposition à des indices internes ou externes pouvant évoquer ou ressembler à un aspect du ou des événements traumatiques.

C. Évitement persistant des stimuli associés à un ou plusieurs événements traumatiques, débutant après la survenue de ou des événements traumatiques, comme en témoigne la présence de l'une des deux manifestations suivantes :

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

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

D. Altérations négatives des cognitions et de l'humeur associées à un ou plusieurs événements traumatiques, débutant ou s'aggravant après la survenue du ou des événements traumatiques, comme en témoignent deux (ou plus) des éléments suivants :

1. Incapacité de se rappeler un aspect important du ou des événements traumatiques (typiquement en raison de l'amnésie dissociative et non pas cause d'autres facteurs comme un traumatisme crânien, l'alcool ou les drogues).
 2. Croyances ou attentes négatives persistantes et exagérées concernant soi-même, d'autres personnes ou le monde (p. ex. : « je suis mauvais », « on ne peut faire confiance à personne », « le monde entier est dangereux », « mon système nerveux est complètement détruit pour toujours »).
 3. Distorsion cognitives persistantes à propos de la cause ou des conséquences d'un ou de plusieurs événements traumatiques qui poussent le sujet à se blâmer ou à blâmer d'autres personnes.
 4. État émotionnel négatif persistant (p. ex. : crainte, horreur, colère, culpabilité ou honte).
 5. Réduction nette de l'intérêt pour des activités importantes ou bien réduction de la participation à ces mêmes activités.
 6. Sentiment de détachement d'autrui ou bien de devenir étranger par rapport aux autres.
 7. Incapacité persistante d'éprouver des émotions positives (p. ex. : incapacité d'éprouver bonheur, satisfaction ou sentiments affectueux).
- E.** Altération marquées de l'éveil et de la créativité associés à un ou plusieurs événements traumatiques, débutant ou s'aggravant après la survenue du ou des événements traumatique, comme en témoignent deux (ou plus) des éléments suivants :

1. Comportement irritable ou accès de colère (avec peu ou pas de provocation) qui s'exprime typiquement par une agressivité verbale ou physique envers des personnes ou des objets.
 2. Comportement irréfléchi ou autodestructeur.
 3. Hyper-vigilance.
 4. Réaction de sursaut exagérée.
 5. Problèmes de concentration.
 6. Perturbation du sommeil (p. ex. : difficulté d'endormissement ou de sommeil interrompu ou agité).
- F.** La perturbation (symptômes des critères B, C, D, E) dure plus d'un mois.
- G.** La perturbation entraîne une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.
- H.** La perturbation n'est pas imputable aux effets physiologiques d'une substance (p. ex. : médicament, alcool) ou à une autre affection médicale.
(DSM-5[®], 2015, p.320-321).

10. La prise en charge

9.1 Les psychothérapies psycho-dynamiques

Les psychothérapies psycho-dynamiques utilisent les concepts de la psychanalyse. Mais elles affichent des buts différents. Si l'analyse est une aventure où l'analysant est à la recherche de sa vérité, et que la guérison ne lui est donnée que « par surcroît », la guérison est ici ce qui est recherché. C'est elle que les patients viennent demander. (Lebigot F., 2005, p.168)

Toutefois, à la différence d'autres psychothérapies, elles ne font pas du symptôme le centre de leur action. Il s'agit pour elles de traiter un sujet, ici un sujet traumatisé. La référence à la psychanalyse indique en premier lieu avec quelle grille d'interprétation le praticien écoute le discours de son patient. (Lebigot F., op.cit., p.168)

➤ **Les différentes psychothérapies**

✓ **Les psychothérapies brèves et focalisées**

Ces soins se présentent d'abord sous la forme du débriefing collectif ou individuel et de l'entretien qui les suit. Les entretiens ultérieurs résultent d'un accord entre le thérapeute et son patient, lorsqu'ils partagent un sentiment d'inachevé. Le tour de l'événement n'a pas été fait complètement, quelque chose vient se rajouter, ou des événements associés paraissent mériter une plus ample exploration, un traumatisme antérieur par exemple.

Parfois c'est l'état du sujet qui ne paraît pas encore satisfaisant. Malgré ces incursions dans d'autres secteurs de la vie du patient, c'est sur l'ensemble de l'événement traumatique que l'on reste concentré et généralement on quitte au bout de trois ou quatre séances un patient dont on ne sait pas grand-chose. Les résultats sont divers. Le patient a retrouvé sa joie de vivre et cette « légèreté de l'être » qui ne trompe pas. (Lebigot F., 2005, p.170)

✓ **Les psychothérapies à court, moyen et long terme**

Elles prolongent souvent les précédentes pour un temps indéterminé au départ, mais qui s'annonce comme long d'emblée lorsque la symptomatologie présente des caractères de gravité et de violence. (Lebigot F., ibid., p.171)

L'autre possibilité est que la psychothérapie débute après l'apparition du syndrome de répétition, parfois très longtemps après. Contrairement aux prises en charge précoces, l'événement n'est pas décrit minutieusement, il est seulement évoqué comme à l'origine des troubles, et il n'est pas conseillé au thérapeute d'adopter le « style » débriefing. Le patient parle de sa souffrance, de ses symptômes. C'est de cela qu'il demande à être soulagé : « Je veux redevenir comme avant. » (Lebigot F., op.cit., p.171).

La suite des entretiens est très semblable dans l'un et l'autre cas, le sujet se laisse porter par sa parole, aidé par les questions, les remarques, les demandes de précisions du médecin ou du psychologue. Peu à peu il aborde son histoire sans trouver que ce soit hors sujet. C'est un exercice devant lequel les individus sont très inégaux, ce qui est pour beaucoup dans la longueur du traitement. Parfois, devant l'incapacité du patient à s'en remettre à sa, propre parole, si c'est encore possible, il vaut mieux l'adresser à un thérapeute plus actif dans la réduction des symptômes. (Lebigot F., 2005, p. 171)

✓ **Les psychothérapies intensives**

C'est une spécialité du milieu militaire, mais transposable, quand les circonstances s'y prêtent, au milieu civil. La recette est simple. Il faut pouvoir hospitaliser le patient dans un service de psychiatrie, celui où travaille le thérapeute. Le personnel infirmier doit aussi bien connaître cette pathologie. Dans l'armée, si vous n'êtes pas officier ou sous-officier et que votre traumatisme se manifeste précocement par une symptomatologie anxieuse ou dépressive, vous êtes évacué sur le service de psychiatrie. (Lebigot F., 2005, p. 175)

Généralement c'est là qu'en moins de vingt-quatre heures se déclenche le syndrome de répétition, ce qui aide beaucoup ces jeunes soldats à admettre qu'ils sont là à leur place. Ils se prêtent bien aussi aux nombreux entretiens qui leur sont proposés dans la semaine. Ils découvrent avec étonnement l'« Autre scène » et deviennent vite curieux des messages que leur apportent cauchemars et rêves. (Lebigot F., op.cit, p. 175)

✓ Les psychothérapies de soutien

Il y a enfin un type de psychothérapie qui s'adresse à des sujets qui ont vécu des traumatismes graves, répétés à un moment particulier de leur vie et dans un contexte de stress intense. Quatre situations sont aisément repérables: Les anciens déportés de camps allemands ou vietminh, les torturés, ceux qui, enfants, ont été victimes de sévices et les otages de longue durée. Outre les liens qui peuvent les attacher à un ou plusieurs éventuels traumatismes, ils ne peuvent envisager de « guérir » d'une partie si importante de leur vie, ce qui signifierait la passer par pertes et profits. Devenus adultes, ces derniers n'ont pas la même clinique que les traumatisés d'âge plus tardif.

Les traumatismes eux-mêmes ne sont jamais décrits et leur simple évocation fait surgir une très grande émotion. Seule une relation transférentielle de qualité a une petite efficacité, ce qui suppose de ne pas être insistant pour obtenir un récit des faits. S'aider d'un accompagnement social et administratif n'est pas inutile, ainsi que parfois la prescription de psychotrope. (Lebigot F., 2005, p.176, 177).

✓ Le débriefing différé

Le débriefing est une méthode de soin conçue pour les soins post-immédiats, et il se révèle une excellente introduction à une éventuelle psychothérapie à court, moyen ou long terme. Tout ce qui dans l'événement est utile pour la suite n'y a pas forcément été dit, mais viendra à son heure dans la succession des entretiens. Lorsque la prise en charge a lieu tardivement, il n'est généralement pas souhaitable de commencer par le débriefing.

Ce n'est pas pour traiter de l'événement que le patient vient nous voir, mais être soulagé de ses symptômes. Commencer par un questionnement sur ce que justement il veut oublier est vécu comme agressif, et de toute façon ce n'est pas sa demande. Celle-ci devra bien sûr évoluer, mais pas forcément dans ce sens-là. (Lebigot F., op.cit, p. 177)

Dans le premier entretien l'événement est survolé au niveau des faits, ou à peine évoqué. Plus tard, en revanche, quand le transfert est installé on va parfois avoir recours à la technique du débriefing. Soit que c'est implicitement ce que le patient demande, il s'est produit des choses qui lui reviennent en mémoire et qui nécessitent de reparcourir les faits, les émotions, les pensées. (Lebigot F., ibid., p. 178)

Soit que le thérapeute juge nécessaire de revenir au point de départ. Cela peut se faire selon les cas de deux façons : fragmentée en fonction des thèmes abordés, ou d'un seul tenant. Quelque chose d'important a été occulté, volontairement ou non. Deux exemples vont nous permettre d'illustrer ces « *come-back* » du débriefing. (Lebigot F., ibid., p.177, 178)

9-2 Les thérapies cognitivo-comportementales du trauma

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

Les TCC du trauma proprement dites sont des thérapies brèves centrées sur le trauma (TFT), éventuellement complétées d'une thérapie plus globale ou sur d'autres cibles. Les psychotropes peuvent jouer un rôle additionnel.

Les techniques usuelles en TCC du trauma sont l'exposition en imagination au souvenir traumatique, l'exposition *in vivo* aux situations évitées, la restructuration cognitive (schémas de danger, culpabilité, etc.), l'affirmation de soi, la gestion de l'anxiété (relaxation, contrôle des stimuli, etc.) et la gestion de la colère.

À cause de, et grâce à, l'évitement, les syndromes phobiques sont des indications majeures 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). (Crocq L., 2007, p.149)

Comment procède-t-on ? On vise à établir un cadre psychothérapeutique, l'alliance thérapeutique ; l'exposition active aux stimuli déclencheurs réduit les évitements par l'extinction de l'anxiété évoquée (la réponse apprise) ; la gestion du stress rend tolérable le niveau de détresse et les réactions de détresse.

Il faut rétablir un équilibre par apprentissage : réduire la fréquence d'émission des comportements nocifs ou non pertinents (conduites anxieuses, conduites agressives, comportements d'évitement, intrusions) et augmenter la fréquence des comportements adaptés (comportement assertif, confrontation aux difficultés, résolution de problèmes, gestion du stress et de la colère). (Crocq L., op.cit., p.149)

Les comportements positifs (plus adaptés) vont se substituer progressivement aux comportements négatifs (source de handicap fonctionnel et de souffrance). Ils acquièrent une plus grande probabilité d'émission dans le milieu environnant en réponse aux stimuli.

La base de la modification du comportement est l'apprentissage : il s'agit d'acquérir de nouvelles compétences et de renforcer des compétences partiellement acquises ou insuffisamment utilisées (à noter qu'on ne peut « désapprendre », pas plus qu'on ne peut activement oublier).

L'apprentissage peut se faire selon le modèle classique de Pavlov (1961) (répondant où est associée une réponse neurovégétative, comme la salivation dans l'expérience historique, à un stimulus externe, comme une sonnerie), selon le modèle de Skinner (1971) (opérant où le renforcement se fait par les conséquences du nouveau comportement), (Crocq L., 2007, p.149)

Selon un mode vicariant (Bandura, 1977 ; suivant un modèle observé), ou selon le modèle cognitif (Beck *et al.* 1979). Ainsi, l'on va utiliser, pour traiter les patients, les mêmes processus que l'on suppose être à l'origine de leurs troubles. Les comportements pathologiques sont supposés avoir été acquis par apprentissage lors du trauma et être renforcés par différents facteurs. Ils vont s'améliorer à mesure que le patient acquiert et apprend à utiliser de comportements plus adaptés. (Crocq L, op.cit., p.150)

9-3 L'HYPNOSE

Selon l'American Psychological Association, l'hypnose est une «procédure spécifique au cours de laquelle on suggère au client d'expérimenter des changements au niveau de ses sensations de ses perceptions, de ses pensées et ou de ses comportements ». Charcot, Freud et Janet déjà, utilisaient l'hypnose au cours de leurs travaux sur l'hystérie et le trauma. La dissociation selon Janet nous permet de comprendre que l'hypnose est une forme de dissociation thérapeutique.

L'hypnose traditionnelle telle que la pratiquait Freud, utilisant la suggestibilité, est contre indiquée dans les traumatismes notamment d'ordre sexuel, car sous-tend une certaine emprise du thérapeute sur le sujet. Diverses méthodes d'hypno-thérapie ont alors été développées, l'approche Ericksonienne étant l'une des références dans le domaine du psycho-traumatisme. Milton Erickson, psychiatre américain (1901-1980), a beaucoup travaillé, avec une conception différente de l'Inconscient, sur l'hypnose comme thérapeutique. (Vacher B. S., 2013., p.78)

Il définit l'hypnose comme « l'évocation et l'utilisation des apprentissages inconscients ». Pour lui, l'Inconscient n'est pas une menace pulsionnelle mais le contenant d'un ensemble de compétences. Capacités qui, une fois identifiées et mobilisées par le sujet, peuvent lui permettre de résoudre ses problèmes.

Selon Erickson : «chaque personne est unique et ne peut entrer dans aucune théorie ». Il faut alors « créer des situations dans lesquelles l'individu modifiera lui-même volontairement sa façon de penser. »

Ainsi, l'actuelle pratique de l'hypnose ericksonienne, développée en 1937 par ses élèves Jay Haley, Jeffrey Zeig et Ernest Laurence Rossi, s'inspire de ses observations et théories. Réalisée sur trois à dix séances, elle se veut être une pratique interactionnelle et non standardisée, au cours de laquelle le thérapeute utilise les données apportées par le patient, pour le guider, dans sa prise de conscience de ses ressources intérieures. (Vacher B. S., op.cit., p.78)

E. Cardeña et D. Spiegel quant à eux ont développé une approche d'hypnose en huit étapes, praticable dans le traitement suite à une agression sexuelle (Cardeña 2000, p.36) :

- 1- Confronter le traumatisme : on demande au patient de reconnaître l'importance du trauma dans l'étiologie de ses symptômes.
- 2- Condensation du traumatisme : trouver une condensation de l'expérience traumatique, un moment particulier, effrayant du psycho-traumatisme.
- 3- Confession à soi-même : reconnaître, en revoyant ou revivant les expériences traumatiques, les sentiments ou les situations dont ils se sentent profondément honteux, qu'ils n'ont jamais osé raconter à personne. (Vacher B. S., 2013, p.78)

4- Consolation : le thérapeute peut exprimer son émotion aux patients et les « consoler » de façon appropriée par des mots, des recadrages, des éclairages, des gestes d'encouragement et des sentiments sincères qu'il éprouve pendant la séance.

5- Conscience : rendre conscients des évènements réprimés ou dissociés entraîne la possibilité de les restructurer. Prendre conscience d'un certain nombre de ressources dont le patient n'avait plus conscience en raison de sa souffrance.

6- Concentration : mobiliser et focaliser la concentration. Cela permet d'activer des souvenirs et de les désactiver quand le travail thérapeutique est terminé.

7- Contrôle : le traumatisme, par ses conséquences, entraîne un sentiment d'impuissance chez le patient. La thérapie par l'hypnose améliore le contrôle des émotions intimement liées au souvenir des expériences présentes et passées.

8- Congruence : le but est d'aider à affronter cette période tragique, à l'intégrer dans la vision présente qu'ils ont désormais d'eux-mêmes, afin que les souvenirs n'aient plus besoin d'être dissociés pour survivre. Ceci implique une restructuration du souvenir afin de le rendre plus supportable à l'état de conscience. (Simon 2006, p.193). (Vacher B. S., op.cit., p.78)

Concernant la réelle efficacité de ce type de thérapies, très peu d'études ont été menées, on retrouve essentiellement des études de cas. La publication de Brom et al. En 1989 est à citer, nous l'aborderons dans l'un des chapitres qui suit. La limite majeure à son utilisation est la susceptibilité hypnotique du sujet. Il s'agit de la capacité de l'individu à répondre à une série de suggestions au cours de la procédure. . (VACHER B. S., 2013., p.78)

Les patients ayant vécu un traumatisme présentent assez fréquemment des symptômes de dissociation, ils sont alors particulièrement hypnotisables. De plus, aussi bien sur le plan thérapeutique qu'éthique, elle ne doit absolument pas être pratiquée avec l'objectif de retrouver des souvenirs traumatiques. Le risque est alors d'engendrer de « faux souvenirs ». En pratique, on comprend alors que l'hypnose trouve tout son sens dans la prise en charge de patients présentant un PTSD, entre autre dans les suites de violences sexuelles, quand elle est utilisée en synergie avec les autres thérapies, quelles soient de type cognitivo-comportementale, Psycho-dynamique ou encore médicamenteuse. (Vacher B. S., op.cit., p.78)

Conclusion

Le traumatisme est une réalité clinique largement décrite dans la littérature psychanalytique et souvent éprouvé comme un excès, qui déborde les capacités de contenance psychique du sujet et anéantit ses capacités défensives, en mettant en échec le travail de liaison de l'appareil psychique.

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 post-traumatique.

Le traumatisme psychique est un phénomène provoqué par un évènement potentiellement traumatisant. Il est vécu dans la frayeur, l'horreur et le sentiment d'impuissance, mais il implique aussi une expérience de confrontation soudaine avec le réel de la mort.

CHAPITRE 2

LA VIOLENCE SEXUELLE

Préambule

La violence sexuelle est un problème d'envergure mondiale. Elle constitue une des violations des droits fondamentaux et des libertés fondamentales des femmes. Elle est source de malheur et de perte en vie humain.

C'est un phénomène qui menace l'intégrité de la femme, un sujet assez tabou, mais assez importants qu'il faut bien soulever pour qu'il soit traité.

Dans ce chapitre, on va essayer d'aborder les points essentiels de ce crime.

1- La violence

1-1 Définition

Le terme violence est employé indifféremment au sujet d'évènement ou d'incidents, graves ou plus courants. Il relève du champ sociologique et juridique.

« Il ya violence quand, dans une situation d'interaction, un au plusieurs acteurs agissent de manière directe ou indirecte, massée ou distribué, en portant atteinte à un ou plusieurs autres à des degrés variables, soit dans leur intégrité physique, soit dans leur intégrité morale, soit dans leur possessions, soit dans leurs participations symboliques et culturelles. » (Sahuc C., 2006, p.15).

1-2 La violence à l'égard des femmes

Tous actes de violence dirigés contre le sexe féminin et causant ou pouvant causer aux femmes un préjudice ou des souffrances physique, sexuelle ou la privation arbitraire de la liberté, que se soit dans la vie publique ou dans la vie privée. (Jaspard M., 2005, p.8)

1-3 Les types de violence

➤ **Les pratiques traditionnelles néfastes** : La violence faite aux femmes peut consister également en des pratiques traditionnelles nuisibles. Parmi celles-ci, figurent les Mutilations Génitales Féminines (MGF), le mariage forcé, le mariage précoce. Ces violences se présentent sous de multiples formes au sein de la famille et de la société. (Mission EUCAP Sahel Mali, 2016)

➤ **Economique**

La violence économique implique l'abus du pouvoir économique, qui est très souvent le domaine des hommes au sein de la famille.

➤ **Physique** : La violence physique va de voies de fait simples (égratignures) aux coups mortels en passant par les coups et blessures plus ou moins graves.

➤ **Quelques exemples** :

- ✓ Gifles ou autres coups ;
- ✓ Mutilations génitales féminines ;
- ✓ Bastonnades, lourds travaux; scarifications ;
- ✓ Autres brutalités physiques ;
- ✓ Enfermer ou empêcher de sortir avec brutalité ;
- ✓ Abandonner de façon brutale sur la route (en voiture) ;
- ✓ Empêcher, avec brutalité, de rentrer chez soi ;
- ✓ Mutilations génitales féminines.

➤ **Sexuelle** : La violence sexuelle est le fait d'imposer ses désirs sexuels à une autre personne sans le consentement de cette dernière. Ce sont des actes et comportements qui amènent la personne à subir du harcèlement ou des relations sexuelles contre sa volonté. (Mission EUCAP Sahel Mali, ibid.)

Quelques exemples :

- ✓ Viol, y compris le viol conjugal ;
- ✓ Imposer des pratiques sexuelles non désirées ;
- ✓ Imposer des rapports sexuels avec d'autres personnes ;
- ✓ Attouchements ;
- ✓ Avances sexuelles déplaisantes ;
- ✓ Imposer les images pornographiques ;
- ✓ Voyeurisme ou exhibitionnisme ;
- ✓ Suivre avec insistance ;
- ✓ Harcèlement.

Cela était un petit aperçu de la violence en générale, maintenant, nous parlons de la violence sexuelle, qui fait l'objet de notre recherche.

Les titres suivant expliquent plus profondément la question de la violence sexuelle. (Mission EUCAP Sahel Mali., op.cit.)

2- La violence sexuelle**2-1 Aperçu historique****➤ Mythologie Grecque et Egyptienne**

Le récit majeur relatant un inceste se trouve dans la mythologie grecque. Il s'agit de l'incontournable mythe d'OEdipe.

Alors que Jocaste, femme de Laïos, roi de Thèbes, attend un enfant, un oracle prédit à celui-ci « il tuera son père ; il épousera sa mère ». Une fois né, Laïos abandonne l'enfant sur le mont Cithéron. Le nouveau-né sera sauvé par des pâtres, qui le confient alors au roi de Corinthe. Polybos et sa femme l'élèveront comme leur fils. (Vacher B. S., 2013, p.10)

Un jour, alors qu'Oedipe est en chemin vers Thèbes pour éclaircir le mystère de sa naissance, une querelle éclate avec un homme âgé, qu'il finit par tuer. Cet homme n'était autre que Laïos son père. A l'entrée de Thèbes, Oedipe résout la fameuse énigme du sphinx, il est alors proclamé roi de Thèbes et épouse donc la reine Jocaste, qui n'est autre que sa mère biologique. Sans le vouloir il accomplit la prophétie de l'oracle. Du couple incestueux naissent quatre enfants. Lorsqu'ils prennent connaissance de la terrible vérité sur leur histoire et leur union, Jocaste se suicide et Oedipe se crève les yeux. Ce mythe sera traité par une multitude d'auteurs, peintres, sculpteurs, cinéastes et musiciens, Sophocle dans deux de ses tragédies, *Oedipe roi* et *Oedipe à Colone* en 400 avant J-C, Corneille en 1659, Voltaire en 1718, Gide en 1930 dans leur pièce toutes trois nommée *Oedipe*. Les récits de mythologie égyptienne relatent des relations incestueuses. En autres de multiples unions frère-sœur, citons simplement Osiris-Isis ou encore Seth-Nephtys. (Vacher B. S., op.cit., p.10)

➤ **L'inceste dans l'histoire**

Commençons par l'Egypte Antique, avec le Grand Pharaon Ramsès II qui aurait eu des enfants avec deux de ses filles, puis Cléopâtre qui épousa deux de ses frères Ptolémée XIII et Ptolémée XIV.

Les Borgia, d'origine espagnole, se trouvent être une famille influente en Italie à la fin du Moyen-âge et à la Renaissance. Cette dynastie est célèbre pour avoir donnée deux papes, Calixte III et Alexandre VI mais surtout pour ses mœurs scandaleuses faites de corruption, meurtres, empoisonnements, fratricides ainsi que pour les relations incestueuses entre Lucrece Borgia, son père Rodrigo et son frère. Cette famille a été et est encore une source d'inspiration pour de multiples romans, opéras, films, séries télévisées et même jeux vidéos et bandes dessinées. (Vacher B. S., op.cit., p.10, 11)

Citons Alexandre DUMAS en 1839 dans *Crimes célèbres*, série faite de plusieurs œuvres dont les III et IV sont *Les Borgia* ; Michel ZEVACO dans *Borgia !* En 1906 et plus récemment en 2011 les séries télévisées de Tom FONTANA et Neil JORDAN. (Vacher B. S., op.cit., p.11)

➤ **Le viol comme arme de guerre**

Depuis l'Antiquité en passant par la Seconde Guerre mondiale, le viol a été utilisé dans les conflits comme arme de guerre et outil de répression. Instrument de torture aussi bien utilisé contre les hommes que les femmes et même les enfants.

Les plus récents et fréquemment cités sont :

- ✓ Le génocide au Rwanda, en 1994 (500 000 viols, 70% des victimes auraient contracté le VIH) après lequel les violences sexuelles feront partie de la définition de « génocide » ;
- ✓ Le conflit bosniaque (entre 1992 et 1995, 20 000 musulmanes ont été violées), le Tribunal Pénal International pour l'ex-Yougoslavie a alors retenu les qualificatifs de « torture » ainsi que de « crime contre l'humanité » ;
- ✓ En septembre 2009 à Conakry en Guinée plusieurs centaines de femmes manifestant de manière pacifique leur opposition à la dictature militaire ont été violées par les militaires du capitaine Camara ;
- ✓ Début 2011 en Lybie, Kadhafi aurait « commandité des viols en masse afin de terroriser les rebelles » selon Luis Moreno Ocampo procureur de la Cour Pénale Internationale. Même scénario rapporté en Côte-d'Ivoire entre Décembre 2010 et mai 2011 entre pro-Gbagbo et pro-Ouattara ;
- ✓ Encore plus récemment les témoignages et articles se multiplient rapportant « le viol comme arme en Syrie. ». (Vacher B. S., 2013, p.11, 12)

Ces pratiques au moment des conflits armés, n'épargnent nullement les enfants, les adolescents et tout particulièrement les jeunes filles.

La virginité pour beaucoup de cultures est un symbole sacré de pureté, la victime de viol sera alors désormais le symbole de l'humiliation et du déshonneur. Signe indélébile de dévalorisation sociale et familiale, le viol devient une atteinte à l'individu au retentissement collectif.

Ainsi, l'ONU depuis 2008 qualifie le viol de « tactique de guerre », d'autres utilisent le terme « d'arme de destruction massive ». Ces victimes devraient alors pouvoir bénéficier du statut de victime civile de guerre suite à des violences sexuelles et ainsi avoir accès à des soins adaptés. (Vacher B. S., op.cit., p.12)

➤ **Les violences sexuelles dans les romans contemporains**

Le récit de Laurent de Villiers, *Tais-toi et pardonne !*, paru aux éditions Flammarion en 2011, est le témoignage des agressions sexuelles dont il dit avoir été victime par son frère. Cet ouvrage relatant son parcours a trouvé un écho médiatique de part la renommée de la famille dont il est issu.

En voici quelques extraits :

« La maison est calme. Nous sommes samedi après-midi et tout le monde vaque à ses occupations. Il pousse la porte du pied et entre, parle de mes GI Joe. Me demande de le suivre, *on va jouer...* Il a des choses à me raconter... Pour une fois qu'il est gentil, je le suis. Nous entrons dans sa chambre. Il est doux. Si différent. Me dit qu'il va m'expliquer plein de choses indispensables, très importantes. Comme le sexe. (Vacher B. S., 2013, p.12, 13)

Il me dit que nous allons jouer et que ça va être agréable. Il me dit que je suis son petit frère, qu'il m'aime. Il me dit que *nous sommes pareils, que nous avons le même problème, que nous sommes pervers, obsédés par l Péché de chair...* Je ne comprends pas grand-chose. Il me dit que nous " jouons ", mais qu'il ne faut pas en parler.

Pendant six mois, Guillaume vient me chercher régulièrement dans ma chambre. Souvent, j'arrive à table en pleurs d'avoir croisé mon frère quelques instants auparavant. Alors maman me demande ce que j'ai et je n'ose pas lever les yeux. Il guette. "Rien, rien... Je suis tombé dans les escaliers." Guillaume me fait peur. Il m'a toujours fait peur. Lui n'a peur de rien. Maman m'aide à ne rien dire. Quand elle remarque des bleus, elle hausse les épaules. "Ah, mais tu ne peux pas faire attention !" ou " C'est le petit Jésus qui t'a puni. " Puni de quoi ? » (Vacher B. S., op.cit., p.13)

« Nous sommes en juin 2002 et je suis seul à la maison. J'ai ouvert une bouteille de vodka et déjà descendu quelques verres. Sans même réfléchir, comme une évidence absolue, je me dirige vers la chambre de papa et maman. Je n'ai même pas à chercher. J'ouvre la penderie. Je pousse la rangée de costumes de papa. Au fond, posé dans sa housse de cuir, le fusil m'attend.

Je suis calme, le fusil entre mes mains. Je sais ce qu'il me reste à faire. Je regarde le papier sur lequel j'ai griffonné à l'intention de papa, maman, mes frères et sœurs, un seul mot : Pourquoi ? J'enlève la sécurité. J'arme. Je positionne le canon du fusil face à mon visage, entre mes yeux. Ça devrait être rapide. Je pose mon doigt sur la détente. J'inspire avant le grand saut. J'expire, prêt à tirer. Mais dans le silence absolu de la maison, une sonnerie retentit. Mon portable. Je pensais l'avoir éteint. (Vacher B. S., 2013, p.13)

Le nom de Benoît apparaît sur l'écran illuminé. Mécaniquement, je décroche. Nous parlons, de tout, de rien, comme d'habitude. Merci Benoît. » « Depuis, j'ai enfin trouvé la force de parler. De les affronter, de combattre leur silence aujourd'hui devenu mensonge. Je n'en peux plus de me taire. Je n'en peux plus d'avoir mal. Il faut qu'ils sachent. Il faut que tout le monde sache. »

« Mais ce jour là, pour la première fois, je décris véritablement les images qui me hantent, ces scènes que j'ai rejetées J'ai honte. Je me sens coupable d'avoir porter plainte, d'être obligé de porter plainte. Je porte en moi la honte tenace d'avoir été souillé, sali. La honte, aussi, de ne pas avoir pu ni su me défendre, de ne pas avoir su ni pu l'empêcher. Dix ans après, j'en suis encore l'acteur, puisque assis sur une chaise à raconter à l'inspectrice ce que j'ai subi. (Vacher B. S., op.cit., p.13)

Et je dois répondre, encore et toujours, à la question que je ne cesse de me poser : " Pourquoi vous n'avez rien fait ? " Pourquoi ?... Parce que j'avais 10 ans, parce qu'il en avait Parce que je n'avais ni la maturité intellectuelle ni la force physique.

Des mots et une masse informe de culpabilité. » « J'ai toujours cru à la guérison par la vie. Pour qu'un enfant blessé devienne un homme, il faut qu'il redécouvre son enfance et accepte de ne pas en avoir eu. Il m'aura fallu attendre de rencontrer ma fille pour comprendre ce qu'est la vie. Avec ses premiers pas, je refais les miens. » « Dans quelques mois, je vais devenir citoyen américain. Je choisis le pays des rêves, de la renaissance et renonce à tout jamais à mon nom. Aujourd'hui, je ne suis plus le fils de personne. » (Vacher B. S., 2013, p.14)

Autre récit autobiographique, celui de Margaux Fragoso, *Tigre, tigre !*, paru en 2012 chez Flammarion. Margaux, dont la mère est bipolaire et le père alcoolique violent, grandit au sein de cette famille défaillante. Vers l'âge de 7 ans, elle croise à la piscine communale, Peter, 51 ans. Cet homme s'immisce alors dans la famille, prenant l'apparente place d'un tuteur pour Margaux, il est en réalité un pédophile qui sera son agresseur pendant 14 ans. Sur la préface du roman on peut lire : « Lyrique, profond et d'une limpidité hypnotique, *Tigre, tigre !* Dépeint d'une manière saisissante les forces opposées de l'emprise et de la mémoire, de l'aveu et du déni, et questionne nos capacités de guérison. Un récit extraordinaire qui dévoile de l'intérieur la pensée d'une jeune fille au bord de la chute libre. » (Vacher B. S., op.cit, p.14)

Christine Angot quant à elle, s'est illustrée à deux reprises sur ce thème, avec *Inceste* paru chez Stock en 1999, puis en 2012 avec *Une semaine de vacances* paru chez Flammarion. Les violences sexuelles demeurent un thème embarrassant dans la littérature, souvent abordées sans concessions, les publications défrayent alors la chronique. Déjà en 1955 le roman *Lolita* de Vladimir Nabokov avait fait scandale. Ce récit dérangeant, dont le narrateur Humbert Humbert relate sa relation pédophile avec une jeune fille de 12 ans, sera adapté au cinéma en 1962 par Stanley Kubrick. (Vacher B. S., 2013, p.14)

2-2 Définition

Les violences sexuelles sont des agressions en rapport avec la sexualité et l'agresseur et de l'agressé. Ce sont en quelque fois des mots des attitudes dans le cas du harcèlement sexuel mais surtout des actes, des pratiques sexuelles, infligés à une personne qui les refuse. Pour les imposer l'agresseur utilise la force physique, les brutalités, voire les tortures, les menaces de tous ordres, ou encore la persuasion ou le chantage affectif. (Jaspard M., 2005, p. 62).

L'Organisation Mondiale de la Santé définit la violence sexuelle comme suit : « Tout acte sexuel, tentative pour obtenir un acte sexuel, commentaire ou avances de nature sexuelle, ou actes visant à un trafic ou autrement dirigés contre la sexualité d'une personne utilisant la coercition, commis par une personne indépendamment de sa relation avec la victime, dans tout contexte, y compris, mais s'en s'y limiter, le foyer et le travail ». (OMS, 2002)

2-3 Les formes de violence sexuelle

La violence sexuelle englobe, sans y être limitée, les formes suivantes :

✓ La violence physique, sexuelle et psychologique au sein de la famille, y compris les coups, les sévices sexuels à l'égard des enfants de sexe féminin, les violences liées à la dot, le viol conjugal, les mariages forcés, les mutilations génitales et autres pratiques préjudiciables à la femme, la violence non conjugale et la violence liée à l'exploitation ;

✓ La violence physique, sexuelle et psychologique au sein de la collectivité, y compris les viols, les sévices sexuels, le harcèlement et l'intimidation au travail, dans les établissements d'enseignement et ailleurs, le proxénétisme et la prostitution forcée ; (Josse E., 2006, p15.)

✓ La violence physique, sexuelle et psychologique perpétrée ou tolérée par l'Etat, où qu'elle s'exerce. (Josse E., op.cit., p15.)

2-4 Les types de violence sexuelle

- **Le viol :** Acte sexuelle incluant une pénétration (vaginale, anal ou orale) imposé par la contrainte physique ou psychologique. Il peut s'agir d'une pénétration d'un objet quelconque dans un orifice sexuel, ou d'une pénétration d'un objet sexuel dans un orifice quelconque (tout acte de pénétration sexuelle de quelque nature que ce soit commis sur la personne d'autrui par violence contrainte, menace ou surprise est un violé).
- **Les agressions sexuelles :** (autre que le viol) Il s'agit alors selon le code pénal d'acte d'attouchements illicites ou impudiques exercés avec ou sans violence sur une personne non consentante ou ne pouvant y consentir en public ou non et susceptible d'offenser la pudeur de cette personne.
- **L'inceste :** Relation sexuelle entre membre d'une même famille. Il peut s'agir d'une relation entre un adulte majeur et un mineur de moins de 15ans ou entre une personne majeure ou non et un mineur sur lequel se possède une autorité. Ainsi si les relations sexuelles entre majeur consentant d'une même famille ne constituent en aucun cas une infraction, le mariage entre parents proche est pour sa part prohibé (ainsi, sera interdit le mariage entre frère et sœur, parent et enfant, oncle et tante et nièce et neveu).
- **Le harcèlement sexuel :** Qui repose sur la soumission dans le cadre de rapport hiérarchique et/ou de dépendance.
- **L'exhibition sexuelle :** Acte qui consiste à dévoiler en public ses parties intimes ou des actes sexuels (l'exhibition sexuelle) imposé à la vue d'autrui dans un lieu accessible au regard du public.
- **Le proxénétisme :** Qui consiste à aider, assister, protéger ou tirer profit de la prostitution d'autrui « le proxénétisme. (Barthly A)

2-5 Les femmes à risque

- ✓ Les femmes non accompagnées (veuves, sans famille) ;
- ✓ Les fillettes placées en foyer d'accueil ou travaillant comme domestiques ;
- ✓ Les femmes chefs de ménage ;
- ✓ Les femmes âgées ;
- ✓ Les femmes souffrant d'un handicap physique ou mental ;
- ✓ Les femmes incarcérées en prison ou dans les camps de concentration ;

(Notamment lorsque les conditions de détention n'assurent pas une protection par rapport aux prisonniers masculins ou lorsque les gardiens sont des hommes) ;

- ✓ Les femmes ayant déjà subi un viol. Celles-ci sont généralement marginalisées ;
- ✓ Vivent seules et sans protection ce qui les rend plus vulnérables à une nouvelle
- ✓ Agression ;
- ✓ Les prostituées ;
- ✓ Dans les conflits armés, les femmes des groupes ethniques-cibles lorsque ;
- ✓ L'agresseur a pour politique, officielle ou non, d'utiliser le viol comme arme de
- ✓ Génocide.

(Josse E., 2006, p15.)

Maintenant essayons d'aborder la thématique des VS en Algérie, et de démontrer ses points essentielles.

3 Les violences sexuelles en Algérie

3-1 Lors de la guerre

Lors de cette guerre, la France commit beaucoup d'atrocités et les méthodes violentes, comme la torture ou la répression de la population civile algérienne, sont presque à l'ordre du jour. Mais, l'atrocité la plus tue et cachée, aussi bien par les auteurs que par les victimes, est celle des abus sexuels commis par les soldats français à l'égard des femmes algériennes.

La guerre d'Algérie, en effet, n'implique pas seulement les hommes, mais la population entière et, donc, aussi des femmes doivent s'engager. Entre 1954 et 1962, environ 11000 algériennes (chiffre du recensement proposé par la chercheuse Emilie Goudal) ayant généralement moins de 30 ans, accomplissent beaucoup de missions et s'engagent pour aider leurs maris, pères, frères et amis à se battre contre les soldats français. (Tosato I., 2015/2016, p.41).

À ce propos, Djamila Amrane montre comment 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» Pour les soldats français, les femmes algériennes deviennent donc des ennemies à combattre et, à la suite de cela, elles sont suspectées, fichées, arrêtées, interrogées, assignées à résidence ou exécutées. Même s'ils ne reçoivent ni ordres explicites, ni écrits à ce propos, les violences sexuelles à l'égard des algériennes assument un caractère massif en Algérie entre 1954 et 1962. (Tosato I., *ibid.*, p.42)

Les femmes algériennes sont en effet soumises aux violences sexuelles dans les villes mais surtout dans les campagnes, où les soldats, ayant pour objectif principal «le défoulement de la soldatesque», utilisent ces violences pour obtenir leur but. Des témoins sont même arrivés à affirmer que les prisonniers torturés étaient presque toujours des femmes et qu'environ neuf détenues sur dix, en fonction de leur âge et de leur physique, ont en outre été victimes d'abus sexuels. La plupart des femmes algériennes détenues, outre à être interrogées quotidiennement, dans plusieurs cas, étaient aussi laissées agoniser dans une cave et torturées quotidiennement à l'eau salée et à coups de pioche dans les seins. (Tosato I., op.cit., p.42, 43)

Elles deviennent des ennemies à part entière et le viol, commis aussi bien avant d'être arrêtées, qu'au moment de l'arrestation, que durant leur détention dans les centres dépendants de l'armée, devient une véritable arme de guerre. Les agressions à l'égard des femmes commencent avec des insultes et des obscénités et elles continuent ensuite par «la gégène, et la baignoire, et là, quand la femme est ruisselante, hagarde, anéantie, on la viole». Elles sont utilisées pour terroriser un prisonnier, ou principalement une prisonnière, et pour chercher donc à les faire parler, mais aussi dans le but de marquer définitivement, de manière invisible, les victimes et leurs proches. Toutefois, le but principal de ces violences sexuelles n'est pas en effet de faire parler les victimes, mais de démontrer qui détient le pouvoir. Dans cette période, les hommes algériens sont considérés par les Français comme des sous-hommes, et la considération qu'ils ont des femmes algériennes est encore pire: elles sont considérées même pires que des chiens. Mais les causes des violences ne se trouvent pas seulement dans le racisme mais aussi dans l'isolement, dans l'ennui à devenir fou, dans les beuveries et dans l'effet de groupe. (Tosato I., 2015/2016, p.43)

Les abus sexuels commis donc par les soldats français peuvent être de différents types et, par exemple, les femmes sont soumises en particulier au viol prémédité, accompli pendant la nuit par un petit groupe. De soldats qui abandonnent le poste corrélatif pour se rendre, avec leurs complices, dans les mechtas des régions rebelles, ou, plus fréquemment, au viol opportuniste, accompli par des soldats qui l'utilisent comme accompagnement des opérations militaires dans le but de détruire l'organisation politico-militaire des ennemis et, par suite de cela, de les contrôler.

Les objets les plus fréquemment utilisés par les soldats français pour commettre aussi bien des violences sexuelles à l'égard d'une seule femme que des viols de type collectif, dans lesquels ils se succèdent sur le corps des femmes et se surveillent à tour de rôle, et pour soumettre les algériennes à des pénétrations violentes, sont les bouteilles, les morceaux de bois, des objets contondants ou même l'électricité. Le but des forces de l'ordre françaises est, en effet, d'utiliser les femmes pour faire l'Algérie française. (Tosato I., op.cit., p.43, 44)

À la fin de la guerre, différemment de ce qui se passe, en Afrique, par exemple, les Algériens décident de tout oublier et, à la suite de cela, les maris ne veulent pas divorcer de leurs femmes; Les jeunes filles sont mariées et, pour ne faire pas naître d'enfants de ces viols, les victimes sont soumises à l'avortement. Les Algériens, en outre, pour mieux oublier ce qui s'est passé, décident de ne jamais écrire des rapports étendus à propos des violences sexuelles commises pendant la guerre d'Algérie et les seules données écrites à ce propos se trouvent dans quelques rapports du Procureur général d'Alger au Garde des Sceaux à propos d'affaires de viols dénoncées à l'autorité judiciaire et dans des dossiers d'action publique plutôt maigres. (Tosato I., 2015/2016, p.45)

3-2 Lors des années 1990

Durant le conflit interne des années 1990, des centaines, voire des milliers, de femmes et de jeunes filles ont subi des viols ou d'autres formes de violences sexuelles perpétrées par des membres des groupes armés. Certaines ont été mutilées et tuées. D'autres ont été enlevées, retenues contre leur gré et forcées à faire la cuisine et le ménage pour des membres des groupes armés.

Certaines ont pu fuir, d'autres ont été abandonnées par les membres des groupes armés après avoir été enlevées et violées. Un certain nombre d'entre elles sont tombées enceintes à la suite de viols et ont mis des enfants au monde. Certaines ont contracté des maladies sexuellement transmissibles, ou ont eu des problèmes gynécologiques en raison des violences subies. Beaucoup continuent de souffrir de traumatismes physiques et psychologiques provoqués par les supplices subis. La cause principale de ces traumatismes réside dans les violences sexuelles dont ces femmes et ces fillettes ont été victimes, notamment le viol, mais la stigmatisation sociale généralement associée aux victimes de viols ou d'autres violences sexuelles en Algérie n'a fait qu'exacerber ces traumatismes. (Amnesty International, 2014)

Cet ostracisme social peut exposer ces victimes à être rejetées par leur mari, leur famille ou la communauté, subissant ainsi de multiples formes de discrimination. De nombreuses femmes et fillettes ne révèlent pas le viol ou les autres formes de violences sexuelles qu'elles subissent, et osent encore moins porter plainte, en raison de cette stigmatisation. Ainsi, le véritable nombre de femmes et de jeunes filles victimes de violences sexuelles durant le conflit des années 1990 reste inconnu. (Amnesty International., *ibid.*)

3-3 Epidémiologie de la violence sexuelle en Algérie

Il n'existe pas de statistiques exhaustives sur l'ampleur de la violence sexuelle et de la violence liée au genre en Algérie. Mais d'après une grande étude sur la violence à l'encontre des femmes en Algérie, conduite par l'Institut national de santé publique (INSP) et publiée en 2005¹, 5,4 % des violences perpétrées à l'égard des femmes étaient de nature sexuelle. Souvent, les victimes de violences sexuelles ne dénoncent pas les abus dont elles sont victimes en raison de la stigmatisation associée au viol et aux autres violences sexuelles. Ce chiffre est donc probablement bien plus élevé en réalité. (Amnesty International., op.cit)

Des données récentes assemblées par la police judiciaire et dont les médias algériens se sont fait écho indiquent que durant les neuf premiers mois de 2013, 266 des 7 010 plaintes déposées concernaient des violences sexuelles, notamment des cas de viols, de harcèlement sexuel et d'inceste. La commissaire divisionnaire à la direction de la police judiciaire chargée de la protection des femmes et des enfants victimes de violences aurait déclaré que le véritable chiffre était probablement plus élevé étant donné le tabou qui pèse sur ce problème. Les violences sexuelles ne sont pas toujours signalées, en particulier dans les sociétés traditionnelles et patriarcales où la femme représente l'honneur de la famille et où les violences sexuelles contre les femmes sont considérées comme une humiliation pour les hommes de la famille. Selon Balsam, un réseau national de centres d'écoute qui aident les femmes victimes de violences, sur les 29 532 cas de violences contre des femmes dont l'organisation a été informée en 2013, 4 116 concernaient des violences sexuelles, soit environ 14 %.³ Nada, une organisation non gouvernementale de défense des droits des enfants, a également signalé une augmentation de la violence sexuelle à l'égard des enfants, notamment de l'inceste, dont sont victimes garçons et filles. (Amnesty International., 2014.)

3-4 La violence sexuelle d'un point de vue juridique

➤ Législation algérienne

Premier février 2014, Abdelmalek Sellal, Premier ministre algérien, a signé le décret 14-26, lui donnant force de loi. Cette loi prévoit le versement d'une indemnisation aux femmes victimes de viols perpétrés par des membres de groupes armés durant le conflit interne qui a ravagé l'Algérie dans les années 1990, comme y ont droit les autres victimes de terrorisme. Des atteintes généralisées aux droits humains, perpétrées par les forces gouvernementales comme par les groupes armés, ont caractérisé ce conflit. (Amnesty International., op.cit)

Les groupes armés ont été responsables d'homicides délibérés de civils, d'attaques menées sans discrimination, de tortures et autres mauvais traitements, d'enlèvements, de viols et d'asservissements. Ce nouveau décret constitue une reconnaissance effective officielle et essentielle, même si elle arrive bien tard, du fait que les femmes qui ont été violées par des membres des groupes armés (que la législation qualifie de groupes terroristes) ont été et sont des victimes. Se faisant écho des demandes des organisations algériennes de défense des droits des femmes, Amnesty International et les experts et organes concernés au sein des Nations unies exigent depuis longtemps que les autorités algériennes accordent pleine réparation (y compris financière, mais sans s'y limiter) à toutes celles qui ont été victimes de viols et d'autres violences sexuelles pendant le conflit interne des années 1990. Le décret 14-26 ne résout pas entièrement le problème du legs lié aux violences sexuelles perpétrées pendant le conflit et il est difficile de savoir comment ce décret sera mis en œuvre dans la pratique. Son adoption met en lumière les lacunes du droit algérien, qui ne permet pas de protéger les femmes et les jeunes filles victimes de violences sexuelles. (Amnesty International., 2014)

Parmi ces insuffisances, citons en particulier une définition inadaptée du viol et des autres formes de violences sexuelles, ainsi que des dispositions de la législation algérienne qui empêchent les victimes de telles violences d'obtenir des réparations adéquates. C'est ainsi qu'une disposition du Code pénal permet à un violeur d'échapper aux poursuites s'il épouse sa victime. D'autres dispositions interdisent l'avortement. (Amnesty International., op.cit)

À la fin du mois de juin 2014, les autorités algériennes ont annoncé une nouvelle loi renforçant la protection des femmes face à la violence. Un projet de loi propose des modifications du Code pénal et un autre entend mettre en place un fonds gouvernemental destiné aux femmes divorcées qui ont la garde de leurs enfants et dont l'ex-époux ne veut ou ne peut pas verser une pension alimentaire.

D'après les textes des projets consultés par Amnesty International, la violence physique contre un conjoint serait explicitement érigée en infraction, reconnaissant ainsi la prévalence de la violence conjugale, et l'auteur pourrait encourir une peine de prison allant de un à cinq ans en fonction de la gravité des blessures infligées à la victime. Par ailleurs, les réformes prévues condamneraient explicitement les attentats à la pudeur à l'encontre de femmes dans des lieux publics, qui seraient passibles de peines de prison. Si elles sont adoptées, ces lois complèteraient les importantes dispositions relatives au harcèlement sexuel qui avaient été introduites dans le Code pénal en 2004. (Amnesty International., 2014)

Cependant, même si ces réformes sont adoptées, la législation algérienne reste inadéquate pour protéger les victimes de violences sexuelles. Le pays n'est toujours pas doté d'une législation exhaustive qui puisse mettre un terme à la violence contre les femmes, dont la violence sexuelle devrait être un élément essentiel. Cette synthèse identifie certaines des lacunes existantes et énonce, dans une série de recommandations adressées au gouvernement algérien, des mesures cruciales à mettre en place pour y remédier. (Amnesty International., op.cit)

➤ **Les violences sexuelles selon le code pénal**

Tout acte sexuel (attouchements, caresses, pénétration...) commis avec violence, contrainte, menace ou surprise est INTERDITE par la loi et SANCTIONNEE pénalement, et cela selon le code pénal de la législation de chaque pays. Et la législation algérienne est comme suite :

✓ **l'agression sexuelle**

Art. 335. (Modifié) - Est puni de la réclusion à temps, de cinq (5) à dix (10) ans, tout attentat à la pudeur consommé ou tenté avec violences contre des personnes de l'un ou de l'autre sexe.

Si le crime a été commis sur la personne d'un mineur de seize ans, le coupable est puni de la réclusion à temps de dix (10) à vingt (20) ans.

✓ **le viol**

Art. 336. (Modifié) - Quiconque a commis le crime de viol est puni de la réclusion à temps, de cinq (5) à dix (10) ans.

Si le viol a été commis sur la personne d'une mineure de seize ans, la peine est la réclusion à temps de dix (10) à vingt (20) ans. (Code pénal, 2012)

Art. 337. - Si les coupables sont les ascendants de la personne sur laquelle a été commis l'attentat ou le viol, s'ils sont de la classe de ceux qui ont autorité sur elle, s'ils sont ses instituteurs ou ses serviteurs à gages, ou serviteurs à gages des personnes ci-dessus désignées, s'ils sont fonctionnaires ou ministres d'un culte, ou si le coupable, quel qu'il soit, a été aidé dans son crime par une ou plusieurs personnes, la peine est celle de la réclusion à temps, de dix (10) à vingt (20) ans, dans le cas prévu à l'alinéa premier de l'article 334, et de la réclusion perpétuelle, dans les cas prévus aux articles 335 et 336. (Code pénal. op.cit)

✓ **L'inceste**

Art. 337 bis. (Nouveau) - Sont considérées comme incestes, les relations sexuelles entre :

- 1- Parents en ligne descendante ou ascendante ;
- 2- Frères et sœurs germains, consanguins ou utérins ;
- 3- Une personne et l'enfant de l'un de ses frères ou sœurs germains, consanguins ou utérins ou avec un descendant de celui-ci ;
- 4- La mère ou le père et l'époux ou l'épouse, le veuf ou la veuve de son enfant ou d'un autre de ses descendants ;
- 5- Parâtre ou marâtre et le descendant de l'autre conjoint ;
- 6- Des personnes dont l'une est l'épouse ou l'époux d'un frère ou d'une sœur ; La peine est de 10 à 20 ans de la réclusion dans les 1er et 2ème cas, de cinq (5) à dix (10) ans d'emprisonnement dans les 3ème, 4ème et 5ème cas et de 2 à 5 ans dans le 6ème cas.

Dans tous les cas, si l'inceste est commis par une personne majeure avec une personne mineure de 18 ans, la peine infligée à la personne majeure sera obligatoirement supérieure à celle infligée à la personne mineure. (Code pénal.2012)

La condamnation prononcée contre le père ou la mère comporte la perte de la puissance paternelle ou de la tutelle légale.

✓ **l'harcèlement sexuel**

Art. 341 bis. (Nouveau) - Est réputée avoir commis l'infraction de harcèlement sexuel et sera punie d'un emprisonnement de deux (2) mois à un (1) an et d'une amende de cinquante mille (50.000) DA à cent mille (100.000) DA, toute personne qui abuse de l'autorité que lui confère sa fonction ou sa profession, en donnant à autrui des ordres, en proférant des menaces, en imposant des contraintes ou en exerçant des pressions, dans le but d'obtenir des faveurs de nature sexuelle.

En cas de récidive, la peine est portée au double. (Code pénal, op.cit)

✓ **Le proxénétisme**

Art. 343. (Modifié) - Est puni d'un emprisonnement de deux (2) à cinq (5) ans et d'une amende de cinq cents (500) à vingt mille (20.000) DA, à moins que le fait ne constitue une infraction plus grave, quiconque sciemment :

1- d'une manière quelconque, aide, assiste, ou protège la prostitution d'autrui ou le racolage en vue de la prostitution ;

2- sous une forme quelconque, partage les produits de la prostitution d'autrui ou reçoit des subsides d'une personne se livrant habituellement à la prostitution ou tirant elle même des ressources de la prostitution d'autrui ;

3- vit avec une personne se livrant habituellement à la prostitution ;

4- étant en relations habituelles avec une ou plusieurs personnes se livrant à la prostitution ne peut justifier de ressources correspondant à son train de vie (Code pénal, 2012)

5- embauche, entraîne ou entretient, même avec son consentement, une personne même majeure en vue de la prostitution, ou la livre à la prostitution ou à la débauche ;

6- fait office d'intermédiaire, à un titre quelconque, entre les personnes se livrant à la prostitution ou à la débauche et les individus qui exploitent ou rémunèrent la prostitution ou la débauche d'autrui ;

7- par menace, pression, manœuvre ou par tout autre moyen, entrave l'action de prévention, de contrôle, d'assistance ou de rééducation entreprise par des organismes qualifiés en faveur de personnes se livrant à la prostitution ou en danger de prostitution.

La tentative des délits visés au présent article est punie des peines prévues pour ces délits. (Code pénal, op.cit)

4 Le point de vue Islamique sur les violences sexuelles

Celui qui connaît de près les lois islamiques saura qu'en Islam, il n'existe pas trop de différence entre fornication et viol. Le mot utilisé en arabe pour désigner la fornication est « El zina », ce qui se rapporte littéralement aux rapports sexuels hors mariage. Celui pour désigner le viol est « Ikrah » ou encore « irtissab », et implique l'idée d'une contrainte imposée par la force à la femme dans le but d'avoir un rapport sexuel avec elle. Dans la suite, nous ferons le tour de ce que dit l'Islam sur le sujet, mais sans trop rentrer dans les détails.

Dans « Mouatta Malek », recueil des fatwas de l'imam Malik, deux cas sont à distinguer en cas de viol. Si la femme violée n'est pas esclave, le violeur se doit de lui payer une dot. Si le violeur est marié, sa punition (al had) sera la lapidation. S'il n'est pas marié, il recevra 100 coups de fouet. Tel est l'avis de Al Chaffii, Al Laith, Abou Hanifa et Al Thaouri. (Labidi K., 2002)

Tous rapportent que, selon Ali Ibn Abin Talib, seul « al had » est à appliquer sans y adjoindre le paiement compensatoire d'une dot.

Mais Malik penche pour le premier avis car il dissocie pour sa part le droit divin, qui se traduit par « al had », du droit humain représenté par la dot. Il cite dans sa démonstration l'exemple du voleur à qui l'on coupe la main pour rendre justice à Dieu et à qui l'on confisque ce qu'il a volé afin de le remettre à son propriétaire dans le but de rendre justice à de dernier. Par ailleurs, Malik ne fait aucune différence entre une femme musulmane et une non-musulmane, entre une femme faite et une vierge.

Cependant, si la pénétration se fait juste avec un doigt et qu'il y ait une rupture de l'hymen, on trouve, dans le livre d'Ibn Al Mouazi, rapporté par Ibn Zaid, par Ibn Al Kacim, cette indication des plus révélatrices que la dot devra être réduite au 1/3, quel que soit l'âge de la femme ou de l'esclave violée, car il y aura eu blessure et non pénétration. (Labidi K., op.cit.)

➤ **Extrait de la rubrique « Encyclopédie des fatwas »**

« Réponse à la question : quelle est la différence entre la fornication et le viol du point de vue de la loi islamique ?

La fornication sujette à punition (« al had ») est celle où le pénis pénètre le vagin « interdit, » de manière claire, hors mariage, pour un homme ou une femme majeurs, jouissant de toutes leurs facultés mentales et ayant conscience du caractère illicite de la fornication.

Dans ce cas, d'après Ahmed et Al chafii, chacun des partenaires, s'il n'est pas marié, recevra 100 coups de fouet et se verra condamné à l'exil pour une durée d'un an. Selon Malik et Al Aouzaii, seul l'homme doit être condamné à l'exil. Quant à Hanifa, il remet cette décision entre les mains du juge. (Labidi K., ibid.)

Si l'un des partenaires est marié, celui-là sera condamné à la lapidation. Mais selon Ibn Hazm et Ishak, il faut lui donner 100 coups de fouets avant de le lapider. Voilà donc en ce qui concerne la fornication entre deux personnes consentantes et hors le cadre du mariage.

Quant au viol, qui consiste à forcer la femme à fornicer hors mariage, le jugement est différent pour la victime. Ibn Koudama dans « Al maghna » (La chanson) a dit : « La victime est exemptée de toute punition, et cela est unanime chez les oulémas, qu'elle soit violée de force ou sous la menace verbale ». Quant au violeur, il doit être lapidé s'il est marié, sinon fouetté. Al Chafaii, Malek et Al Laith disent en outre qu'il doit payer une dot à la victime. Al Chafii, dans son livre « Al oum » (L'originale) précise sur la question du viol : « Le violeur doit payer une dot à la femme ou à l'esclave violée. Aucune punition ne sera infligée à la victime mais le violeur, s'il est marié, doit être lapidé. S'il n'est pas marié, il sera fouetté et exilé pendant un an ». (Labidi K., op.cit)

Le point de vue de l'Islam au sujet du viol est clairement décrit dans ces quelques lignes. Cette religion considère en effet, que pour l'homme, il n'existe pas de différence entre la punition d'un viol et la punition de la simple fornication. Pour la femme, la fornication est punie au même titre que l'homme ; en revanche, en cas de viol, la femme ne sera pas punie et, dans le meilleur des cas elle recevra une dot en guise de compensation, dot dont le montant diffère selon les sectes de l'Islam.

A première vue, on peut donc se dire qu'il y a là une certaine justice. Faisons néanmoins très attention car cette loi est très grave pour la victime lorsque l'on sait que l'Islam n'accepte le viol ou la fornication que si la pénétration a été prouvée. En outre, l'Islam n'établit aucune distinction entre le viol d'un adulte et celui d'un enfant. (Labidi K., 2002.)

Tout ce que cherche à savoir le législateur coranique, c'est si le violeur est marié ou pas : aucune attention n'est accordée à la victime. On notera de même que, dans ce cas, le viol est tenu pour de la simple fornication. Le pire, c'est qu'aujourd'hui encore, dans presque tous les pays musulmans, y compris ceux qui n'appliquent pas la loi islamique, le violeur a le choix entre faire la prison ou se marier avec la femme dont il a abusé ! Celle-ci aura en contrepartie à faire face à l'alternative suivante : ou passer toute sa vie avec son violeur, ou refuser de s'unir à lui. Mais dans ce dernier cas, aucun homme ne souhaitera plus l'épouser ! En effet, dans les pays musulmans, une femme violée est source de honte pour sa famille, son quartier et sa communauté. Comme toujours dans une culture monothéiste et patriarcale, où prédomine le mâle, la femme, même violée, est tenue pour seule responsable de ce qu'elle a subi : c'est elle la seule coupable. « Après tout, elle l'a bien cherché » diront quelques mauvaises langues. De ce fait, bien souvent, la malheureuse accepte ce mariage pour classer l'affaire et rendre son honneur à son clan.

A vous donc de juger cette loi qui est une honte pour l'Islam et sur laquelle les « intellectuels » occidentaux et arabes s'attardent peu quand ils ne la passent pas carrément sous silence dans l'espoir que nul n'y prêtera une attention suffisante pour stigmatiser ses faiblesses et ses injustices. (Labidi K., op.cit)

5 La prise en charge et les techniques thérapeutiques

5-1 Les prises en charge des victimes des violences sexuelles

La construction d'un sujet victime d'une ou d'agressions sexuelles récentes ou anciennes passe par la reconnaissance personnelle et sociale du statut de victime que lui confère la loi. Le rôle professionnel de santé est capital. (Lopez G., 2012, p.3)

Quand il n'est pas en position d'expert, le thérapeute doit clairement signifier qu'il croit son patient, l'encourager, faire référence au code pénal pour qualifier les faits en évitant un euphémisme (abus, passage à l'acte, fait, tournante), aborder la question de culpabilité, l'aider à faire le lien entre ses souffrances actuelles et les agressions sexuelles subies. Il faut encourager un dépôt de plainte, indiquer les délais de perception des faits, analyser les résistances, mais surtout ne jamais faire pression et ne pas en faire une condition nécessaire à la prise en charge. Quand il est en position d'expert judiciaire, le thérapeute doit accorder au sujet un crédit temporaire de bonne foi surtout dans des situations de répétition littérale qui pourraient compromettre sa crédibilité aux yeux des tiers. (Lopez G., op.cit., p.3)

Sur le plan pratique, avant de commencer les soins, il faut évaluer les conséquences psychologiques, mais aussi les conséquences sociales et judiciaires. Il est habituel de commencer l'entretien par motif de la consultation en précisant la nature et la durée des actes de violences sexuelles subis, s'accompagnant ou non de maltraitance ou des agressions sexuelle en repérant une rupture biographique significative.

Rechercher un ESPT ainsi que les symptômes qui caractérisent une personnalité traumatique complexe ou borderline avec d'éventuelles conduites de revictimation qui constitueraient des manifestations de répétition littérale de situations traumatiques antérieures. Rechercher des troubles comorbides : dépressifs, anxieux, somatiques (et psychosomatiques), addictifs, et surtout dissociatifs.

Evaluer le fonctionnement familiale, les difficultés professionnelles, d'éventuels antécédents judiciaires (infraction à la législation des stupéfiants, violences diverses, etc.) comme auteur ou victime pour mettre en place un accompagnement adéquat. (G. Lopez, 2012, p.3)

Cette évaluation peut être confiée à :

- Une association avec laquelle le professionnel travaille en réseau : association d'entraide aux femmes, relais efficace vers des centres d'hébergement et de réinsertion sociale, indispensables lorsqu'il convient de protéger une femme ou une famille en danger ;
- Une association d'aide aux victimes adhérant à institut national d'aide aux victimes et de médiation. (G. Lopez, op.cit., p.3)

5-2 Les techniques thérapeutiques pour les victimes de violence sexuelle

➤ Les antidépresseurs

L'efficacité des antidépresseurs, inhibiteurs de la sérotonine (IRS) pour l'essentiel, a été évaluée de façon très positive par de multiples études. Ils luttent contre les éléments dépressifs extrêmement fréquents après les événements traumatiques et possèdent de plus des propriétés sédatives très utiles pour juguler l'anxiété. Ils favorisent également le sommeil. Ils ne provoquent aucune accoutumance. Il est nécessaire d'évaluer le moment opportun pour proposer d'instaurer le traitement antidépresseur, une prescription trop précoce exacerbant les troubles anxieux. L'expérience clinique indique que pour être efficaces, ils doivent être prescrits à des posologies supérieures à celles qui sont utilisées pour syndromes dépressifs et pendant une durée plus longue (8 semaines minimum et souvent beaucoup plus selon les auteurs). (Lopez G., 2012, p.4)

➤ **Les thérapies cognitivo-comportementales**

Les thérapies cognitivo-comportementales ont été évaluées de façon positive dès les années 1980. Le volet comportemental est assuré par des techniques d'exposition pour que la confrontation à l'angoisse provoque une habitude progressive et l'extinction des symptômes. Les techniques de gestion du stress ont pour but d'apprendre à contrôler l'anxiété quand elle perturbe le fonctionnement quotidien. Les techniques d'affirmation de soi permettent de s'exprimer clairement et directement, mais sans agressivité, ses pensées et ses sentiments. Elles s'avèrent fructueuses pour aider certaines victimes à se présenter à des entretiens d'embauche ou à faciliter les démarches judiciaires. La technique de résolution de problèmes est utile les victimes qui s'engagent de moins en moins dans leurs activités habituelles, en partie parce qu'elles ont peur de leur propre agressivité ou de celle des autres. Le volet cognitif est nécessaire pour corriger l'effondrement des croyances fondamentales antérieures. (Lopez G., op.cit., p.4)

Mouvement des yeux pour la désensibilisation et la restauration

EMDR a été évalué par plus de 14 études contrôlées démontrant son efficacité, notamment dans l'ESPT. Trois méta-analyses arrivent à la même conclusion. L'EMDR permet de renverser les cognitions négatives qui accompagnent les pensées et les émotions suscitées par l'image intrusive cible du traitement. Le mécanisme d'action de l'EMDR, encore incertain, demande à être précisé. (Lopez G., 2012, p.4, 5)

➤ **Approche psycho-dynamique**

Une approche psycho-dynamique, aménagée comme ci-dessus proposé, est nécessaire parce que c'est le contrôle (plus que l'interprétation) du transfert direct (ou latéral) et du contre-transfert traumatique qui permet de réécrire le scénario traumatique. (Lopez G., op.cit., p.5)

➤ **Hypnose**

L'hypnose a été évaluée positivement, mais en matière d'agressions sexuelles, elle est d'utilisation délicate et contre-indiquée dans le cadre des souvenirs tardifs de viols subits dans l'enfance, lesquels souvenirs pourraient être malencontreusement greffés par des thérapeutes au cours de psychothérapies suggestives ou « régressives ». Le Royal College of Psychiatry du Royaume-Uni contre-indique l'usage de l'hypnose dans ce cadre particulier. Pourtant, l'hypnose est utile pour traiter les troubles dissociatifs post-traumatiques et les états dissociatifs récurrents.

➤ **Thérapies familiales**

Les thérapies familiales sont contre-indiquées dans le cadre de la violence familiale.

➤ **Groupes de paroles**

Les groupes de paroles sont consensuellement recommandés ; ils permettent de critiquer le sexisme comme système de domination, justifiant les violences sexuelles à l'encontre des femmes (considérées comme des cibles fragiles, mal protégées). (Lopez G., 2012, p.5)

6- La prévention contre les violences sexuelles

6-1- Approches Individuelles

Deux objectifs majeurs : favoriser les mentalités et les comportements sains chez les enfants et les jeunes et, ensuite, modifier les mentalités et les comportements chez ceux qui se montrent déjà violents ou risquent de retourner cette violence contre eux-mêmes :

- ✓ Programmes éducatifs et informatifs divers ;
- ✓ Programmes de développement social permettant aux enfants et aux adolescents d'acquérir des compétences sociales et de se forger une morale ;
- ✓ Programmes thérapeutiques : services de conseil, groupes d'appui, thérapies médicales et comportementales ;
- ✓ Divers facteurs conditionnent l'efficacité de ces programmes mais de manière générale, ils montrent une efficacité supérieure lorsque appliqués à de jeunes enfants (< 12 ans). (Sztern D., p.9)

6-2- Approches Relationnelles

Ces approches se concentrent souvent sur les problèmes relationnels rencontrés au niveau familial, par exemple, conflits conjugaux, absence de liens affectifs entre parents et enfants, manque de discipline ou d'encadrement des enfants ...

- ✓ Formation au rôle de parent, tutorat, thérapies familiales ;
- ✓ Visites à domicile assurées par un personnel de santé publique pour aide, conseil ou orientation vers des organismes spécifiques et spécialisés ;
- ✓ Formation à la maîtrise des relations interpersonnelles.

Tous ces programmes ont fait la preuve de leur efficacité dans certains contextes, le but étant d'obtenir des résultats positifs à long terme. (Sztern D., p.9)

6-3- Actions Communautaires

Sensibilisation des populations, débats, encouragement des actions collectives, s'attaquer aux causes socio-matérielles de la violence au niveau local, prise en charge des victimes. Campagnes d'éducation par les médias – niveau scolaire, lieux de travail, établissements de soins...

- ✓ Modifications des milieux physiques inadaptés à un développement harmonieux ;
- ✓ Développement des activités extrascolaires à l'intention des jeunes
- ✓ Formations des différents agents de prévention et de répression, organisation d'une police « socio-préventive » ;
 - ✓ L'amélioration de la formation des policiers et des agents de santé est un élément clé dans la prévention de nombreuses formes de violence mais il faut également qu'il y ait volonté de modification des mentalités et cultures locales ;
 - ✓ Les coopérations multisectorielles, conseils de coordinations, forums inter-institutions et autres activités analogues sont de plus en plus utilisés afin de mettre en commun informations et compétences, de repérer les problèmes en matière de prestations de services, de sensibiliser les populations et d'agir face à une ou plusieurs formes de violence. (Sztern D., p.10)

6-4- Approches Sociétales

- ✓ Facteurs culturels et socio-économiques ;
- ✓ Mesures législatives et judiciaires, Traités internationaux, décisions politiques fortes visant à lutter contre la pauvreté et les inégalités de toutes natures, programmes de désarmement et de démobilisation après conflit. (Sztern D., p.10).

Conclusion

La violence sexuelle est un acte sexuel imposé par la contrainte, la menace d'un homme à la possession d'une femme. C'est un crime qui existe dans toutes les sociétés, et dans toutes les cultures mondiales depuis l'antiquité et jusqu'à nos jours.

Ce crime est interdit par toutes les cultures et bien évidemment prohibé par l'Islam.

Dans le chapitre suivant, on va présenter l'impact de cette violence sur le devenir psychologique des victimes.

CHAPITRE 3

LE DEVENIR PSYCHOLOGIQUE

Préambule

Les victimes de violences sexuelles, sont des personnes qui ont un devenir psychologique sur lequel il faut mettre le point, pour connaître le sort de ces dernières. Par ce que la victime est toujours marginalisée et souffre du regard que la société lui lance, où tout le monde pointe le doigt sur elle. Si on cherche dans le devenir psychologique de la victime, on trouve qu'elle souffre de plusieurs problèmes et présente beaucoup de symptômes qui entravent le courant de sa vie. Depuis l'instant où la victime perd sa virginité, sa vie se renverse, ce qui nous amène à exposer les conséquences de la violence sexuelle et les changements qu'elle provoque chez elle.

1- Devenir psychologique

La définition de la notion « devenir psychologique » est inexistante. Ce qui nous a poussés à nous référer à une définition terminologique des trois termes : « devenir », « psychologie » et « psychologie ».

1-1 Devenir

Le dictionnaire LE PETIT LAROUSSE (2014, p376) a défini le terme « devenir » comme suite : « Passer d'un état à un autre ...; acquérir une certaine qualité », « Avoir tel sort, tel résultat...; être dans tel état, tel situation », « Mouvement progressif par lequel les choses se transforment ; évolution ». Comme il lui a donné aussi une définition Littéraire qui est : « Futur ; avenir ».

1-2 Psychologique

Le dictionnaire LE PETIT LAROUSSE (2010) a donné une définition au terme « psychologique » qui est adjectif de nom psychologie comme suite : « Relatif à la psychologie, aux faits psychique, Qui agit sur

le psychisme. Action, guerre psychologique, Moment, instant psychologique : moment opportun pour une action efficace ».

1-3 « Psychologie »

Selon **LE PETIT LAROUSSE** (2010) la psychologie se définit en tant que : « Étude scientifique des faits psychiques, connaissance empirique des sentiments, des idées, des comportements d'autrui, ensemble des manières de penser, de sentir, d'agir qui caractérisent une personne, un groupe, un personnage ».

A partir des définitions précédentes, on peut déduire que le devenir psychologique est « l'ensemble des sentiments, des pensées et des réactions dans tel ou tel situation engendré par un événement inhabituel ».

De cette définition, passant à L'évènement traumatique qui est considéré comme élément important pour voire l'impacte d'un tel événement sur le devenir psychologique de la victime traumatisé.

2- L'évènement traumatique

Un traumatisme est une réalité très subjective. Un événement qui traumatise un individu peut être vécu de manière moins intense par un autre. Cette diversité des réactions d'une personne à l'autre s'explique par la personnalité, les croyances, les valeurs et les expériences propres à chacun (surtout les événements traumatiques déjà vécus). Elle tient également au fait que le même incident est vécu différemment par chaque personne. Néanmoins, dans tous les cas, la personne a été exposée à un événement traumatique qui a suscité chez elle des réactions intenses de peur, d'impuissance ou d'horreur. (<https://veterans.gc.ca/pdfmentalhealth/ptsd-warstress-f.pdf>)

Dans le cas des vétérans, le traumatisme peut être lié à des opérations directes de combat dans une zone de guerre dangereuse ou à la participation à des missions de maintien de la paix dans des conditions éprouvantes et stressantes. Dans le cas des civils, le traumatisme peut découler soit d'un événement d'origine humaine (par exemple, une agression physique ou sexuelle, un accident ou le fait d'être témoin d'un événement au cours duquel d'autres personnes ont été blessées ou ont perdu la vie) ou d'un cataclysme (par exemple, un incendie, un tremblement de terre, une inondation ou une tempête de verglas). Bref, il n'existe pas de règle stricte régissant la définition du traumatisme. (<https://veterans.gc.ca/pdfmentalhealth/ptsd-warstress-f.pdf>)

3- La victime de la violence sexuelle

3-1 La victimisation

La figure de la victime, esquissée à la fin du 19^e siècle, notamment avec le développement des systèmes d'assurances, occupe progressivement les différents espaces sociaux, le droit et la criminologie s'intéressaient prioritairement aux délinquants et aux criminels. La prise en compte des préjudices causés aux victimes en vue d'un dédommagement change le regard de la justice et, plus globalement, la perception globale de la violence et des rapports sociaux, la victimologie, discipline scientifique instaurée dans les années 1950 sous l'impulsion des milieux psychiatriques, a développé, dans un premier temps, l'explication psychopathologique de la violence. La figure de la victime maintenant investie par les acteurs de terrain et les militants qui luttent contre les violences faites aux femmes, propose un autre modèle d'analyse : le contrôle social exercé sur certaines femmes, leur proposition inégalitaire ou leur histoire personnelle en font des victimes potentielles d'actes de violence, mais non victimes par essence. (Gaspard M., 2005, p.107).

En français, la confusion lexicale persistante entre victimisation et victimation, qui désigne simplement le fait d'être victime, alimente un faux débat, la victimisation désigne un processus, en général psychique, par lequel une personne est maintenu, ou se complait, dans une situation de victime. Reproduction de violence vécue dans l'enfance, répétition des situations de violence, ce type de posture ressort d'avantage de l'approche clinique que de l'approche sociologique, enfermant les victimes dans un processus irrévocable, les discours et les victimes dans un processus irrévocable, les discours et les attitudes victimisants de freiner leur prise de conscience, bloquant leur autonomisation et leur responsabilisation. (Gaspard M., op.cit, p.108).

Or, dans le langage courant, le mot « victime » apparaît fortement connoté, renvoyant à la faiblesse, voir à la passivité ; il entre dans le schéma de la victimisation. En revanche, le concept de victime est opératoire dans le domaine du droit et d'un point de vue thérapeutique pour réduire le « stress-post-traumatique » consécutif à une atteinte, le processus de réparation matérielle par le recours à la loi ou le traitement médical des atteintes physiques ou psychiques subies ne peuvent se mettre en place qu'à partir du moment où la personne se reconnaît comme victime. (Gaspard M., 2005, p.107)

Des chercheurs en victimologie ont proposé une définition de la victime « un individu qui reconnaît avoir été atteint dans son intégrité personnelle par un agent causal extérieur ayant entraîné un dommage évident, identifié comme tel par la majorité du corps social » (Lopez, 1997). En suivant terme à terme cette définition, il apparaît que la reconnaissance de la victimation dans nombre de situation vécues par des femmes n'est nullement évidente, en effet, de l'ordre du privé, (Gaspard M., ibid, p.107)

les violences envers les femmes restent souvent circonscrites, à des affaires personnelles, inscrites dans des « habitudes », elles sont peu visibles et difficiles à dénoncer, car souvent, ce n'est qu'après plusieurs années d'incertitudes et de culpabilité, à la lueur d'une circonstance favorable, qu'une personne réalise qu'elle a été victime.

De plus, la notion de « dommage évident » est inadaptée dans le cas de violences psychologiques et d'agressions sexuelles. Enfin, le dommage doit être identifié comme tel par l'ensemble du corps social et répertorié dans le droit. Pour toute victime, si le risque de victimisation semble limité, le risque majeur demeure celui de ne pas être reconnue en tant que telle, surtout lorsque les faits se déroulent dans le huis clos familial, dans des situations de dépendance sociale, économique ou affective.

4- Les conséquences

4-1 Les conséquences de la violence sexuelle

Les faits montrent que les victimes de violences sexuelles, qu'elles soient de sexe féminin ou masculin, peuvent connaître des conséquences similaires, à divers niveaux : santé mentale, comportement, la vie sociale. (Gaspard M., op.cit., p.108).

Toutefois, ce sont les filles et les femmes qui portent la charge écrasante des traumatismes et des maladies résultant de la violence et de la coercition sexuelles non seulement parce qu'elles constituent la grande majorité des victimes, mais aussi parce qu'elles sont sans défense face aux répercussions de cette violence sur la santé sexuelle et générique grossesses non désirés, avortement pratiqués dans de mauvaises conditions de sécurité, et risque accru d'infections sexuellement transmissibles, notamment le VIH au cours de rapports vaginaux. (OMS, ibid., p.7)

Tableaux N°1 : Exemple de conséquences de la violence et de la coercition sexuelles sur la santé des femmes

Sur la santé générique	Sur la santé mentale	Sur le comportement	Conséquences mortelles
-Traumatisme gynécologique -Grossesse non désiré -Avortement non sécurisé -Troubles sexuelles -Infection sexuellement transmissible (IST), notamment le VIH -Fistules traumatiques	-Dépression -Etat de stress post-traumatique -Angoisse -Trouble du sommeil -Plaintes somatiques -Comportement suicidaire -Trouble de panique	-Comportement à haut risque (ex : rapports non protégés, première expérience sexuelle consentie précoce, multiples partenaires, alcoolisme et toxicomanie) -Risque accru de commettre (pour les hommes) ou de subir (pour les femmes) des actes de violence sexuelle ultérieure	Décès résultant : -D'un suicide -Se complication de la grossesse -D'un avortement non sécurisé -Du SIDA -D'un meurtre aux cours d'un viol ou pour « l'honneur » -De l'infanticide d'un enfant née d'un viol

Source : (OMS, 2012, p.7)

4-2 Les réactions fréquentes suite à un viol

L'ESPT décrit les réactions les plus typiques suite aux agressions et autre traumatismes. Cependant, d'autre réactions sont également fréquentes observées. La plupart de ces réactions disparaissent lors du traitement de PTSD que allons vous présenter, mais certaines d'entre elles peuvent nécessiter une attention particulière. La liste ci-dessous ne se veut pas exhaustive mais décrite plusieurs réactions observées après un viol. (B.O. Rothbaum, E.B. Foa., 2012, p.39)

➤ **La dépression**

La dépression est fréquemment observée chez les victimes de viol. Certaines études indiquent que la dépression dont souffrent les victimes dure moins longtemps que l'anxiété, mais ces résultats sont controversés. D'autres études ont en effet montré qu'environ la moitié des victimes de viol souffraient de dépression encore longtemps après leur viol, parfois jusqu'à 22 ans après. Il est également été prouvé que les femmes ayant été violées plusieurs fois avaient plus de risque de souffrir de dépression que les autres. Ces conclusions indiquent que la dépression est un trouble persistant pour un nombre considérable de victimes de viol, particulièrement si elles en ont subi plusieurs. La dépression entraîne souvent des pensées suicidaires. Manifestement, ce problème se retrouve chez un grand nombre d'entre elles. (Rothbaum B.O., Foa E.B., op.cit., p.39).

➤ **la colère**

Comme nous pouvons nous y attendre, nombreuses sont les victimes d'agression qui ressentent de la colère. On peut aisément comprendre que chaque fois que l'on nous fait du mal, et plus encore lorsque l'on est violée, la colère soit une réaction naturelle et justifiée. Cependant, on sait aussi qu'entretenir des sentiments de colère peut gêner la guérison. Nous pouvons donc en conclure que bien que la colère soit une réaction normale suite à une agression, travailler sur cette colère fait partie de la guérison. (Rothbaum B.O., Foa E.B., 2012, p. 39, 40)

➤ **La honte**

De nombreuses victimes de viol disent se sentir profondément honteuses. Cela les empêche parfois de parler ce qui leur est arrivé. Bien que la honte soit fréquente après un viol, il est important de travailler dessus dans le cadre de la thérapie. (Rothbaum B.O., Foa E.B., ibid., p.39).

➤ **Dissociation**

Le DSM-IV définit la dissociation comme « une rupture des fonctions –habituellement intégrées– de la conscience, de la mémoire, du sens de l’identité ou de la perception de l’environnement ». Dans la vie de tous les jours, la dissociation peut se manifester de façon à peine perceptible. La forme de dissociation la plus extrême se manifeste dans *les troubles multiples de la personnalité*, maintenant connus sous le nom de trouble dissociatif de l’identité. Il peut être décrit comme « la présence de deux identités ou états de personnalité distincts ». Entre ces deux extrêmes se déploie toute une gamme d’expériences dissociatives. Nous savons désormais que les formes de dissociation les plus sévères, telles que le trouble dissociatif de l’identité, résultent d’une expérience traumatique. (Rothbaum B.O., Foa E.B. , op.cit, p.40)

Dans une étude portant sur 100 patients présentant des troubles multiples de la personnalité, 97% avaient subi un grave traumatisme dans l’enfance tel que l’inceste, des violences physiques et/ou sexuelles, des négligences extrêmes, et le fait d’avoir assisté à une mort violente.

Nous savons désormais que dans les cas qui viennent d’être cités, la dissociation permet à l’individu de se détacher affectivement de l’évènement traumatique lorsque la fuite physique est impossible. Il n’est pas rare d’entendre des victimes de viol raconter qu’au moment de l’agression, elles ont essayé de quitter émotionnellement leur corps. (Rothbaum B.O., Foa E.B., 2012, p.40)

➤ **Les problèmes relationnels**

Plusieurs études ont démontré que le viol pouvait également affecter la vie sociale à plusieurs égards. Il peut exister des problèmes conjugaux et familiaux importants, ou une diminution de l'investissement dans les activités sociales. Les problèmes relationnels peuvent provenir de la peur des inconnus, de nouvelles rencontres, de sentir quelqu'un marcher derrière soi, à tel point que les victimes finissent par éviter de nombreuses activités sociales ou des loisirs ne présentant pourtant aucun danger pour elles. (Rothbaum B.O., Foa E.B., op.cit., p.41).

➤ **problèmes sexuelle**

Comme on peut s'y attendre, des problèmes sexuels surviennent fréquemment après une agression. La peur des relations sexuelles et la diminution de la libido sont les problèmes les plus fréquemment rencontrés. Ceci peut influencer sur la fréquence des relations sexuelles, surtout immédiatement après le viol. Deux semaines après avoir été violées, la majorité des victimes disent ne plus faire l'amour du tout. Cependant, pour un grand nombre d'entre elle, l'espacement des rapports cesse de croître avec le temps. Au bout de quatre mois, la fréquence des relations sexuelles a augmenté et au bout d'un an, la fréquence des rapports est presque la même qu'avant l'agression.

Toutefois, les problèmes sexuels peuvent aussi persister longtemps après l'agression. Un an après un viol, certaines victimes disent avoir des flashbacks déclenchés par rapports sexuels. En outre, un an et demie après l'agression, d'autres se disent moins satisfaites sexuellement que les personnes n'ayant pas subi de viol. (Rothbaum B.O. Foa E.B., 2012, p.41).

➤ **La perte de confiance**

De nombreuses victimes disent également éprouver des difficultés à faire confiance aux autres depuis leur agression. Nous grandissons en général dans l'idée que l'être humain est bon, mais l'agression, caractérisée par la cruauté intentionnelle d'un être humain envers un autre, démolit cette croyance. Restaurer la confiance perdue prend du temps. Les victimes doivent réapprendre en qui elles peuvent ou ne peuvent pas avoir confiance. Il est souvent très difficile pour les victimes de faire confiance à leur thérapeute. (De plus, il se peut qu'elles n'aient plus confiance en elles-mêmes. Tous ces problèmes doivent faire l'objet d'un travail à la fois dans le cadre de la thérapie et par la patiente elle-même au quotidien. (Rothbaum B.O. Foa E.B., op.cit., p.41, 42)

4-3 La marque spécifique de l'inceste sur sa victime

La personne adulte qui aurait été victime d'inceste ou de violence durant son enfance présentera des caractéristiques spécifiques qui permettent de supposer rapidement l'existence d'une stase psychique.

Nous trouverons des caractéristiques identiques chez ceux qui auraient eu à subir des faits de guerre, des exodes forcés ou des violences de sang. Mais l'inceste inflige une marque spécifique : la violence vient d'un parent ou d'un adulte ayant autorité. Le sentiment de trahison qui survient est non, seulement très prégnant mais il est au point de fondation de la personnalité. Devenu adulte, tout se passe comme si une personnalité de surface s'était constituée. La blessure de l'enfance aurait occasionné une lésion telle que l'énergie psychique aurait été conduite à trouver d'autres circuits en évitant les zones douloureuses de la mémoire et de la psyché. Tout se passe comme si une sorte de cal s'était créé et des circuits dérivés cherchaient à reconstituer l'entité humaine avec le maximum d'énergie disponible. (Keiser I., 2006, p.93, 94)

Il y a donc une faille dans la structure globale de la personnalité. L'Ego se forme à partir de représentations qui ne sont plus approvisionnées par une continuité de l'histoire de la personne. Dans sa vie, cet adulte se reconstitue de manière quasi instinctive car l'élan naturel qui conduirait à s'en remettre aux parents est désormais coupé. Par-dessus ce cal, l'énergie psychique recrée donc un Ego de substitution, sans racine. Il flotte dans un lieu et un temps sans véritable lien avec le passé, ou si peu. On a parfois l'impression de se trouver face à des personnes froides ou distantes, « pas présentes » à la réalité. Comme si le sujet se noyait dans un monde de rêveries. Chez un individu qui aurait vécu une histoire banale, le contact au monde – la réalité physique objective –, se constitue à partir des sensations, des émotions et des intuitions et c'est grâce à la relation souple à toute l'histoire du sujet que des représentations naissent de ces « affects » pour conduire à une action judicieuse et contrôlée. (Keiser I., op.cit., p.94)

De plus, ces représentations résultent de l'apport parental primaire qui permet une rapide réponse aux sollicitations du milieu. Chez les victimes d'inceste ce lien à l'histoire n'existe pas ou bien il se trouve fortement altéré. La trahison de l'adulte a fortement lésé cette faculté de l'enfant à s'abandonner et à faire confiance. L'Ego se constituera plus tard une sorte de peau par imitation de modèles externes, car ce qui prime, c'est bien la cohésion de la psyché, donc l'exercice d'un contrôle minima de la dynamique psychique. Cette cohésion contrôlée s'opère sans relation avec « la profondeur psychique » : l'histoire du sujet et toutes les représentations qui pourraient en découler. Cette cohésion n'est pas non plus reliée au patrimoine « génétique », l'histoire des parents et de la famille, ce qui peut s'avérer très grave. (Keiser I., 2006, p. 95)

En effet, l'individu se retrouve un peu comme un exilé qui parviendrait dans un pays sans rien en connaître et qui serait obligé de s'adapter par le seul effet de sa sensibilité aux comportements des autres sans qu'il en comprenne tout à fait le sens. D'où cette apparente déconnexion émotionnelle, ce semblant de froideur. Il n'y a pas d'adhésion globale, profonde aux faits de la réalité. On trouve d'ailleurs chez les exilés de force ce même type de distance au monde. Les actes quotidiens, la personnalité globale sont déconnectés du sens des choses. (Keiser I., op.cit., p. 95)

4-4 Suicide au cours d'un état de stress post-traumatique

Différentes études mettent en évidence une élévation significative de suicide et de tentative de suicide dans des populations de vétérans du Vietnam avec PTSD, mais aussi en milieu civil à la suite de catastrophes, agressions, accidents... En France, Darves-bonoz s'est intéressé aux conséquences psychopathologiques du viol. Son premier article est une étude de 90 patients psychiatriques. Il trouve 64 % de tentatives de suicide répétées chez les patientes affectées de PTSD après un viol et montre que c'est le PTSD après un viol qui est un facteur de risque et non le viol indépendamment du PTSD. Dans une autre étude, celle-ci prospective, sur 102 patientes victimes de viol, il retrouve 39% de tentatives de suicide, chez les sujets présentant un PTSD à 12 mois, 4% chez ceux exempts de PTSD. Au décours d'un PTSD, des idées suicidaires sont presque toujours exprimées et constituent parfois le motif de consultation.

L'effondrement narcissique lié à la perte de l'illusion d'immortalité, des sentiments de honte et d'abandon en rapport avec le trauma lui-même et sa répétition, les pertes réelles engendrées par l'évènement constitueront des tentatives d'explications que nous aborderons. (Stéphane R., 2004, p. 27)

Lors de l'événement traumatique, une image de la mort réelle fait effraction, dans l'appareil psychique, dans lequel elle s'installe comme un « corps étranger interne » (Freud). La mort n'étant pas représentée dans l'inconscient, ce qui explique l'illusion d'immortalité, rien n'est là pour l'accueillir et la lier au réseau des représentations, ce qui est le destin habituel des perceptions. Cette image aura en revanche une affinité avec la zone du refoulé originaire, maintenu à l'écart du reste de l'appareil psychique et interdit comme voie de régression. En cas de viol, une perte de l'intégrité corporelle, une perte de la maîtrise de ce corps meurtri. La perte des limites corporelles favorise l'hémorragie narcissique, dont les reviviscences traumatiques accentuent d'avantage de jours en jours. Le patient, devant le désarroi son self, cherche par tous les moyens à stopper cette fuite, hors de soi, de l'essence de son être. Le passage à l'acte serait une manière de clamer cette hémorragie. Le sujet a rencontré le réel de la mort c'est à dire l'image de soi comme mort.

Pour certain, en fonction de leur structure ou de leur histoire, cette fin de l'illusion d'immortalité entraîne un véritable écroulement narcissique. L'écart entre « ce que j'étais avant » et ce qu'il est devenu va paraître gigantesque et irréversible, accentuant l'auto-dévalorisation et les idées de suicides, très présentes. A la fin d'illusion d'immortalité s'ajoute la fin d'illusion sur la nature humaine qui détruit toute possibilité d'idéal. (Stéphane R., op.cit, p.27)

5- Rapport de la honte et de la culpabilité

5-1 La honte

Le dictionnaire **LE PETIT LAROUSS 2010** définit la honte comme étant « un sentiment pénible provoqué par une faute commise, par une humiliation, par la crainte du déshonneur », « action, parole qui provoque un sentiment de honte, de scandale ».

5-2 La culpabilité

LE PETIT LAROUSS 2010 définit la culpabilité comme un : « fait d'être coupable ; état d'une personne coupable », « sentiment de culpabilité : sentiment d'une personne qui se juge coupable » qui vient du latin « culpa, faute ».

La honte est classiquement décrite comme étant plus narcissique si non plus archaïque que la culpabilité qui suppose une situation psychique plus élaborée. Leur développement et leurs complexification suivent ensuite des trajets différents et des logiques spécifiques mais elles demeurent articulées, en particulier dans les contextes traumatiques générateurs de honte comme de culpabilité on peut très globalement avancer que la culpabilité est liée à la perte traumatique de l'objet alors que la honte est liée à la perte du sujet. (Ciccon A. Ferrant A., 2009, p.1).

Une autre distinction entre culpabilité et honte tient en ceci : la culpabilité résulte des attaques du sujet contre ces objets d'amour qu'il redoute d'avoir fantasmatiquement détruits, la honte, par contre, découle plutôt du sentiment d'être disqualifié, rejeté par l'objet. (Ciccon A. Ferrant A., *ibid.*, p.7).

5-3 Rapport de la honte et de la culpabilité au traumatisme

Le traumatisme, comme nous l'avons vu, peut représenter une situation désorganisatrice à la quelle le sujet doit faire face, avec plus ou moins de possibilité de résistance, d'élaboration, de dépassement. Le traumatisme peut aussi être considéré comme une situation paradigmatique à l'origine du développement psychique, toute épreuve de séparation, d'altérité de réalité est une épreuve traumatique, ou micro traumatique, qui impose un travail psychique maturatif, et conduit à une croissance mentale. (Ciccon A. Ferrant A., *ibid.*, p.33).

On peut considérer des variations de gradient du traumatisme sur une ligne qui va des situations les plus ordinaires de rencontre avec la réalité, avec le monde, nécessaires au développement psychique de tout sujet, jusqu'aux situations les plus toxiques, désorganisatrices antagonistes avec toute croissance mentale, il en est de même pour les effets de culpabilité et de honte, et pour le travail de la culpabilité et de la honte. (Ciccon A., Ferrant A., op.cit., p.33, 34)

Dans le contexte traumatique on peut en général assez facilement avoir accès à la culpabilité- il en est souvent autrement pour la honte. On observe d'abord une culpabilité actuelle, post-traumatique : culpabilité de ne pas avoir pu éviter le traumatisme, d'en être à l'origine (Ciccon A., Ferrant A., *ibid.*, p.97).

Mettre en perspective la honte et la culpabilité dans leur relation au traumatisme nous conduit à préciser la teneur des expériences dites traumatiques autant dans l'histoire ordinaire du développement psychique et tout sujet dans les contextes particulièrement désorganisateurs. . (Ciccon A., ferrant A., 2009, p.2)

La honte et la culpabilité peuvent entretenir trois types de rapport avec le traumatisme :

- La honte et la culpabilité peuvent être à l'origine du traumatisme, en ceci que ses affects perturbent, harcèlement le moi, lui imposent un travail ou le désorganisent.
- La honte et la culpabilité peuvent être considérées comme des effets du traumatisme, des affects génèrent par l'impact du traumatisme, qui représente des traces de l'expérience traumatique ainsi que la manière dont le moi est effectué par l'expérience. (Ciccon A., Ferrant A., *ibid.*, p.34).

La honte et la culpabilité, enfin peuvent être considérées comme des modes de traitement du traumatisme, la honte et la culpabilité imposent un travail psychique, réalisent elles même un travail psychique qui traumatisme et ses effets. (Ciccon A., Ferrant A., op.cit., p.34).

6- Les facteurs de risques et de protections

cependant, l'étude des réactions des sujet confrontes a l'adversité montre la diversité des réponses adaptatives et indique que cette question ne peut rester circonscrite a une approche centrée sur la vulnérabilité et ladaptation.la singularité comportementale des sujet et la variété de leur développement psychique, comme de leur devenirs sociales, attestent de cette complexité. Certes, certains sujets peuvent se signaler par des perturbations (désordres psychique, problèmes sociaux, difficultés scolaires, etc.)Qu'il ne s'agit pas de sous-estimer. Cependant, d'autre sujets, dans des contextes également défavorable, ne présentent pas de troubles psychiques ou comportementaux et témoignent de formes d'ajustements apparemment inexplicable : on dit qu'ils sont résilients. (Anaut M., 2003, p.7)

6-1 La vulnérabilité

ce concept est rattachées de nombreuses définitions toutes plus spécifique les unes que les autres dune manière générale, elle est associée a "faiblesse" et représente une potentialité de perte quelle qu'en soit la nature ou tout au moins de dommage a bien ou une personne. (Ollierou R., Quantin et B., 2004, p.7)

Si la vulnérabilité se réfère à un état de moindre résistance aux agressions, la vulnérabilisation vient rendre compte du trauma. (Anaut M., 2003, p.20)

Il y aura traumatisme, lorsque le moi se trouve submergé par une intensité émotionnelle qui dépasse les possibilités d'intégration psychique ; lorsque les mécanismes de défense mobilisables ne sont plus suffisants pour préserver le sujet. Le moi pourra ainsi se trouver désorganisé par l'intensité émotionnelle d'un événement brutal, mais il le sera tout autant face à des carences, ou à une accumulation d'événement ou d'éprouvés qui, par leur adjonction, confèrent une intensité traumatique au contexte de vie. la vulnérabilisation peut donc, résulter de la rencontre avec un traumatisme unique ou multifactoriel, dont l'intensité met à mal le moi du sujet et ses capacités de réponse. (Anaut M., op.cit, p.20)

Par apport aux traumatismes, la notion de la vulnérabilité peut être utile de deux façon : d'abord, est ce que le fait de vivre des évènements traumatiques va rendre plus vulnérable une personne et constituer un facteur de risque pour le futur ? Ensuite est ce que le fait de présenter une pathologie post-traumatique dépend uniquement de l'intensité des traumatismes vécus ou est aussi fonction d'une fragilité d'une vulnérabilité antérieure aux traumatismes? (Christian L., 2003, p.76)

La notion d'impréparation amène à son tour au concept de vulnérabilité, et à la notion de période vulnérable au traumatisme, ce qui continue d'accentue le caractère relatif du traumatisme.

Deux aspects de cette vulnérabilité doivent être différencier, un premier type de moment de vulnérabilité sera défini par le fait que le conjoncture traumatique survient alors que le sujet a relâché sa vigilance, qu'il a abaissé ses défenses, qu'il a été surpris par le caractère inattendu de ce qui se présentait à lui ; la situation était familière, elle ne présentait pas de caractère habituellement menaçant, la surprise prend le sujet au dépourvu. Dans cette perspective la vulnérabilité est caractérisée par le fait que le sujet avait abaissé ses défenses habituelles. (Roussilon R., 2014)

Un second type de vulnérabilité dépend lui de ce que le sujet est entrain de mettre en crise ou en drame dans sa vie psychique à ce moment là de sa vie, de ce qu'il est entrain de travailler particulièrement ou de ce qui le travail particulièrement au moment ou survient la conjoncture traumatique. Nous sommes plus vulnérables à certains événements en fonction aussi de la crise et du type de crise que nous traversons, c'est-à-dire de ce qui est notre drame actuel. (Roussilon R., op.cit.)

6-2 La résilience

C'est la capacité de sortir vainqueur d'une épreuve qui aurait pu être traumatique, avec une force renouvelée. Dans la littérature renvoient a deux types de réactions d'adaptation : le développement normal en dépit des risques et le ressaisissement de soi après un traumatisme. la résilience désigne l'art de s'adapter aux situations adverses (conditions biologiques socio-psychologiques) en développant des capacités en lien avec des ressources internes (intrapsychique) et externes (environnement social et affectif), permettant d'allier une construction psychique adéquate et l'insertion social. (Anaut M., 2003).

➤ Traumatisme et résilience

Plusieurs auteurs s'accordent pour considérer le traumatisme comme une condition nécessaire a l'émergence du processus de résilience" on ne peut parler de résilience que, sil y a eu un traumatisme suivi de la reprise d'un type de développement, une déchirure raccommodée" en effet, Boris Cyrunik (2003) distingue la résilience de l'individu face au traumatisme, entrainant une agonie psychique, de ses réactions face a l'épreuve où le sentiment de cohésion existentielle n'est pas atteinte. (Amandine T., 2006, p.40).

Parler de résilience lorsque le sujet est soumis à des situations stressantes, ou lorsque son environnement dispose autour de lui des facteurs de risque reviendrait à considérer que tout individu est résilient.

Pour nous, la résilience est autre chose que résistance aux événements adverses. Elle implique d'une part le fracas- ce qui renvoie à l'effraction du système de par-excitations de sujet- et d'autre part, une reprise de développement. Nous considérons cependant qu'un cumul d'événement de vie négative peut avoir un tel impact traumatique dès lors qu'il dépasse le seuil de tolérance du sujet. Nous insistons donc sur le caractère traumatogène de l'événement. (Amandine T., op.cit., p.40).

En ce qui concerne la notion de résistance-que l'on trouve des les premiers définitions de la résilience- et elle de reprise de développement, nous arrivons presque à un consensus. Résister signifie «supporter sans dommage grave les effets d'une contingence naturelle ou d'une épreuve physique" ainsi donc, par résistance, nous entendons que le traumatisme subi n'engendre pas d'effondrement durable, que ce soit sur les plans psychique, comportementaux ou somatique.

En fin, il nous semble important d'apporter la précision suivante : on ne peut pas considérer la résilience uniquement comme l'expression de caractéristiques individuelles, ce qui serait fort réducteur. Nous sommes d'avis de tenir compte de la réalité externe, de l'interaction continue entre les éléments constitutionnels internes et les potentiels de l'environnement. (Amandine T., 2006, p.40, 41, 42).

➤ **Les caractéristiques des individus résilients :**

- ✓ L'habilité à entretenir des relations intimes sexuelles et sociales ;
- ✓ L'utilisation flexible des défenses et l'accès à des défenses matures (altruisme, humour, répression ou mise à l'écart, anticipation et sublimation) ;
- ✓ La gestion à un niveau symbolique-verbal du conflit interne et de l'anxiété ;
- ✓ La capacité de tolérer et d'intégrer une large palette d'affects ;
- ✓ Le fait d'avoir des niveaux élevés de tolérance à l'aise avec ses propres besoins de dépendance ;
- ✓ Le fait que la motivation de paraître normal est liée à des intérêt authentique plutôt qu'à la pression externe, ces personnes se sentent bien avec elles même, et peuvent conserver, quelle que soient et le sentiment d'être efficace. (Cyrulnic B., 2006, p32)

➤ **Les types de résilience**

Jennifer Guittand identifie, définit et explore un plan théorique deux types différents de résilience :

La vraie et la pseudo-résilience, ou la résilience de façade, concept utilisé pour la première fois, en 1987 par Tomes Anthony, psychanalyste américain bien connu, si ces concepts s'appliquent, tous les deux, aux personnes qui, réussissent et se comportent de manière compétente ».

Malgré le fait d'avoir vécu « des situations à caractère traumatique », l'utilisation du concept de vraie résilience est réservée aux personnes dont le fonctionnement intrapsychique –qui témoigne de flexibilité, d'une intégration des processus psychique de la maturité- est cohérent avec la compétence externe. La pseudo-résilience, phénomène égaré dans la mass des travaux concernant la résilience, s'associe, quand à elle, à une organisation rigide de la personnalité. (Cyrulnic B., ibid., p32).

Conclusion :

Connaitre l'impacte psycho-traumatique dévastateur des violences sexuelles sur les victimes, sur leur santé qu'elle soit mentale ou physique, sur leur souffrance, leurs comportement, sur leur vie qu'elle soit affective, sexuelle, sociale ou professionnelle est essentiel.

Les violences sexuelles sont graves. Et les victimes de cette violence ont le triste privilège de partager avec les tortures, les palmares des violences les plus graves, les plus destructrices et les moins dénoncées. Ce sont les violences qui ont les conséquences, les plus importantes, sur la santé physique et psychique.

PROBLEMATIQUE ET HYPOTHESES

Problématique et hypothèses

Le traumatisme psychique a constitué depuis toujours une problématique centrale en psychopathologie nous obligeant à penser les liens complexes entre environnement et sujet dans une relation non causale, mais constamment interactive.

Depuis plus d'un siècle, le traumatisme psychique comme notion et comme réalité clinique a fait l'objet d'un grand nombre de publication. Le succès des premières élaborations théoriques de Freud sur la question a contribué à étendre les domaines de son application, de la séduction hystérique aux traumatismes de guerre, puis à toutes situations de catastrophe impliquant pour le sujet un effet de choc. **(Marty F. et al., 2001, p.1)**

Le trauma est le phénomène qui bouleverse le psychisme en réponse à un événement 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. **(Crocq L., 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 axes 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)**

PROBLEMATIQUE ET HYPOTHESES

Depuis l'avènement de la psychanalyse jusqu'aux années 1970, un certain nombre d'analystes, à la suite de Freud, ont esquissé le cadre générale du traumatisme psychique, en partie indépendamment des névroses traumatique nous avons précédemment retrace les grandes lignes de ces conceptions : (le point de vue économique, l'excès, le trop plein de stimulation, d'affects d'angoisse débordant les capacités de l'appareil psychique, dans une métaphore hydraulique fréquente utilisée depuis Freud). **(Crocq L., op.cit., p. 14)**

Les limites explicatives du principe de plaisir déplaisir conduisant à la notion d'une compulsion anatome, repérable cliniquement dans les répétitions de tous ordres en psychanalyse le concert de pulsion de mort découlant de ce qui précède la notion de liaison, de psychisation des représentants pulsionnels par l'appareil du moi et le développement infantile, le statut des angoisses primaires. **(Barrois C., 1998, p. 12)**

Les syndromes psycho traumatiques désignent l'ensemble des états séculaires consécutifs à un traumatisme psychique. Ils sont décrits classiquement dans les suites d'une catastrophe collective : Bombardements des guerres, attentats, tremblement de terre, catastrophe naturelles ou technologique. Individuelle : Accident et agression physique ou sexuelle. Ces syndromes ont connue différentes terminologie selon les époques et les classifications nosographiques. **(Chahraoui Kh., 2014, p.5)**

Le rapport à l'image traumatique va évoluer rapidement avec le temps, lors de ses premières apparitions dans le sommeil ou dans la journée. Elle n'empêche pas que se développe, à son insu le plus souvent, un attachement du sujet pour l'horreur qu'il porte en lui. La culpabilité est toujours présente et, elle aussi, se renforce avec les manifestations de la répétition. **(Vaiva G. Lebigot F. et al., 2005, p.7-8)**

PROBLEMATIQUE ET HYPOTHESES

Cette présence constatée est intrigante d'autant qu'elle n'a aucune raison d'être, il faut alors bien examiner la nature de cette image traumatique et à quoi elle ressemble. **(Vaiva G. Lebigot F. et al., 2005, p.8)**

Un événement traumatique constitue une condition nécessaire, mais non suffisante au développement de l'état de stress post traumatique (ESTP), en effet, bien que la plupart des individus exposés à un événement traumatique puissent, vivre de fortes réactions post-traumatiques. **(Guay S. Marchand A., 2006, p.52)**

Dans les jours qui suivent l'événement, la majorité de ceux-ci récupèrent rapidement et s'adaptent assez bien après une certaine période de temps. En fait, le retour ou non à une vie normale après un événement traumatique est souvent fonction de la présence ou de l'absence de différents facteurs qui modulent les réactions post-traumatiques. **(Guay S. Marchand A., ibid., p.52)**

Toutefois, les études de prévalences de ces dernières années ont montré que l'état de stress post-traumatique ne survient que chez certains sujets victimes d'un traumatisme psychologique d'une gravité exceptionnelle et que, dans une proportion importante de cas, ou consiste, avec le temps, à une finition complète des symptômes. Dans le cas d'un traumatisme personnel (viol, agression), ce syndrome est souvent méconnu, car le patient évite de raconter ce qui lui est arrivé. **(Guay S. Marchand A., ibid., p.52)**

L'état de stress post traumatique n'a été repris, dans le DSM, que depuis 1980 comme entité psychiatrique grâce aux expériences vécues par les éventrés de la guerre du Vietnam, **(De soi F. Danbechie F., 2012, p.109)**

PROBLEMATIQUE ET HYPOTHESES

en fait, il s'agit d'un syndrome connu depuis bien plus longtemps entre ce temps, on s'est rendu compte que le syndrome psychologique qu'on retrouve chez les victimes d'un viol, de violence familiale, de tortures, d'inceste, de catastrophe, de prises d'otage, des accidents de circulation, et autres expérience choquantes est essentiellement du même type mises à part les particularités de chaque type du trauma que le syndrome que l'on retrouve chez les victimes de guerre (**De soi F. Danbechie F., op.cit, p109**)

Donc on dit que le traumatisme est issu de la survenue par surprise d'un élément externe qui vien 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 leur faiblesse pour lutter contre l'impacte de cet événement, et dans la plus part des cas les victimes d'un traumatisme psychique développe le syndrome de psycho traumatique (PTSD).

Les violences sexuelles sont des agressions en rapport avec la sexualité de l'agresseur et de lagressè.se sont en quelque fois des attitudes dans le cas du harcèlement sexuel mais surtout des actes, des pratiques sexuelles, infliges a une personne qui les refuse. Pour les impose, l'agresseur utilise la force physique, les brutalités, voire les tortures, les menaces de tous ordres, (**Marie J., 2005, p.62**)

Faut-il rappeler que les violences sexuelles sont fréquentes et représentent de graves problèmes de société et de sante publique. Suivant les études et les pays, elles toucheraient entre 20 et 30 % des personnes au cours de leur vie en France, 16 % des femmes ont subi des viols ou des tentatives de viol dans leur vie, dont 59% avant 18 ans. Plus des 80% des vils sont commis des proches ou des personnes connues par la victime. (**Rothbaum B.O. Foa E.B., 2012, p.1**)

PROBLEMATIQUE ET HYPOTHESES

ou encore la persuasion ou le chantage affectif; en fin il peut abuser de son pouvoir lorsqu'il est en position d'autorité. Ce n'est pas la nature de l'acte qui définit la violence mais l'imposition de l'acte a une personne qui n'y consent pas. (**Marie J., op.cit, p.62**)

Les violences sexuelles existent partout dans le monde, bien que, dans la plupart des pays, peu de recherche soient consacrées au problème.

La violence sexuelle a de profondes répercussions sur la santé physique, et mentale de la victime. Outre les traumatismes physique, elle est associée à un risque accru de nombreux problèmes de santé sexuelle et génésique, dont les conséquences se font sentir immédiatement. Les conséquences pour la santé mentale sont tout aussi graves que les conséquences physique et peuvent aussi durer très longtemps. (**Etienne G. et al., 2002, p.165**)

Dans les traumatisme on peut en générale assez facilement avoir accès à la culpabilité. Il est souvent autrement pour la honte. On observe d'abord une culpabilité actuelle, post-traumatique : la culpabilité de ne pas avoir pu éviter le traumatisme, de n'être à l'origine. (**Ciccione A., 2009, p.97**)

Les personnes traumatisées expérimentent presque toujours un terrible sentiment de honte à l'égard de qui elles sont et de ce qu'elles ont vécu. De plus les personnes qui souffrent d'un trouble dissociatif éprouvent souvent de la honte à l'égard de certaines parties de leur personnalité et parfois à l'égard du fait même qu'elles souffrent d'un trouble dissociatif. (**Muriel S., 2017, p.376**)

PROBLEMATIQUE ET HYPOTHESES

Le fait d'avoir été traumatisé, par d'autres personnes, a tellement d'influence sur le développement de l'image de soi que la honte peut être ressentie dans l'ensemble de votre être et à l'égard même de votre existence. **(Muriel S., op.cit., p.376)**

Suite a un traumatisme de violence sexuelle, la victime est de son coté vulnérable.

La vulnérabilité est la probabilité de voir sa situation ou ses conditions de vie se dégrader ou s'enfoncer, quelque soit son niveau de richesse, face aux fluctuations de la vie. Un individu vulnérable est ainsi plus particulièrement prédisposé à certains inconvénients. Exposé à un danger, une perte, un échec. **(Ollierou R., 2014, p. 6)**

Mais aussi dans certains cas les victimes peu surmonter leurs traumatisme dont elles font faces, a ce propos on dit qu'elles sont résilientes.

La résilience est la capacité à se développer positivement, de manière socialement acceptable, en dépit du stress ou d'une adversité qui comporte normalement le risque grave d'une issue négative, la résilience réfère donc à un processus complexe résultant de l'interaction entre l'individu et son environnement. **(Theis A., 2006, p.40).**

Pour Manciaux, la notion de résilience ne s'entend pas la capacité d'une personne ou d'un groupe à se développer bien, à continuer à se protéger dans l'avenir en dépit d'évènement déstabilisant, de conditions de vie difficiles et de traumatisme parfois sévères. **(Koudou O et al., 2016, P.6).**

PROBLEMATIQUE ET HYPOTHESES

Des études se veulent encore plus optimistes en évoquant une possible résilience chez les victimes de violences sexuelles. **(Koudou O et al., op.cit., P.6).**

En effet les viols entraînent de graves conséquences sur la santé psychique des victimes et sur leurs vie sociale, scolaire, professionnelle, personnelle et amoureuse.ces conséquences sont directement liées a l'installation de troubles psycho traumatique sévères qui, sil ne sont pas prise en charge spécifiquement, peuvent se chroniciser et durer de nombreuses années, voire toute une vie .ces troubles sont très fréquentes âpres un viol aussi fréquents qu'âpres des tortures. **((Rothbaum B.O. Foa E.B., 2012, p.2).**

Dans certains études internationales rétrospectives, il est décrit jusqu'a 80% de risque de développée un état de stress post-traumatique âpres un viol, contre seulement 24%chez l'ensemble des victimes de traumatisme.la plupart des études récentes donnent des chiffres compris entre 44 et 60%de risque de développer un état de stress post traumatique âpres un viol. **(Rothbaum B.O. Foa E.B., ibid., p.2).**

Pour mettre lumière a cette souffrance on a postulé deux questions essentielles sur les quelles nous allons essayer de répondre à travers cette étude est : quelle est le degré de traumatisme psychique chez les femmes victime de violence sexuelle? Et quel est le devenir psychologique de ces victimes?

Et on a posé quelques questions partielles :

- Comment sont-elles vécues l'événement ?
- Sont-elles traumatisé ?si c'est le cas, quelle est l'intensité de traumatisme?

PROBLEMATIQUE ET HYPOTHESES

- Quelle est le sort de ces victimes, et quelle sont les conséquences de cet évènement ?

Afin de répondre aux questions ci-dessus, nous proposons les hypothèses suivantes :

- **Première hypothèse :**

Les femmes victimes de violence sexuelle présenteront des symptômes du traumatisme psychique, même après une longue période et le syndrome post-traumatique est intense.

- **Deuxième hypothèse :**

La violence sexuelle détruit le devenir psychologique des victimes et entraîne divers troubles.

2- Définition opérationnel des concepts clés

2-1 Traumatisme:

- **Définition opérationnel :** C'est un choc qui vient suite à un événement traumatique qui laisse des circonstances sur la victime même après des années.

2-2 La violence sexuelle :

- **Définition opérationnelle:** La violence sexuelle c'est une agressivité sexuelle contre une femme pour faire un rapport sexuelle forcé, qui touche l'honneur de la femme et qui détruis sa vie.

2-3 Le viol :

- **Définition opérationnel:** C'est une pénétration agressive d'un homme contre une femme soit avec une partie de corps, soit avec un objet sexuelle. C'est la mort et le déshonneur pour les victimes,

2-4 L'inceste:

- **L'inceste :** C'est un viol intrafamilial, suivi par des violences physique et/ ou psychologique. C'est une tragédie très douloureuse.

PARTIE
METHODOLOGIQUE

CHAPITRE 4 :

Méthodologie de recherche

Préambule

La méthodologie de recherche est l'art de diriger l'esprit humain dans la recherche de la vérité, ce sont les méthodes et les techniques d'acquisition des connaissances qui permettent d'approcher cette vérité.

Le mot « méthode » est un emprunt du mot latin *methodus* qui est à son tour emprunté au mot grec *methodos* qui signifie « route » « voie » qui mène au but. Le mot « méthode » signifiait manière particulière d'appliquer une méditation, puis procédés raisonnés l'enseignement, la pratique d'un art. D'une manière générale, la notion de méthodologie de la recherche désigne d'ensemble des règles, étapes et procédures, auxquelles on a recours, dans une science pour saisir les objets étudiés. (Dépelteau F., 2003, p.6)

Démarche de la recherche et groupe d'étude

1- La pré-enquête : cette étape dans la recherche scientifique est très importante, elle est en effet, la première des choses que le chercheur doit faire avant de commencer sa recherche elle lui permet de déterminer sa recherche, et de bien cerner son problème de recherche et de bien choisir l'échantillon sur le quel il s'appuiera son étude aussi, elle permet de recueillir plus d'informations concernant l'échantillon et les sujets à choisir.

En ce qui concerne notre pré-enquête, elle a été faite en décembre 2016 à ce moment là nous avons commencé d'abord par rechercher un échantillon représentatif pour notre étude, car vraiment c'est difficile de trouver les cas réels victimes de violence sexuelle.

Dans le cadre de la pré-enquête, nous avons essayé d'avoir d'abord les cas victimes de violence sexuelle, dans les différents centres et hôpitaux au niveau de quatre wilayas Bejaia, Sétif, Alger, Tipaza.

Au niveau de Bejaia nous nous sommes déplacé vers L'Hôpital de Frantz fanon ou on s'est renseigné au niveau de service médecine légale, mais d'après le chef de service, les cas ce font rares et dépendra de notre chance. Après nous nous sommes déplacé a Sétif et on a visité trois centres, le premier c'est le centre d'enfance a belle aire et dar ALRAHMA a TEBINET et le troisième c'était le centre d'Accueil pour personne âgées a SALAH BEY. Mais toujours on revient les mains vides, d'après les psychologues de ces centres il n'existe aucun cas de violence sexuelle au niveau de leurs établissements et que la victime de violence sexuelle reste maximum deux jours dans le centre puis elle quitte car elle est toujours mal vue par les autres femmes résidentes dans le centre.

Après nous nous sommes déplacé a Alger au niveau du centre hospitalier universitaire de Ben AKNNOUN : Hôpital Mohamed Lamine DEBUGHINE, et Mustapha bacha au niveau de service médecine légale avec un accord de chef de service mais toujours il n'est y pas des cas et ils ont dit que les femmes viennent la nuit avec la police pour le certificat médicale mais elles reviennent jamais pour la consultation psychologique. On a aussi visité d'autres centres à Alger : le foyer des personnes âgées a Ben AKNNOUN, SOS femme en détresse à Alger centre. Nous avons ensuite été orientée vers le centre d'accueil de femme en détresse a BOUISMAIL Tipaza, ou on est d'abord passé par la direction de l'activité sociale de la même wilaya, cette dernière nous a envoyé vers le ministère de l'emploi et de la solidarité nationale qui se trouve a BIRKHADEM.

Le ministère demanda d'avoir d'abord une signature de notre institut, et une demande manuscrite, ce qui a été fait, après toutes ces procédures nous avons enfin obtenu l'accord de ministre et de la directrice du centre .au niveau du centre, tout s'est déroulé normalement, les gens travaillant au

niveau du centre ont été à la hauteur, ils nous ont suffisamment aidé pour pouvoir travailler tranquillement et ce de mars 2017 à mai 2017.

1-1- Le cas de la près-enquête

Le cas qu'on a eu pour notre près-enquête été une femme dénommée Katia, âgée de vingt-neuf ans, célibataire, sans profession, son niveau scolaire est deuxième année primaire (2AP), elle est la cadette d'une fratrie composée de quatre enfants dont deux garçons et une fille, son père est mort, quant à sa mère, elle travaille dans une boulangerie avec son fils. Leur situation économique est bonne. Katia est victime de violence sexuelle, spécifiquement, victime de viol à l'âge de vingt-sept ans et l'acteur de ce crime était son cousin. Sa relation avec les membres de sa famille était bonne jusqu'à ce que sa mère tombe malade.

L'entretien, avec notre cas d'étude, s'est déroulé dans le bureau de l'assistante sociale, le climat était favorable. Au début de l'entretien, Katia s'est montrée coopérative et elle a aimé parler avec nous, vu qu'elle adore parler aux psychologues.

Après la mort de sa mère, la relation de Katia avec les membres de sa famille est allée en se dégradant, ce qui apparaît avec évidence dans la phrase suivante : « Tout les miens me détestent, surtout ma belle sœur »

"دارنا قاع يكرهوني سورتو مرت خويا". Dès lors, personne ne s'occupait de Katia, la raison qui poussa sa famille à l'intégrer dans un centre.

A chaque occasion, la tante de Katia vient au centre pour la prendre avec elle à la maison, pour en rester quelque jour. Un jour, son cousin est rentré chez Katia au salon et il l'a violée. Le violeur de Katia lui a arraché ses vêtements avec force, et cette dernière a essayé de l'éloigner, elle s'est débattue et a essayé de s'enfuir, elle cria et pleura mais elle était faible et sans pouvoir d'agissement, elle ne pouvait pas lui faire face, car il était plus puissant qu'elle.

Après l'évènement, Katia a souhaité de mourir, par ce qu'elle pensait ne plus jamais pouvoir vivre comme avant, et que l'oubli ne puisse jamais arriver. Comme elle a dit : « je n'oublierais jamais ce traumatisme »,

"محال ننسى هاد الصدمة"

La culpabilité de survivre à l'évènement est très fréquent exprimé par Katia, tout particulièrement, lorsqu'elle avait senti qu'elle a été menacé de mort et qu'elle devait céder. On illustre cela par l'expression suivante de Katia : « je me suis coupable de ce qui m'est arrivé, j'avais le sentiment que je lui ai avais cédé », "انا مذنبه على واش صرالي, حسيت روجي اني تنازلت ليه", "On appui cela avec l'expression de (Dayan., 1995, p.97) : « Dans le travail avec certains patients faisant un récit de viol, l'un des indices les plus fiables d'événementielle. Lorsqu'un sujet exprime un tel affect de culpabilité, même après plusieurs années d'un événement de viol raconté comme ayant existé, ceci devrait alerter l'analyste ; l'intensité d'une culpabilité aussi explicite de la survie seulement à certaines, mais également à ces victimes de viol ».

Actuellement, la victime souffre de trouble de sommeil, et souffre de reviviscence de l'évènement et cela pendant son sommeil ou elle fait des rêve où elle voie cet homme entrain de la violer. Katia dit : « toujours je le voie dans mes rêves, entrain de me violer, c'est pour cela, que je n'arrive pas à dormir et je me réveil en sursautant et que j'ai peur tout le temps », "توجور في منامي نشوفو يغتصبني على هاد الشئ اللي ما نقدرش نرقد و ننوض ننقزو راني تو لتو خايفة".

Nous noterons donc, que les trouble de sommeil et les sursauts chez la victime sont des échappatoires pour éviter un autre viol, on augmentant notre analyse par un passage de (Damiani, 1997, p.226) Durant le sommeil, "les contres investissements et le moi ne sont plus protégés contre

l'émergence de ce qui fait choc". Le rêve, proche de l'hallucination, reproduit la scène sans déformation et sans élaboration ».

D'après les données récoltées grâce au questionnaire du TRAUMAQ, on a conclu que Katia souffre d'un syndrome psycho-traumatique très fort, causé par l'évènement dont elle a été victime, qui est le viol. Le questionnaire a révélé qu'elle souffrait de plusieurs troubles qui sont : la reviviscence, les troubles de sommeil, l'angoisse, les difficultés de concentration et de mémorisation, l'isolement et le sentiment de honte et de culpabilité.

D'après les résultats obtenus de l'entretien et du questionnaire de TRAUMAQ, on a constaté que la victime souffre d'un traumatisme très fort, depuis l'évènement jusqu'à aujourd'hui.

A ce propos, Muriel (Salmona., 2009, p.01) dit que : « Les traumatismes dus à des violences sexuelles comme les viols sont ceux qui entraînent le plus de conséquences psycho-traumatiques graves et durables sur les victimes avec 80 % de risque de développer un état de stress post traumatique en cas de viol Ces troubles psycho-traumatiques sont des conséquences normales de ces violences. Ils sont pathognomoniques, c'est-à-dire qu'ils sont spécifiques et qu'ils sont une preuve médicale du traumatisme ».

2- la méthode de recherche

C'est une technique utilisée par le chercheur afin d'effectuer sa recherche, et qui a un lien avec son domaine d'étude. Dans notre recherche on a opté pour la méthode clinique qui est la méthode la plus approprié pour approcher la vie intérieur des victimes.

- La méthode clinique de recherche

Pour (Mucchielli. A., 1996, p. 25) : « la démarche clinique consiste à considérer le sujet dans sa singularité historique et existentielle pour l'appréhender dans sa totalité à travers une relation personnelle nouée avec lui. Cette démarche mène le chercheur à l'examen approfondi, à l'aide des méthodes qualitatives qui lui paraissent pertinentes, d'un cas individuel en situation ». De ce fait, cette méthode est susceptible d'enrichir le clinicien par un grand nombre d'informations.

- L'objectif de la méthode clinique

La méthode clinique de recherche a pour objet de fournir des épreuves scientifiques, elle est utile à la pratique, en terme diagnostique, thérapeutique et épidémiologique.

Pour (Bertsch. J., 2000, p.2), Les objectifs de la recherche clinique sont d'accroître les connaissances que l'on a d'un individu et de comprendre les changements qui surviennent chez lui. L'objectif est d'acquérir beaucoup d'informations à son sujet à l'inverse de la recherche expérimentale qui est de requérir peu d'aspect sur beaucoup de gens. L'intérêt est donc d'éveiller des hypothèses chez quelqu'un. Le chercheur a donc à sa disposition beaucoup de l'attitude. Les recherches cliniques sont incomparables entre elles et la conclusion ne peut-être qu'isolée.

- Les objectifs de choix de cette méthode

On a choisi la méthode clinique de recherche car elle nous permet d'obtenir des données qui concernent des évènement passés ou bien des données qui concerne un problème actuel à la lueur de ses antécédents historiques ou passés.

Concernant notre thématique d'étude, nous nous sommes focalisé sur l'anamnèse du sujet, pour lui faire revivre son passé et ainsi comprendre son présent.

- L'étude de cas

La méthode clinique se base essentiellement sur l'étude de cas.

On peut définir de façon provisoire l'étude de cas comme étant une approche méthodologique qui consiste à étudier une personne, une communauté, une organisation ou une société individuelle. Comme le suggère son nom, l'étude de cas se penche sur une unité particulière quelconque. (Gauthier B., 2010, 200)

L'étude de cas fait le plus souvent appel à des méthodes qualitatives. Dont l'entrevue semi dirigée. Cependant, il n'est pas rare que les informations soient recueillies par différents type d'instrument, y compris par des outils quantitatives. (Gauthier B., ibid., 201)

Hamel (1997, p.103) précise que par définition, l'étude de cas fait appel à diverses méthodes, que ce soit l'observation, l'entretien semi-directif ou des techniques d'analyse du contenu. La variété des méthodes utilisées s'inscrit dans le but de croiser les angles d'étude ou d'analyse.

3-Le groupe de recherche

Notre travail de recherche s'est effectué auprès des femmes victime de violence sexuelle (viol et inceste). Ces femmes sont résidentes au niveau du centre national d'accueil pour femmes victimes de violences et qui sont en détresse à BOUISMAIL wilaya de TIPAZA.

Notre groupe de recherche est composé de trois (3) cas, leurs tranche d'âge est de 25 à 45 ans, ce qui nous a permet d'éliminer le facteur d'adolescence, et aussi pour leur passé le test du TRAUMAQ qui est

indiqué uniquement pour les adultes. Ces femmes sont natives de différentes Wilaya, leurs niveau d’instruction se diffère de l’une à l’autre, elles parlent toute l’arabe mélangé avec un peut de français.

Toutes nos patientes étaient plutôt sages, ouvertes d’esprit mais elles avaient honte de nous parler sur l’évènement du quel elles été victime. Peu de temps passé, en leur parlant, on a pu gagner leur confiance et elles se sont délivrées à nous, surtout que nous étions des personnes venue du hors du centre, elles parlaient doucement, surtout quand on arrivent a des points tabou, elles avaient des difficultés a parler surtout de la pénétration et a dénommer les organes sexuelles, donc elles faisaient des gestes avec leurs mains pour nous montré comment c’est passé ce viol en disant que l’agresseur a met son... ici.

3-1- la sélection de notre groupe de recherche

Dans la sélection de notre groupe de recherche on a pris en considération quelque critère d’inclusion et on a négligé quelque critère qu’on considère comme des critères d’exclusion dans notre sélection. Le tableau suivant résume ces critères.

TableauN°2 : Récapitulatif des caractéristiques de notre groupe de recherche :

Critères d’homogénéités	Critères d’exclusion
<ul style="list-style-type: none"> • Femmes: dans notre recherche on a pris le sexe féminin comme échantillon d’étude. • Adulte : on a choisie des femmes adulte pour évité l’adolescence et l’enfance. • Victime de violence sexuelle : comme notre thème le dit notre études est sur les victimes de VS • Hébergé dans un centre : on a choisie un 	<ul style="list-style-type: none"> • La tranche d’âge : on a pas préciser la tranche d’âge, car tout dépend de terrain. • Le niveau d’instruction : on a pas pris on considération leurs niveaux d’instruction car les VS touche toute catégorie. • Niveau sociaux-économique : notre choix des cas d’étude n’est pas fait par apport leurs situations économiques.

cadre bien définir afin d'effectué notre recherche dans des bonnes conditions	<ul style="list-style-type: none"> • L'âge de VS, Type de VS : nous n'avons pas précisé un tel ou tel type de vs car c difficile de préciser et tout dépend de terrain.
--	---

Source : Réalisé par nous-mêmes.

Le tableau ci-dessous englobe les cratères pertinents et non pertinents dans la quelle notre recherche s'est effectuer, on n'a pas exigé beaucoup de condition car c'est le terrain qui répond a notre demande vu que c difficile de trouver des victimes de violence sexuelle et c pas facile d'aborder ce sujet dans notre société.

3-2- les caractéristiques de notre groupe de recherche :

TableauN  3 : Récapitulatif des caractéristiques de cas d'étude selon l'âge :

L'��ge	25-35	35-45	Total
Les sujets	2	1	3
Le pourcentage %	67	33	100

Source : Réalisé par nous-mêmes

Le tableau ci-dessous indique l'âge des femmes victime de violence sexuelle dans l'intervalle de (25-35) on a 67% des femmes, et dans l'intervalle de (35-45) on a 33%. Par notre étude on a remarqué que les femmes victimes de violence sexuelle les plus touchées sont celle de la catégorie de (25-35).

Tableau N  4 : tableau récapitulatif de l'âge et de type de viol :

Les cas	âge de viol		Type de viol	
	Enfance	adulte	viol	Inceste
Lila	1	1	0	1
Hayat	1	1	1	0
Radia	1	1	1	1
Pourcentage	100 %	100%	67%	67%

Source : nous-mêmes.

Le tableau au-dessus est divisé en deux colonnes, la première colonne indique les différents âges du viol chez les victimes de violence sexuelle.

Dans ce tableau on a constaté que 100% de nos cas ont été violé pendant leur enfance, et 100% d'elles ont été violée à l'âge adulte.

La deuxième colonne indique les différents âges de viol, chez les victimes de violence sexuelle, où on a trouvé un pourcentage de 67% de nos cas ont été victime de viol et 67% victime de l'inceste.

4- présentation du lieu et de la durée de la recherche :

Notre recherche s'est effectuée dans une période de temps de deux mois datant du 10/03/2017 jusqu'au 10/05/2017 au niveau du centre national d'accueil pour les femmes victimes de violence et qui sont en détresse, BOUISMAIL de la wilaya de TIPAZA.

- La création du centre :

Le centre national d'accueil pour les femmes victimes de violence et qui sont en détresse, BOUISMAIL, soumis à la garde du ministère de recrutement et de solidarité national.

Inauguré en 18 octobre 1998 par Mme la ministre de la solidarité et de la famille. Ouvert formellement et commence à accueillir le 3 Mai 1999. Il a été créé et organisé et géré sous la sanction administrative n°38-2000 datant du 7 février 2000, cette décision vise à définir l'organisation interne du centre national d'accueil pour femmes victimes de violence et qui sont en détresse.

- La prise en charge

La prise en charge pour chaque catégorie est indiquée ci dessous:

1 / la catégorie des femmes victimes du terrorisme et femmes victimes de viol:

Les victimes soumissent à un examen médical et psychologique et sont prise en charge psychologique afin de les aider à maîtriser et surmonter la crise. Le centre cherche à les réintégrer dans la société par l'éducation ou la formation à des activités au sein du centre.

2 / catégorie des femmes dans une situation difficile:

Ce sont celles qui ont été victimes de violence de toutes sortes, que ce soit familial ou professionnelle ou externe:

- les mères célibataires.
- qui sont dans une situation pathologique difficile comme la fuite de la maison sans raison.
- Les femmes sans abri.
- Les femmes victimes d'abus sexuels.

Le centre les accueille et leur fourni des soins complets après avoir étudié tous les aspects de leur situation, le centre leur offre alors un traitement psychologique et médical et si elle vient au problème de la social il le règle.

- Les fonctions du centre

La prise en charge des femmes qui ont été victimes d'actes de violence, du coté psychologique, médical, social, éducatif et récréatif, on peut les répertorier comme suit:

- Du coté médical et psychologique

Préparer et élaborer des stratégies pour la prévention des troubles mentaux et de contribuer à l'élimination des tensions et cela en recevant la psychothérapie de suivi quotidien. Le traitement psychologique des cas

insoumis se fait au niveau de l'Hôpital des maladies neurologiques à la fin de la période indiquée elles retournent au centre pour le suivi quotidien, mais sous surveillance médicale psychologique

- Du côté social:

1-Travail sur la réintégration familiale: en établissant la conciliation entre le résident et les parents, si possible.

2-Travail sur la réinsertion sociale: l'objectif est de les mettre dans un nouveau statut social, familial.

3- Travail sur leurs intégrations dans un nouveau milieu éducatif: et cela pour créer un sentiment de responsabilité et rétablir la confiance en soi en eux par la fréquentation au monde extérieur et les faire sentir qu'elles appartiennent à la communauté par l'étude dans les établissements d'enseignement et centres de formation professionnelle, et aller travailler.

4- Les travaux sur l'intégration par le mariage: dans le but de la formation d'une famille unie et la diffusion de leur stabilité psychologique.

5- l'intégration par le mariage : si la victime a subi une violence par de son père, son frère ou même l'ex mari et a été difficile pour le service social de la réintégrer au sein de la famille, et n'a pas trouvé chez elle un niveau d'instruction qui permet son intégration professionnelle ou éducatif, donc ce service tente de garantir la construction d'une nouvelle famille unie à travers le mariage, car la création de nouveaux liens familiaux lui permet de percevoir les erreurs dont elle a été victime et de créer une famille ayant un équilibre psychologique, d'un autre côté, le mariage favorise son acceptation à nouveau par sa famille, malgré les erreurs qu'elle a pu faire ou subir.

L'aide sociale gère ce genre de réintégration par la préparation psychologique de la victime et son désir de se marier, et aussi assurer le choix d'un partenaire qui lui garantira une situation familiale

favorable et non semblable à celle dont elle en été victime tel ne pas avoir un toit ce qui l'expose à être sans abri.

5- Les techniques utilisées

Cette démarche clinique nous a amené à des techniques de recueils d'informations tels les entretiens et les questionnaires :

• L'entretien clinique de recherche

L'entretien peut être défini dans un premier temps, ainsi que le propose Le Petit Robert, simplement comme l'action d'échange des paroles avec une ou plusieurs personnes. Clinique est à l'origine un terme médical issu du grec *klinè* qui signifie « lit ». Et L'entretien clinique utilisé par les psychologues, vise à appréhender et à comprendre le fonctionnement psychologique d'un sujet en se centrant sur son vécu et en mettant l'accent sur la relation. (Chahraoui Kh. Benony H. 2013, p.11)

- Type d'entretien

. **Entretien non directif** : c'est un type d'entretien centré sur la personne au cours duquel, comme son nom l'indique, ce n'est pas le clinicien qui oriente le discours du patient ou le sujet qui parle librement de lui-même en contrôlant et en menant son discours comme il l'entend. Le clinicien pose une question, donne une consigne ou bien circonscrit un thème puis s'efface pour laisser parler le sujet. (Chahraoui Kh. Bénony H., 2013, p.14)

. **Entretien semi-directif** : dans ce type d'entretien, le clinicien dispose d'un guide d'entretien ; il a en tête quelques questions qui correspondent à des thèmes sur lesquels il se propose de mener son investigation. (Chahraoui Kh. Bénony H., 2013, p.16)

Ces questions ne sont pas posées de manière hiérarchisée ni ordonnée, mais au moment opportun de l'entretien clinique, à la fin d'une association du sujet, par exemple.

De même, dans ce type d'entretien, le clinicien pose une question puis s'efface pour laisser parler le sujet ; ce qui est proposé est avant tout une trame à partir de laquelle le sujet va pouvoir dérouler son discours. L'aspect spontané des associations du sujet est moins présent dans ce type d'entretien dans la mesure où c'est le clinicien qui cadre de discours, mais ce dernier adopte tout de même une attitude non directive : il n'interrompt pas le sujet, le laisse associer librement, mais seulement sur le thème proposé.

. **Entretien directive** : l'entretien semi-directif doit être distingué de l'entretien directif, une forme d'entretien qui peut être utilisée dans les sciences sociales et en psychologie clinique pour compléter les investigations.

L'entretien directif correspond au questionnaire dans lequel les questions sont ordonnées et hiérarchisées ; il ne s'agit donc pas d'un entretien clinique dans la mesure où il n'est pas centré sur la verbalisation spontanée du sujet. (Chahraoui Kh. Bénony H., op.cit, p.16)

Dans notre recherche, nous avons utilisé l'entretien semi-directif car il favorise l'expression libre et associative à partir d'une question ouverte tout en orientant ponctuellement la personne sur des questions précises pour lesquelles l'examineur souhaite une réponse.

-Le guide de l'entretien semi-directif

L'entretien clinique de recherche est toujours associé à un guide d'entretien plus ou moins structuré : il s'agit d'un « ensemble organisé de fonctions, d'opérateurs et d'indicateurs qui structure l'activité d'écoute et d'intervention de l'interviewer » (Chahraoui kh, Bénony H., 2013, p.68)

Selon **FERNANDEZ L p.8** : « le guide d’entretien est établi après des entretiens exploratoires, le guide se présente sous la forme de « pense-bête » en répertoriant les thèmes et/ou axes thématiques qui doivent être abordés au cours de l’entretien semi-directif.

Tableau N°4 : Récapitulatif démontrant l’objectif de chaque axe :

Les axes	Leurs objectifs
Les données personnelles	<ul style="list-style-type: none"> • Pour recueillir plus d’ample d’information sur la victime
Axe n°01 : le déroulement de l’évènement	<ul style="list-style-type: none"> • Pour connaître l’histoire de l’évènement ; • Pour avoir plus de détail ce qui nous permettra d’approfondir les recherche sur notre thématique.
Axe n°02 : l’état de santé	<ul style="list-style-type: none"> • On s’intéresse à la santé de la victime avant et après l’évènement pour savoir si elle a subit des changements ; • Pour voir si la santé physique influence la santé psychique.
Axe n°03 : la relation familiale	<ul style="list-style-type: none"> • Pour voir le milieu où la victime a grandi ; • Pour voir la qualité de sa relation avec les membres de sa famille ; • Pour voir si la famille joue un rôle dans la victimisation de ces femmes.
Axe n°04 : la vie onirique	<ul style="list-style-type: none"> • Pour voir si le traumatisme a influencé la qualité du sommeil de la victime
Axe n°05 : le devenir psychologique	<ul style="list-style-type: none"> • Pour voir comment la victime est devenue après l’évènement traumatisant ; • Pour voir si ces femmes sont des personnes vulnérables ou résilientes.

Axe n°06 : projet d'avenir	<ul style="list-style-type: none"> • Pour voir comment la victime voit son avenir ; • Pour voir est-ce qu'elle a gardé l'espoir d'avoir une vie belle et si elle est ambitieuse.
----------------------------	--

Source : réalisé par nous-mêmes

Le tableau ci-dessous regroupe les axes de notre guide d'entretien qui vise à référencer les principales thématiques à aborder dans une démarche semi-directive. Ce guide d'entretien n'a pas été utilisé de manière systématique ou linéaire, mais il s'est avéré utile pour orienter et rythmer les discussions.

- **Le TRAUMAQ:**

Questionnaire d'évaluation du traumatisme psychique, mis au point par Carole Damiani, et Maria Pereira-Fradin. Il s'agit d'un questionnaire qui permet d'évaluer la fréquence et l'intensité des manifestations du traumatisme psychique pendant et après l'événement. Il se compose de 65 items répartis sur 10 échelles.

Selon les deux auteurs, ce questionnaire s'intéresse exclusivement au traumatisme psychique consécutif à un événement grave, potentiellement mortel. Le sujet a vécu, a été témoin, ou bien a été confronté à un ou des événements, durant lesquels des personnes sont mortes ou ont été menacées de mort, ou ont été gravement blessées, ou bien durant lesquels sa propre intégrité physique ou celle des autres a été menacée.

Le questionnaire TRAUMAQ ne mesure pas le stress. Il évalue le syndrome post traumatique, suite à l'exposition à un événement comportant une menace de mort pour soi ou pour les autres (critère A du DSM-IV). (Damiani, Pereira-Fradin, 2006, P.1)

Les outils psychométriques actuels sont généralement construits à partir de la classification du DSM. Or, en raison des réserves, les auteurs ont préféré envisager le traumatisme psychique de façon beaucoup plus globale. Outre les symptômes généralement observés (le syndrome pathognomonique de répétition, les évitements phobiques, les symptômes neurovégétatifs), le TRAUMAQ évalue également des symptômes fréquemment associés, notamment l'état dépressif et les somatisations.

Est également pris en compte le « vécu traumatique » et plus particulièrement la honte, la culpabilité, l'agressivité et les répercussions sur la qualité de vie. (Damiani, Pereira-Fradin, op.cit. P.9)

Objectifs :

- Evaluer les troubles traumatiques aigus et chroniques, voire des modifications de personnalité suite à un événement traumatique.
- Contribuer à la recherche épidémiologique.
- Participer à la validation d'un traitement thérapeutique.

Ainsi, intégré à la pratique du clinicien, le questionnaire TRAUMAQ peut apporter une aide au diagnostic. Il peut aussi être un outil de recherche en vue d'études épidémiologiques ou au contrôle de l'effet d'un traitement psychothérapeutique.

Population concernée :

Le questionnaire s'adresse aux adultes, à partir de dix-huit ans, confrontés directement et de façon brutale avec le réel de la mort. Ce sont les sujets qui ont eu une perception directe de l'événement, comme : (Damiani, Pereira-Fradin, 2006, p.9)

-Les adultes, qui ont été des victimes directes ou témoins d'une infraction pénale (agression sexuelle, viol, coups et blessures, agression à main armée, prise d'otage, séquestration, etc.).

-Les adultes qui ont été victimes ou témoins d'un sinistre majeur avec une menace de mort. (Voir liste des événements dans le questionnaire). - Les adultes victimes ou témoins d'un accident de la voie publique.

Sont exclus :

- Les adultes qui n'ont pas été exposés directement.
- Les enfants victimes.
- Les adultes victimes de situations répétées de victimisation (inceste, maltraitance, etc.).
- Les proches des victimes. (Damiani, Pereira-Fradin, op.cit. p.10)

Contenu du questionnaire :

D'après Damiani et Pereira-Fradin, les items du questionnaire ont été rédigés par des psychologues cliniciens et des psychiatres spécialisés en victimologie. Les items et les échelles ont fait l'objet d'études pré expérimentales afin de supprimer les ambiguïtés et les items non pertinents.

Le questionnaire est composé de deux parties :

Partie 1 : Les réactions immédiates (pendant l'événement) et les troubles psycho-traumatiques (depuis l'événement) : Cette première partie est composée de dix échelles. Elle mesure le vécu durant l'événement et les réactions postérieures à l'événement. Elle constitue la base du questionnaire permettant d'établir le diagnostic. (Damiani, Pereira-Fradin, 2006. p.10)

Partie 2 : Délai d'apparition et durée des troubles décrits (échelle facultative) : Cette partie permet de prendre en compte des manifestations qui peuvent avoir disparu au moment de l'administration du questionnaire. Elle se compose de 13 items qui correspondent aux grands groupes de symptôme évalués dans la première partie du questionnaire. Elle mesure le délai d'apparition et la durée des troubles décrits (échelle facultative). Elle donne des informations complémentaires qui peuvent être utiles au clinicien, à l'expert ou au chercheur.

Informations générales :

Le questionnaire TRAUMAQ permet de recueillir un grand nombre d'informations de façon à réaliser un bilan complet. Ces informations se présentent sous forme de rubriques sur les deux pages du questionnaire.

Informations concernant l'événement et le sujet :

- Informations concernant l'événement.
- Informations concernant le sujet.

Informations concernant la période antérieure et la période postérieure à l'événement :

- La situation familiale et professionnelle de la personne est à préciser.
- Les problèmes de santé antérieurs à l'événement.
- La forme de la psychothérapie (antérieure et / ou postérieure à l'événement).
- Les événements antérieurs qui ont profondément marqué la personne.

Administration et cotation :

Ce questionnaire a été conçu pour être utilisé en hétéro-passation et le temps d'administration varie d'une personne à l'autre.

Il convient de préciser une consigne générale : « *vous devez répondre à toutes les questions. Vous pouvez revenir en arrière, passer une question si vous avez du mal à y répondre sur le moment mais il faudra y revenir par la suite* ». (Damiani, Pereira Fradin, op. cit. p.15)

Consignes de cotation :

Pour la partie 1 du questionnaire (excepté pour l'échelle J), le sujet choisi parmi quatre méthodes de réponses correspondant à l'intensité ou la fréquence de la manifestation :

- Nulle (échelon 0) •Faible (échelon 1) •Forte (échelon 2)
- Très forte (échelon 3).

L'échelle J composée de neuf items pour lesquels le sujet doit répondre par oui ou par non. Certains items sont inversés : il convient pour la cotation d'utiliser la grille présentée dans le tableau 3.1 (voir le manuel, Damiani, Pereira-Fradin, ibid. p. 16).

Consistance interne de TRAUMAQ :

La consistance interne des échelles a été évaluée en prenant en considération d'une part, la corrélation moyenne entre les items de l'échelle et, d'autre part, les alphas de Cronbach classiques excepté pour l'échelle J constituée d'items dichotomiques. Au regard des critères usuels ($\alpha = .94$). (Voir, Tableau 4.2, dans le manuel de questionnaire, Damiani, Pereira-Fradin, op. cit.p. 20)

Validité externe du TRAUMAQ :

La validité de ce questionnaire a été étudiée à partir de deux critères concourants : la note à *l'Impact of Event Scale-Revised* (Weiss et Marmar, 1996) et une évaluation clinique. Les données ont été établies à partir d'un sous échantillon de 125 sujets (tous issus de l'échantillon de l'étalonnage) constitué de 42 hommes et 83 femmes, âgés de 18 ans à 85 ans (âge moyen : 40.7 ans).

l'Impact of Event Scale-Revised est une échelle d'évaluation du traumatisme développée par Weiss et Marmar (1996) et traduite en français par Brunet, King et Weiss (citée par Bouvard et Cottraux, 2002). Il s'agit d'une version améliorée de *l'Impact of Event Scale* construite par Horowitz en 1979. Ce questionnaire d'autoévaluation repose sur le cadre théorique du DSM-IV.

Le choix de cette échelle pour l'étude de la validité du TRAUMAQ a été basé sur sa fréquence et sa présence dans la littérature. Le diagnostic établi à partir du TRAUMAQ a également été confronté à une évaluation clinique réalisée par les psychologues en contact avec les sujets. (La corrélation est $.80^*$ IES-R, et $.66^*$ Evaluation clinique. Significatif à 0.5. Voir le tableau 4.3 dans le manuel de questionnaire, Damiani, Pereira-Fradin, *ibid.* p. 21).

Etalonnage normalisé en cinq classes (Partie 1 : Réactions immédiates et troubles psycho-traumatiques) :

Afin de faire apparaître les différents niveaux de gravité du syndrome post traumatique et compte tenu des distributions des notes brutes aux différentes échelles et pour la note totale (proches des caractéristiques de distributions normales), un étalonnage normalisé en cinq classes a été construit pour les notes brutes par échelle et pour la note totale de la partie 1.

classe	1	2	3	4	5
Notes brutes	0-23	24-54	55-89	90-114	115+
Évaluation clinique	Absence de traumatisme	Traumatisme léger	Traumatisme moyen	Traumatisme fort	Traumatisme très fort

Conversion de la note brute totale de la partie 1 en note étalonnée et en niveau d'intensité

Analyse typologique :

En utilisant la méthode de la classification ascendante hiérarchique des sujets (méthode centroïde de Ward) sur la base des notes étalonnées aux échelles de la partie 1, on met en évidence quatre profils :

Profil A : syndrome psycho-traumatique intense.

Profil B : Syndrome anxio-dépressif (sans syndrome psycho-traumatique déclaré).

Profil C : Syndrome psycho-traumatique modéré (sans troubles dépressifs)

Profil D : Syndrome psycho-traumatique léger.

(Voir l'étalonnage de chaque profil dans le manuel de questionnaire, p.23-24)

6- Le déroulement de la pratique :

Notre recherche s'est déroulée auprès des femmes victimes de violences sexuelles (viol et inceste). En se conformant aux règles de l'éthique et aux normes déontologiques.

Les psychologues du centre nous ont présentées pour les victimes en tant qu'étudiantes en MASTER 2 spécialité psychologie clinique, et leur ont expliqué que nous étions là-bas pour effectuer une recherche intitulée

« le traumatisme psychique chez les femmes victime de violence sexuelle (viol et inceste) ».

Durant la première rencontre avec les victimes, on leur a expliqué que nous sommes entrainé de préparé un mémoire de fin de cycle pour l'obtention d'un diplôme. On a insisté sur le secret professionnel en leur disant : « n'hésitez pas à nous parler et à nous faire part de vos douleur et de votre histoire, nous sommes ici pour vous écouter et non pas à vous juger. Et surtout ne vous inquiéter pas, ce qui se déroule ici reste ici, ça va rester dans le cadre de notre étude ».

6-1- le déroulement de l'entretien clinique :

Notre entretien s'est déroulé au sein du bureau de l'assistante sociale, où on nous a laissé toutes seules avec nos cas. L'entretien que nous avons effectué s'est déroulé en deux (2) séances, la première était une séance de rencontre avec les sujets et de recueil d'informations personnelles sur eux, ce qui nous a permet de gagner leur confiance. Dans la deuxième (2) séance, nous avons fait la passation de l'entretien semi-directif que nous avons élaboré sous forme d'un guide d'entretien.

Donc notre entretien s'est bien passé, dans un climat favorable. Nos sujets était très à l'aise avec nous, et dès que l'entretien se termine elle demande de revenir pour les visité une autre fois (elles avaient aimé le fait de se confier à nous).

6-2- Le déroulement du questionnaire du TRAUMAQ :

La passation du questionnaire de TRAUMAQ à été effectué en une seule séance d'environ 45mn et en faisant la passation en essayant de leur lire items par items. Les victimes étaient stressées en voyant le nombre de feuilles que le questionnaire contient, et elles étaient pressées de le finir pour pouvoir parler d'autre chose, mais elles étaient coopératives et ont répondu à toutes les questions.

6-3- L'analyse et traitement des données

Selon Berelson, « l'analyse de contenu est une technique de recherche servant à la description objective, systématique et quantitative du contenu manifeste des communications » en d'autres mots, l'analyse de contenu permet de retracer, de quantifier, voire d'évaluer, les idées ou les sujets présents dans un ensemble de documents : le corpus. (Leray CH., 2008, p.5)

Analyser le contenu d'un document ou d'une communication, selon Mucchielli. R, est une méthode sûre, qui nous permet de faire l'inventaire, rechercher les informations qui s'y trouvent, dégager le sens ou les sens de ce qui y est présenté, formuler et classer tout ce que « contient » ce document ou cette communication. (Mucchielli. R, 1979, P. 17).

Cette analyse permet d'éviter le recours à l'intuition, aux impressions personnelles, et d'éliminer la subjectivité de l'opérateur. C'est peut être par rapport aux risques de subjectivité, de filtrage et d'interprétations personnelles que les premiers auteurs qui se sont intéressés à cette technique ont exigé que l'analyse de contenu soit :

- *objective*, c'est-à-dire considérant les données informationnelles comme des objets susceptibles d'être étudiés scientifiquement, décrits, analysés, « autopsiés », décomposés ou découpés de toutes les manières utiles ;
- *exhaustive*, c'est-à-dire n'oubliant rien de son objet après l'avoir défini ;
- *méthodique*, c'est-à-dire soumise à des règles strictes, que l'on peut apprendre et transmettre ;
- *quantitative*, c'est-à-dire aboutissant à des calculs et à des mesures, à des évaluations aussi précises que possible. (Mucchielli., ibid., p. 17).

En ce qui concerne notre analyse de l'entretien clinique semi-directif, on a fait une lecture globale non détaillée, ce qui nous a permis de se focaliser avec le problème. Donc on a opté pour la méthode qualitative.

Pour ce qui est du questionnaire du TRAUMAQ, on a fait l'analyse à partir de notre cadre théorique et des bases du questionnaire lui-même qui est composé de deux modules, le premier module évalue le vécu du traumatisme pendant l'évènement, le second module rend compte des troubles consécutifs à l'évènement traumatique, le vécu psychologique, l'insertion sociale et la qualité de vie.

Donc à partir de l'entretien clinique de recherche (données qualitatives) et le questionnaire du TRAUMAQ (donnée quantitative) on arrive à poser le diagnostic et d'exposer les résultats finals, ce qui va nous permettre de discuter de la validité de nos hypothèses de recherche.

6-4- l'attitude du chercheur :

Chaque chercheur s'engageant dans une recherche, y compris l'étudiant, est responsable de son travail sur le terrain et des données qu'il accumule. Il est tenu au respect, à la protection du sujet et au secret professionnel, comme on l'a déjà cité auparavant dans le déroulement de l'entretien (nous avons expliqué à nos sujets qu'on est censé garder le secret professionnel).

Au terme de la passation de la recherche, le chercheur doit fournir aux participants toutes les informations complémentaires qu'il jugera nécessaires à la compréhension de la recherche. Effectivement c'est ce qu'on a pris en considération lors de notre représentation dans notre première rencontre avec nos sujets.

6 5- les difficultés rencontrées :

Comme toute recherche scientifique, il y a toujours des difficultés et des obstacles que le chercheur rencontre, voici quelques difficultés que nous avons rencontrées :

- Manque de documentation sur les violences sexuelles
- Les difficultés de trouver des victimes de violence sexuelle, vu que le sujet est tabou dans notre société.
- La non disponibilité des données épidémiologiques concernant le nombre exact de victime en Algérie, vu que les victimes se cachent et, souvent, de ne déclarent pas.
- Absence de centre d'accueil pour femmes dans notre Wilaya, ce qui nous a obligés à chercher hors Wilaya.
- Le refus de certains cas de coopérer avec nous, en craignant que nous sommes des journalistes.
- La difficulté de rester solide devant les cas et d'essayer de ne pas aggraver leur situation, surtout devant les victimes qui pleurent.

Conclusion

La partie méthodologique est comme une boîte à outils qui nous a permis d'assurer une meilleure organisation de notre travail de recherche.

Pour nous, la méthodologie est comme un biais de récolte de données. Cette partie est comme une chaîne qui relie notre partie pratique à la partie théorique, c'est le surveillant de notre recherche et le guide de notre démarche.

CHAPITRE 5 :

Présentation et analyse des résultats

Présentation et analyse du premier cas: Lila

-présentation du cas :

Lila, femme âgée de 32ans, divorcé, sans enfants et son profession. Son niveau d'instruction est du huitième AF. Lila est la cadette d'une fratrie composée de onze enfants, dont trois filles et huit garçons. Leur situation familiale est juste à la moyenne. Lila vit actuellement dans le centre, car elle n'avait nulle part où aller.

-analyse du contenu du premier cas :

Durant l'entretien, Lila a été trop timide. Elle exprimait une grande honte, et avait une difficulté pour nous parler de l'évènement, mais nous avons pu la persuader, en lui disant que nous étions là-bas pour l'écouter, ce qui va l'aider à extérioriser ses souffrances, et la soulager. Dès lors, elle a commencé à nous parler, et à être coopérative.

.le déroulement de l'évènement :

Lila, victime de deux viols incestueux et les auteurs de ces actes sont ses deux frères.

Au début de l'entretien, Lila avait honte de nous parler de l'évènement, elle évitait de nous regarder et avait du mal à parler. Elle nous a dit :

« C'est difficile pour moi de parler de mon histoire du viol »,

"واعرة عليا نهدر على قصة الاغتصاب تاعي".

De ce fait, on constate que Lila présente un sentiment de honte, ce qui nous a fait penser que les victimes de viol trouvent des difficultés à le déclarer. Car la honte les bloque, surtout le faite qu'il est un sujet tabou. Selon (Tisseron S., 1992, p. 178) « *l'enjeu de la honte est le risque d'exclusion. La honte est un*

sentiment complexe du fait qu'il renvoie à des situations vécues comme honteuses, aux non dits, à des situations de violence ».

Après nos essaie avec la victime, elle a commencé à s'exprimer. Lila nous a dit : « **ma tragédie a commencé après la mort de mon père** »,

"المأساة تاعي بدأت بعد ما توفى بابا".

La raison de cette tragédie est que l'un de ses frères l'avait violé, à l'âge de dix ans, on illustre cela par ses dires : « **mon frère a commencé à me violer depuis mon enfance** »,

"خويا بدا يغتصبني من الطفولة التاعي"

Lila décrit la scène de son viol, en détail. La première fois que son frère est venu à elle, c'était une nuit pluvieuse et froide, et vue qu'elle dormait avec ses frères et sœurs dans le salon, son frère se réveilla se dirigea vers elle, la toucha et lui enleva ses vêtements et la viola. En se retrouvant dans cette situation, Lila pleurait et lui priait de la laisser tranquille, mais se dernier la menaça et lui ferma sa bouche puis continua son crime.

A coté de la honte ressenti par Lila, elle souffre, aussi, de la reviviscence des troubles liés au traumatisme, vécu auparavant lors du viol. Cette reviviscence du traumatisme semble avoir, à présent, un impact négatif sur la victime. Selon elle : « **je revis toujours la même scène** »,

"نعيش ديما نفس المشهد".

Cette réactivation de la situation traumatique, à cause de l'entretien, obligea Lila à se souvenir des faits passé et a engendré, en plus de l'angoisse, un comportement d'évitement traumatique de sa part, manifesté par la phrase suivante : « **repenser à ça me rend folle** »,

"كي نعاود التفكير فهاد الشي نولي مهبولة".

(Angelino L., 1997, p.195) résume cette reviviscence de ce comportement et leur effet sur la victime de la manière suivante : « *la remémoration des scènes traumatique revêt un caractère éminemment visuel et, souvent, la victime préfère ne plus en parler(...), cet évènement empêche le travail sur le retentissement affectif et la recherche du sens* ».

Lila étant petite, innocente et ignorante ne savait pas ce qui se passait avec elle, c'était une fille de dix ans. Tout ce qu'elle savait c'est que ce que son frère lui faisait n'est pas bon et effrayant. D'après elle son frère exploita sa faiblesse et profita de son ignorance, pour la violer huit fois, et cela quand il se retrouve seul avec elle ou quand toute la famille dormait.

Lila a essayé de tout raconter à sa mère, mais cette dernière l'avait ignoré et avait banalisé le sujet. Peu de temps après, Lila raconta tout à sa belle sœur qui lui avait expliqué ce que tout cela voulait dire et, voulant la protéger, elle la prenait chaque soir pour dormir chez elle et elle l'incita comment réagir si ce genre de situation tenta de se reproduire, et depuis elle est devenu plus vigilante.

Lila, en arrivant à ce point à commencer à pleurer. On a remarqué que cette ignorance, de la part de sa mère, l'a vraiment touché. D'après (Dayan., 1995, p.105) « *l'ignorance où la sous-estimation par les intervenant de l'impact psychique d'une agression peut avoir alors un effet gravement cumulatif entraînant une accentuation de traumatisme* ».

Dix-neuf ans passèrent, vivant dans ces conditions d'incompréhension de la part de la maman et la maltraitance de ses frères envers elle, un autre parmi ces dernier tenta de refaire ce qu'elle a vécu y a dix-neuf ans de cela.

Son frère avait l'âge de quarante deux ans et elle avait vingt-neuf ans. Un jour il l'a prise dans la chambre, par excuse de l'aider à s'en débarrasser des maux qu'elle avait et la soulager, mais, elle a refusé en réclamant qu'elle en avait pas de maux et qu'elle va bien, mais son frère n'a rien voulu savoir et

ferma la porte. Lila en se rendant compte de ce qui y allait se passer, en suite, elle s'est vite évanouie et, en se réveillant, elle trouva son frère entrain de lui faire une pénétration avec la main. Choqué et hanté, par la frayeur et la honte, elle sorti directement de la chambre en s'enfuyant pour aller, ensuite, tout raconter ses deux belle sœur, mais c'était sa parole contre la parole de son frère, donc elles ne l'ont pas crus.

La victime ressentait un sentiment d'impuissance et d'abandon, un sentiment dû au rejet de la famille. Selon ces dires : « **ma famille ne voulait pas me croire, et moi je ne peu rien faire** » "عايلتي محبوبش يمنوني وانا منقدر ندير والو"

Lopez (2006) souligne à ce propos que : « *la maltraitance sociale que subissent de nombreuses victimes confrontées à l'incompréhension de leurs proches ... constitue une survictimation risquant d'aggraver les effets traumatiques du viol* »

Lila termina son histoire en disant : « **voilà, ma vie** »

"ايه, هادي هي حياتي".

Ce fut la fin de son histoire.

.l'état de santé :

Pour ce qui est de l'état de sa santé ; Lila souffre d'un handicap physique au niveau de sa main gauche qu'elle na pas pu bouger jusqu'à ce qu'elle fasse une opération. Cet état provoque chez elle un sentiment de complexe et de dévalorisation. Selon ses dires : « **Avec mon handicap, qui va me regarder. Je ne vaux rien à leurs yeux, c'est pour ça qu'on me maltraite** »,

"مع الإعاقة تاعي شكون راح يشوف لي. انا ما نسوى والو, على هاد الشبي اللي يحقروني"

A ce propos, **Dolto cité par (Duhamel. Besson., 2001, p.201)** dit que « *l'image du corps s'élabore en permanence au cours de l'évolution du sujet, à*

travers son vécu relationnel et ses expériences sensibles et émotionnelles e de ce qui l'image du regard de l'autre ».

Lila n'avait pas d'autre maladie somatique, avant l'évènement non plus après, et elle n'a pas pris de médicament, mais, elle souffre de troubles fonctionnelles surtout de nutrition, notamment la boulimie, selon elle : « **après l'évènement, j'ai toujours faim et je mange tout le temps** »,

" **الحادثة نجوع toujours و ناكل فكل وقت** "

. La relation familiale :

Etant petite fille Lila menait une vie normale, au sein d'une famille heureuse, comme toutes les autres familles. Mais quand elle avait l'âge de dix ans, son père est mort. C'était l'évènement, qui a bouleversé sa vie.

Lila a perdu son père, à un âge trop petit, ce qui lui a laissé un grand vide. Elle s'en souvient de lui très bien, surtout quand il l'a taquinait.

Quant à sa mère, vue les conséquences, elle a été obligé de chercher un travail, pour pouvoir subvenir aux besoins de ses enfants. Dès lors leur mère s'est éloignée d'eux. Lila essaya à plusieurs reprises de discuter avec sa mère, mais cette dernière la repoussa toujours, Même au pire moment de sa vie quand elle avait besoin d'elle, surtout quand ses frères l'ont violé, donc leur relation était presque inexistante.

Selon Lila, ses sœurs ne s'intéressaient à rien qu'à leurs-mêmes et ne prenaient pas de ses nouvelles jusqu'à ce qu'elles aient un manque d'argent.

Quant à ses frères, ils l'insultaient et lui faisaient souffrir surtout les deux qui l'ont violé spécifiquement le premier et cela pour lui enlevait l'argent qu'on lui donne pour son handicap. Lila dit à ce propos : « **depuis la mort de mon**

père et moi je vie comme une chienne ; Mes frère me frappaient sans raison, je ne peux pas oublier cette souffrance. C'était très douloureux pour moi de résister et de vivre avec ses conditions défavorable, je sentais, comme si, que je vivais avec des monstres. Que des insultes, que des souffrances et de maltraitements»,

"ملي مات باب و انا نعيش كي الكلبة. خاوتي كانوا يضربوني بلا سبة, ما نقدرش ننسى هاديك المعانات. كان صعب عليا بزاف انو نعيش فهادوك الشروط اللي ماتليقش. كنت نحس كي شغل كنت عايشة مع وحوش, غير المعاييرة و المعانات و المعاملة القاسية "

Vivant dans ces conditions familiales, Lila n'a pas pu supporter cette vie pleine d'injustice, et ne trouva personne pour la croire, elle a fugué de la maison et ne retourna qu'après avoir entendu que le seul frère avec qui elle s'entendait était mort pour assister à ses funérailles.

On constate que Lila ressent un sentiment d'impuissance et d'abandon, sentiment qui provient de l'incompréhension de la famille, de ses jugements, de la maltraitance qu'elle a subie, qui reflète sa honte et son impuissance, de son vagabondage dans la rue. Tout cela augmente la douleur de la victime et prolonge sa souffrance.

Peut de temps après, Lila a reçu une demande au mariage, elle a donc accepté directement, sans hésitations. Son seul objectif c'était de se libérer de la prison de ses frères. Un an après Lila se maria.

Après le mariage, Lila commença à soupçonner son marié de ne pas être dans un bon état psychologique, alors, voulant l'aider elle l'avait pris, pour voir un psychiatre qui lui a confirmé qu'il souffrait d'une maladie mentale. Ce dernier, n'étant pas dans tout ses état d'esprit, la frappait toujours et ne lui parlait pas et même ne faisait pas de rapport sexuel avec elle qu'une fois par mois voire même deux mois.

Vue que sa famille ne prenait pas de ses nouvelles et ne la visitait pas, ses beaux-parents la maltrahaient, toujours et incitaient leur fils à la frapper et même le soudoyaient de la quitter. Ils le contrôlaient totalement, et ils lui prenaient tout l'argent qu'il avait, et ne leur laissait rien, alors Lila été obligé de prendre les choses en main et s'occupa de l'économie de la maison en utilisant l'argent qu'on lui donne pour son handicap.

Vu ces conditions de vie, Lila et son marie ont construit une maison pour déménager et aller vivre seule, mais sa belle mère ne les a pas laisser et a refusé et continua à mettre la pression sur son fils pour qu'il la quitte jusqu'au jour où il la mise dehors, à cinq heur du matin.

Actuellement, Lila se trouvant dans un centre, n'a aucun contact avec sa famille. Il y a, juste, son neveu qui vient lui rendre visite, une fois par hasard.

.la vie onirique :

Suite aux données récoltées, lors de l'entretien, concernant la qualité du sommeil et le déroulement des rêves, chez Lila, on a constaté la présence de symptômes pathognomoniques à l'état de stress post traumatique dont certains cauchemars qui envahissent sa vie onirique et perturbe la qualité de son sommeil. En effet Lila a du mal à s'endormir la nuit et quand elle y arrive elle voit trop de cauchemars ou elle revoit les scènes du viol dont elle a été victime et dès le réveil elle conserve les souvenirs de la scène rêvée : « **la nuit, je ne peux pas dormir. Mais quand j'y arrive, je voie que des cauchemars, je rêve toujours de viol, et quand je me réveil, je morte de peur et stressé, c'est comme si c'était vrais, pas seulement un cauchemar et je ne pouvais pas me rendormir** », « فالليل ما نقدرش نرقد... بصرح كي نرقد نشوف غير الكوابيس... نحلم ديما », « بالاعتصاب... وكي ننوض ننوض ميتة مالخوف و مقلقة كي شغل كان حقيقة ما كانش غير كابوس و

« ما نقدرش نوللي للرقاد ». Cependant Pour Anzieu D Cité par (Damiani., 1997, p. 128), *le rêve est une pellicule impressionnable qui enveloppe le psychisme pendant le sommeil et fonctionne comme une deuxième peau. Or une effraction traumatique peut altérer cette fonction d'enveloppe du rêve en criblant celui-ci de trous et en le transformant en cauchemar répétitif. À la place de l'enveloppe protectrice, on trouve une enveloppe d'excitations « masochiquement investies qui marquent la douleur de l'effraction traumatique ».*

. Le devenir psychologique :

Voulant voir le devenir psychologique de Lila, après son viol, on a su que Lila ne s'est pas rendu compte que c'était un viol, mais, dès qu'elle a compris tout et réalisa qu'elle a perdu sa virginité, elle commença à se sentir mal dans sa peau et se dévalorisa de plus en plus avec le temps. D'après ses dires : « **j'ai senti que je ne vauX rien, et rien ne me restait, c'était fini** »,

" حسيت بلي ما نسوا والو, و ما بقالي والو. خلاص "

Et on a constaté que Lila a une image de soi fortement atteinte, engendrant une dévalorisation de soi et une atteinte narcissique. (Damiani., *ibid.*, p.76) exprime cette atteinte comme suite : « *l'image de soi chez les personnes victimes de viol est profondément atteinte* »

Lila a imaginé que sa vie est détruite après son viol et elle n'a aucun sens, elle a aussi le sentiment que son avenir est bouché, que tout est fini et qu'elle ne pourra plus jamais avoir une vie normale. D'après elle : « **après mon viol, ma vie est détruite, comment voulez-vous que je l'imagine** »,

" بعد الاغتصاب, حياتي تحطمت. كيفاش تحبو نتخيها "

Vue les circonstances, elle a perdue tout espoir dans la vie et ne voyait aucun avenir devant elle, ce qui l'a poussé à tenter de mettre terme à sa vie, à

plusieurs reprise. De là, on constate que Lila est dans un état de désespoir et de dépression ce qui la pousse à faire plusieurs tentative de suicide. « *En effet, un bon nombre de patients au comportement suicidaire ont été victimes de viol, d'inceste ou d'agression* ». (De Clerq. Lebigot., 1999, p.111).

Cela s'illustre avec les dire de Lila : « **j'ai essayé de me suicidé à plusieurs reprise. Ça ne fait pas longtemps que j'ai essayé de me couper la main avec un morceau de verre** »,

"حاولت ننتحر شحال من خطرة. ما عنديش بزاف مللي حاولت نقطع يدي بقطعة تاع الزجاج"

Pour ce qui est du moment présent, Lila se voit délaissée, toute seule sans personne à ses coté pour la soutenir. Elle souffre d'une grande carence affective, surtout, quand elle repense à sa mère, elle lui manque trop, et elle blâme ses frères pour ce qu'ils lui ont fait et toute sa famille pour ne l'a pas avoir cru et ne pas être à ces coté et leur incompréhension envers elle. Elle a aussi honte quand elle repense ou parle de l'évènement dont elle a été victime.

Pour ce qui est de la satisfaction de soi chez Lila est inexistante, pour elle tout est fini, ayant un handicap et étant victime d'un viol incestueux, elle se voit comme morte. Et cela s'illustre selon ses dires : « **Il ne me reste rien, et je ne vau rien. Lila est morte** »,

"ما بقى لي والوو ما نسوا والوو. ليلة ماتت."

En effet on constate de ce fait la présence des troubles liés à l'image de soi et qui touche les fondements de la personne, son équilibre psychique et ses modes d'adaptation. Les troubles de l'image de soit, massivement fréquent dans le discours de Lila, concernant la dévalorisation de soi, une baisse de l'estime de soi ainsi qu'une atteinte narcissique grave. Cette atteinte narcissique est due aux changements qu'à subi son corps après le viol, (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* ».

. Projet d'avenir :

Lila est désespéré à propos de son avenir, elle veut juste trouver la paix et de trouver un peu d'espoir pour continuer à vivre. La seule chose qu'elle désire de plus que tout, c'est de revoir sa mère avant qu'elle meurt.

Le mariage pour Lila n'est pas dans ses projets d'avenir. Vue sa mauvaise expérience avec son ex mari.

Présentation et analyse du questionnaire de TRAUMAQ

Le score total coté chez Lila est de 132, avec une note étalonnée 5 marqué par la présence d'un syndrome psycho-traumatique très fort.

- Première partie

ECHELLE (A) : elle a obtenu une note brute de 22 étalonnée de 4, marquée par un très fort sentiment de : frayeur (A1), d'angoisse (A2), de solitude(A7), d'impuissance (A8). Et de très forte réaction physique (A4) accompagné par un fort sentiment d'être dans un état second (A3) et la forte conviction qu'elle allait mourir(A6).

ECHELLE (B) : elle a obtenu une note brute de 12 étalonnée de 5, marqué par la très forte reproduction de l'évènement : à travers des souvenir et images qui s'impose à lui durant la nuit et/ou la journée (B1) et la reviviscence à travers les cauchemars (B2). Comme il est très difficile pour elle de parler de l'évènement (B3), accompagné par une très forte sensation d'angoisse éprouvé lorsqu'elle pense à l'évènement (B4).

ECHELLE (C) : elle a obtenu une note brute de 14 étalonnée de 5, elle manifeste une très forte difficulté d'endormissement (C1), accompagné par beaucoup de cauchemars et de rêves terrifiants (C2), avec de très fort : réveils nocturne (C3), d'impression de ne pas dormir (C3) et de fatigue au réveil (C4).

ECHELLE (D) : elle a obtenu une note brute de 15 étalonnée de 5, marqué par: une anxiété (D1), une crise d'angoisse (D2) et une insécurité (D4) qui sont très fortes, avec une peur intense de se rendre sur les lieux en rapport avec l'évènement (D3), et d'évitement des lieux et situations qui évoquent l'évènement (D5).

ECHELLE (E) : elle a obtenu une note brute de 16 étalonnée de 5, manifesté par : une hyper-vigilance (E1), une très grande méfiance (E2), une forte irritabilité (E3) et une forte présence de crise de nerfs (E4) avec des comportements agressifs très fort (E6) et une très forte crainte de ne pas contrôler cette agressivité (E5).

ECHELLE (F) : elle a obtenu une note brute de 4 étalonnée 3, marqué par de très fortes manifestations physiques (F1) et une légère variation du poids (F2).

ECHELLE (G) : elle a obtenu une note brute de 5 étalonnée de 3, avec une très forte présence de difficulté de concentration (G1) et une forte difficulté de se remémorer (G2).

ECHELLE (H) : elle a obtenue une note brute de 21 étalonnée de 5, caractérisé par un très fort désintérêt pour des choses qui étaient importantes, pour elle, avant l'évènement (H1) et un enthousiasme et une énergie inexistantes (H2) voire une très forte fatigue et épuisement (H3), avec une grande tristesse et des crises de larme (H4). Son avenir lui apparaît ruiné (H7) et la vie pour elle ne vaut pas la peine d'être vécu, voir elle a fait plusieurs tentatives de suicide (H5) comme elle a de très fortes tendances à s'isoler et à éviter le contact avec les autres (H8).

ECHELLE (I) : elle a obtenu une note brute de 15 étalonnée de 4, manifesté par une très forte humiliation de ce qui c'est passer (I3), une très grande dévalorisation de soi (H4) avec une très forte colère violente (I5). Sa vision a trop changé à l'égard des autres et même à son égard (I6), et elle pense qu'elle a carrément changé (I7).

ECHELLE (J) : elle a obtenu une note brute de 10 étalonnée de 5, elle ne poursuit plus les activités qu'elle faisait avant (J1), elle a l'impression que ses performances professionnelles ne sont pas

équivalentes à avant (J2) et elle ne fréquente plus ses amis (J3) et a rompu toute relation avec ses proches (J4). Elle se sent incomprise (J5) et abandonnée (J6) par les autres, surtout qu'elle n'a pas trouvé aucun soutien auprès de ses proches (J7), mais, elle cherche d'avantage la compagnie et la présence d'autrui (J8). Elle n'a plus de loisir à pratiqué (J9) ni de plaisir à éprouver (J10) comme avant, et elle ne se sent plus concerné par ce qui se passe autour d'elle (J11).

- Deuxième partie

Les répétitions et les reviviscences de l'évènement voir les troubles du sommeil aussi, se sont manifestés dès le premier jour et ne s'est pas atténuées jusqu'à aujourd'hui. Après plus d'un an passé, Lila a la 'crainte de retourné a la maison et elle est devenu hypersensible et vigilante au bruit et évite tout le monde ce qui l'a poussé à avoir une tendance à s'isoler. Elle est atteinte d'une boulimie et a de difficulté de concentration et des trous de mémoire, elle a perdu tout intérêt, tout énergie et enthousiasme et elle a fait plusieurs tentative de suicide et cela jusqu'à maintenant.

Synthèse des données recueillis à partir du questionnaire du TRAUMAQ

D'après les données récoltées grâce au questionnaire du TRAUMAQ, on constate que Lila souffre d'un syndrome psycho-traumatique très fort causé par le fait qu'elle a été victime d'un double viol incestueux.

Synthèse du cas

En se référant aux critères diagnostiques de l'ESPT, et d'après les résultats obtenu lors de l'entretien on constate que Lila souffre d'un traumatisme psychique intense, manifesté par : la honte, la culpabilité, le

sentiment de rejet et d'abandon, une image de soi très atteinte, une carence affective, la peur, les tentatives de suicide... etc.

Et d'après les résultats obtenus d'après le questionnaire de TRAUMAQ, avec une note brute de 132 étalonnée de 5, on constate que le traumatisme dont elle souffre est très fort.

Présentation du premier cas : Hayat :

Il s'agit d'un cas de viol. Hayat, âgée de 24ans, célibataire, mère d'un enfant, âgé de 3ans et 7mois, et sans profession. Son niveau scolaire est de 1AS, elle est la troisième fille d'une fratrie de cinq (5) enfants dont deux (2) garçons et trois (3) filles. Son père travail comme agent de sécurité, quant à sa mère, elle est femme au foyer. Hayat se trouve dans le centre par ce qu'elle avait eu mare de la vie du dehors, et elle voulait se stabilisé.

.présentation et analyse de l'entretien semi-directif :

Au début de l'entretien, Hayat nous paraissait à l'aise et largement communicative, elle répondit aisément à nos questions, on illustre cela avec les propos suivant : **«posez vos questions sur ce que vous voulez, je n'ai pas de problème, je vais vous répondre, normal »**

"سقسيو واش حبيتو ما عنديش مشكل نجاوبكم نورمال"

. Déroulement de l'évènement :

Hayat, une jeune fille étudiante au CEM. Elle était trop belle, avec un corps très attirant -surtout avec les vêtements qu'elle mettait-. Un lundi après midi son presseur l'avait convoqué avec cinq (5) de ses collègue pour venir à la séance de rattrapage qu'il avait organisé. C'était le jour où Hayat a subit son premier viol.

. Hayat, arriva au CEM, cette après-midi là, elle trouva son professeur qui l'attendait dehors dans un coin. Ce dernier lui demanda de partir avec lui. Et elle, en toute confiance, part, en ne se doutant de rien. Ce dernier l'avait attiré vers la foret, ou il lui enleva, son pantalon et sa culotte, la colla et lui attacha ses main sur un arbre et ensuite la viola. Elle, ignorante de ce qui lui faisait, pleura et cria fortement, et lui, sans cœur ni regret et avec cruauté, continua son crime. Hayat à ce propos dit : **« je pleurais et je**

hurlais, mais lui, il continuait. Cri comme tu veux, il n'aura pas pitié de toi »,

"كنت نبكي و نعيط بصرح هو كامل. عيطي ولا قعدي, ما تغيضيهش". Et elle ajouta : « à ce moment là, j'étais dans un état d'effroi »,

"في الوقت هاداك, كنت في حالة هلع"

Selon (De Clercq. Lebigot., 2001, p.4) « *cet effroi traduit la rencontre avec le réel de la mort, irreprésentable pour le sujet, et qui constitue une véritable effraction à l'intérieur de l'appareil psychique* ».

Hayat parlait et essayait de retenir ses larmes en jouant avec des clés, qu'elle avait dans sa main, et à chaque fois, elle essaya de rire, puis elle nous regarde avec l'aire de nous dire c'est trop tard on ne peut rien faire, maintenant.

On constate que Hayat avait une réaction immédiate inadaptée qui se présente par la sidération, d'après elle : « **j'étais dans un autre monde, comment voulez-vous que je vous le décrive** »,

"كنت في عالم وحد اخر, كيفاش حبيتوني نوصف هولكم"

A ce propos, (Crocq L et al. 2007, p.19) dit que : « *la sidération saisit le sujet d'un coup, d'emblée, dans toutes ses facultés, sur le plan cognitif, il est stupéfait, incapable de percevoir, d'identifier et d'exprimer ce qu'il ressent. Il ne sait plus qui il est, ni où il se trouve* ».

Ensuite, elle reprend son histoire et nous raconta comment il l'avait laissé, en plein foret, vêtements déchirés et avec plein de sang.

Quand elle arriva à la maison toute effrayé et en pleurant, ses parents l'ont accusé d'avoir sa part du mérite de ce qui lui est arrivé. Mais, ils l'ont pris chez un médecin et ont posé plainte. Le juge a condamné l'acteur du crime

à la prison avec cent vingt million d’amende. Selon elle c’était la somme avec laquelle sa famille ont bâti une maison, Hayat le disait en se moquant, et en banalisant le fait, ce que (Salmona M., 2009), décrit comme conduite dissociante du à un trouble dissociatifs péri-traumatique, ou elle précise que, les conduites dissociante résultant d’un récit de fait qui peut être profondément altéré et paraître truffé d’incohérence, de différente manière. Parmi ces manières on cite : *« une anesthésie émotionnelle, conséquence de la dissociation chronique qui donne une sensation d'irréalité, de ne pas être vraiment concernée, comme si on parlait de quelque chose dont on avait été spectateur et non-victime (la réalité du viol est bien là mais comme l'anesthésie émotionnelle coupe des émotions, le fait d'en être la victime paraît irréel), la victime peut tenir un discours froid et distant, ou bien être souriante et paraître détachée ce qui peut déstabiliser les interlocuteurs. Elle peut aussi être facilement décontenancée par certaines questions et répondre à côté, ou là aussi finir par avoir des doutes face aux réactions dubitatives de ses interlocuteurs, tout en sachant que pourtant cela a bien eu lieu comme elle le raconte ».*

Cette conduite a été présentée par la victime à plusieurs reprises, durant l’entretien, où elle nous racontait son histoire avec froideur.

Le deuxième viol que Hayat a subit était à l’âge de vingt deux ans. C’était au moment où elle exerçait la prostitution, dans un bar à Oran, où elle sortait avec un homme qui lui avait parié un million. Hayat se retrouva kidnappée. Son kidnappeur l’avait enfermé dans une ferme isolée pour environ 70jour, où il abusa d’elle, et lui ramena un groupe d’homme qui venait chaque soir, buvaient, se droguaient et puis la violaient. Ils lui apportèrent à manger, seulement, une fois par quinze jour.

A chaque moment que ses agresseurs la violaient, elle revit, la scène du premier viol, elle dit : « **à chaque fois qu'ils venaient à moi et me violaient, ça me rappelais mon premier viol** »,

"كل ما يجيو عندي و يغتصبوني, نتفكر الاغتصاب تا عي اللول"

Dans se sens (Rothbaum B.O. Foa E., 2012, p.55, 56) disent que : « *le fait de penser à un évènement négatif déclenche les souvenirs d'autres évènements négatifs... par conséquent, il est possible que depuis le traumatisme, un traumatisme plus ancien que vous avez oublié soit remonté à la surface. Les souvenirs de ce traumatisme ancien peuvent être aussi perturbant que ceux de l'agression que vous venez de subir* ».

Hayat se sentait mourante, selon elle : « **j'ai vu la mort devant mes yeux** »,

"شفت الموت بين عينيا".

D'après (Daligand. Gonin., 1983, P. 40) dans tout crime sexuel, la mort s'affirme, même si elle n'est pas biologiquement infligée ou seulement même tentée. Ils affirment que la victime de viol est paralysée par la mort qui infiltre chaque fibre de son être ».

Après que les ravisseurs ont eu mare d'elle, ils l'avaient mise dans la voiture et l'avaient prise avec eux et, ensuite, la jetèrent sur la route comme une bonne à rien. Elle alla voir la police, dès qu'elle s'est retrouvé dehors, mais ces dernier n'ont rien pu faire, vu qu'elle ne les connaissait pas.

. L'état de santé :

Auparavant, Hayat n'avait pas de problèmes de santé. Après son premier viol, elle a été éteinte d'une dépression qu'elle a du traiter chez un psychiatre. Ce dernier lui a prescrit des antidépresseurs, mais trois mois plus tard elle les arrêta.

Après son deuxième viol, Hayat souffrait d'un trouble alimentaire, selon elle, elle restait plus d'une semaine sans manger, elle buvait juste de l'eau, et cela dure jusqu'à présent. Elle a utilisé deux mécanismes de défense comme refuges, qui sont l'insomnie et la somnolence, et qu'on peut considérer comme des troubles fonctionnels.

Illustrons ce passage de (*Josse E., 2010, p.10*) : *Ces troubles somato 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 soi en 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.*

Récemment Hayat a eu un accident de voiture, qui lui a causé une fracture, au niveau de sa jambe, ce qui l'a poussé à subir une opération.

. La relation familiale :

Concernant sa relation familial, Hayat nous a fait part des évènements les plus touchant. Et sa relation avec les membres de sa famille, ou elle n'a jamais trouvé sa place : sa maman était très sévère au point où elle lui a laissé avoir l'impression qu'elle ne soit pas sa mère. La raison pour cela était le manque d'affection et de tendresse de la part de la maman d'auprès duquel, un jour, Hayat a décidé de se renseigner : « **une fois, j'ai demandé à ma mère, pourquoi elle n'était pas tendre avec moi, elle m'a dit : je ne peux donner un sentiment que je n'ai pas** »,

"خطرا سقسيت اما قولتلها وعلاش ماكيش حنينة معايا قالتلي فاقد الشئ لا يعطيه"

Pour ce qui est de son père, malgré qu'il ne se souci pas du sort de ses enfants et trompe sa femme, il est ouvert d'esprit mais toujours indisponible. Lila dit à ce propos: «**mon père, à chaque coin, il a une femme, il ne se souci de rien**», "بابا في كل دورة عندو مرا, ما علابالو بحتى حاجة"

Selon ces dire de Hayat, on constate que son père est toujours absent, et à ce sujet, (Toualbi N. in toualbi R., 1984, p.52) explique l'importance de l'autorité du père dans la famille algérienne traditionnelle comme suit : « l'époux (le père) représente, dans la configuration familiale algérienne, la pierre angulaire (*reb edder*), c'est-à-dire « le dieu, le pilier primordial du foyer et donc sa raison d'être ».

Ses frères et sœur, c'est chacun pour soit : « **chacun pour soi**», "كل واحد لروحو".

D'après ce que Hayat nous a raconté, à propos de sa relation familial, on constate qu'elle a un sentiment de rejet et d'abandon, due essentiellement au manque de l'affection de leur part surtout sa mère. (Maury M., 2008, p.88) a définit la carence affective comme suite : « *carence en soins maternels (soins parentaux) ; et insuffisance quantitative ou qualitative d'interactions entre l'enfant et sa mère (et ses parents)* ».

Cette carence affective a un impact négatif sur elle, surtout, après son viol, ses relations se sont dégradés ; sa famille a été dur avec elle et n'ont pas voulu l'aider, la raison pour laquelle, elle a quitté la maison.

La vie onirique :

Hayat a des difficultés d'endormissement, elle reste plusieurs jours sans dormir mais, quand elle dort, elle dort pendant 24heures jusqu'à 48heures sans se réveiller et cela depuis son viol. Ce qui révèle chez elle un trouble du sommeil. , des perturbations en quantité et qualité du sommeil, ce qu'on appelle la dyssomnie.

Aussi on constate chez la victime des cauchemars à thème traumatique qui sont très fréquent depuis son viol, et cela quand elle a dit : « **je vois toujours des cauchemars, où on me violait, et moi j'ai rien pu faire**»,

"نشوف ديما كوابيس وين نشوف بللي يغتصبوني و انا ما قدرت ندير والو"

A ce propos, (Chahraoui KH., 2014, p. 15) a écrit : « *les cauchemars de répétition représentent la symptomatologie la plus connue. Il peut s'agir de cauchemars répétitifs de l'évènement, 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* ».

Hayat, en dormant, se voit, à plusieurs reprises, qu'elle mettait une robe blanche, ce qui se traduit par son désir refoulé de pouvoir mettre une robe blanche et se marier. **Freud écrit dans son livre (interprétation des rêves, 1999) : « tout rêve est l'accomplissement (déguisé) d'un désir (refoulé, réprimé) ».**

Le devenir psychique :

Les sentiments de Hayat étaient pleins de frayeur, elle s'est sentie comme morte car elle était consciente de ce que signifie l'honneur pour la femme et surtout que sa famille n'a pas accepté le fait qu'elle soit violée par force et l'accusa d'être la responsable pour ce qui lui est arrivé, malgré qu'il l'avait vu dans la situation dans laquelle elle se trouvait.

Hayat resta même pas 4 mois à la maison puis elle essaya, de s'enfuir, jusqu'à ce qu'on l'intègre dans un centre de rééducation, dans lequel elle a suivi des séances de psychothérapie chez un psychologue. Dans le centre elle a rencontré de nouvelles filles, qui fumaient et buvaient de l'alcool, et comme chaque groupe, pour qu'on t'intègre faut être comme eux, donc elle

a commencé à les suivre en faisant comme elles. Après 3 mois, elle sort du centre, pour bonne conduite.

Même pas un mois passé de son retour chez elle, Hayat quitta la maison pour rejoindre la vie du dehors, où elle vivait avec les filles qu'elle avait rencontré dans le centre. Elle commença à fréquenter les discothèques, à fumer, à boire et à se droguer et à faire de son corps un objet sexuel. Lors de ses pratiques sexuelles, Hayat n'a jamais été consciente, mais aussi, ne s'est jamais senti à l'aise, selon ses dires : « avant que je couche avec un homme, je buvais et je me droguais, je n'étais jamais consciente »,

"انا كنت ديما نشرب و نزل قبل ما نرقد مع كاش راجل, جامي كنت ديجا واعية"

(Josse E., op.cit., p. 17).dit que : « *La souffrance psychique favorise la consommation, abusive, d'alcool, de médicaments psychotropes (calmants, antidépresseurs, anxiolytiques, somnifères, antidouleur) et de drogues. Le recours aux substances psycho-actives est une tentative d'automédication contre les symptômes traumatiques (cauchemars, souvenirs répétitifs, flash-back), les troubles associés (dépression, anxiété) et les réactions de stress (hyper-activation neurovégétative) ou est un moyen de fuir la réalité* ».

Quand elle a eu dix-neuf ans, elle est tombée amoureuse d'un homme, avec lequel, elle s'est sentie en sécurité. C'était le seul homme avec lequel elle était consciente et lors de sa pratique sexuelle et même satisfaite. Donc Hayat a pu surmonter son traumatisme et a pu avoir une relation amoureuse et même sexuelle avec un homme duquel elle est tombée amoureuse. De là on constate que la compréhension, l'affection, et le milieu chaleureux et la sécurité, dont elle avait besoin et qu'elle trouva chez cet homme l'avaient aidé à développer un fonctionnement de

résilience. A ce propos, (Anaut M., 2003, p.3) dit que : « *le développement du fonctionnement résilient d'un individu repose sur un sentiment d'avoir une base de sécurité interne, le faite d'avoir quelqu'un qui soutient l'individu, membre de famille ou pas, apparait comme très important pour le développement du sentiment de sécurité interne* ». Hayat dit : « **Quand j'avais 19ans, je sortais avec un homme et je sui tombé amoureuse de lui, avec lui je me sentais soulagée et en sécurité, c'était le seul avec qui je suis consciente, quand je couche avec lui** ».

"كي كان في عمري 19 خرجت مع واحد وحببتو, حسيت معاه بالراحة والامان, كان الوحيد اللي كي نرقد معاه نكون صاحبة".

Malgré que Hayat ait pu surmonter son traumatisme et s'est lancer dans une relation amoureuse, elle n'a pas pu lui raconter qu'elle a été violée. Hayat a dit : « **t'est folle! Je vais lui dire qu'on ma violé ! Tu sais ce que c'est un viol !** »,

"هبلت نقوللو غتصبوني علا بالك واشنو هو الاغتصاب".

De là on constate que Hayat a un sentiment de honte qui est aussi fortement présente chez les victimes de viol, la femme violée se sent honteuse d'avoir été souillée, pénétré passivement, exposé aux regards de l'autre dans le viol et, éventuellement, d'avoir joui à son corps défendant. (Tisseron., 1992, p. 24) « *la honte n'est pas seulement liée au sexuel, la honte pour lui est celle d'un autre que le sujet a installé à l'intérieur de lui* ».

Quand son amant a découvert qu'elle était enceinte, il n'a pas assumé sa responsabilité de père et il l'a quitté, sans se soucier, de son sort ni du sort de son bébé. Ce qui a met Hayat dans un état d'effondrement.

Hayat voyagea alors vers Alger où elle travailla en tant que femme de ménage chez une femme qui l'a hébergé chez elle jusqu'à ce qu'elle met

son enfants au monde et le met dans une pouponnière. Pui reprend son travail dans les cabarets.

(Damiani., 1999, p.76) « *L'image de soit chez les personnes victime de viol est profondément atteinte* ». En effet, en ce qui concerne l'image de soi et l'image du corps, elles sont gravement affectées, et c'est ce qu'on a pu prouver à partir de ce que Hayat pense d'elle-même en disant: « **Hayat, je la voie comme un zéro (0), et je ne l'évalue pas, par ce que je suis devenu inexpressive** »

« **حيات نشوفها 0 وما نقيمش حياة, بارسكو وليت رخيصة** ».

Hayat n'est pas satisfaite d'elle-même. Elle n'a rien pu réaliser, rien de bon pour elle : « **مانيش راضية على روعي خاطرش ما درت حتى حاجة سالحة و** » « **مليحة ليا انا** »

Projet d'avenir :

Hayat est totalement anéantie et désespérée à propos de son avenir, elle dit : « **quel avenir, quel projet, ma vie est gâché, rien ne me reste. Je suis une victime de viol en plus une pute, j'ai travaillé dans des cabarets. Je me suis salé, tout le monde me connait. Ma mère m'a rejeté et m'a désisté et l'homme que j'ai aimé m'a laissé et s'est marié avec une autre que moi** », « **واش من مستقبل, واش من مشروع, انا حياتي راحت, ما** » « **بقالي والو. انا ضحية اغتصاب و زيد عاهرة, خدمت فالملاهي وسخت روعي و الناس قاع تعرفني. اما سمحت فيا و قاتلي متبريا منك. الراجل اللي حبيتو خلاني و تزوج مع وحد اخرى** ».

Le rêve de Hayat est de pouvoir vivre avec son fils, pour le chérir, l'aimer et le couvrir de tendresse. Elle souhaite mourir croyante en DIEU et l'obéir.

Présentation et analyse du questionnaire du TRAUMAQ

La note brute totale coté chez Hayat est de 139 étalonnée de 5, marqué par la présence d'un syndrome psycho-traumatique très fort.

- Première partie

ECHELLE (A) : elle a obtenue une note brute de 23 étalonnée de 5, manifesté par une très forte sensation de frayeur (A1), d'angoisse (A2), de solitude et d'abandon (A7) voire même d'être impuissante (A8), paralysé (A5) et d'être dans un état second(A3). Elle a eu une forte réaction physique (A4) et un faible sentiment qu'elle allait mourir (A6).

ECHELLE (B) : elle a obtenue une note brute de 12 étalonnée de 5, manifesté par de très forte reproduction de l'évènement (B1) et de reviviscence à travers les rêves et les cauchemars (B2), avec une très grande sensation d'angoisse (B4), comme il est trop difficile pour elle de parler de l'évènement (B3).

ECHELLE (C) : elle a obtenue une note brute de 12 étalonnée de 2, marqué par des difficultés d'endormissement depuis l'évènement (C1)

ECHELLE (D) : elle a obtenue une note brute de 10 étalonnée de 4, depuis l'évènement, Hayat est très tendu et très anxieuse (D1) et elle a de très forte crise d'angoisse (D2). Elle a un très fort sentiment d'insécurité (D4) et une faible crainte de se rendre sur des lieux en rapport avec l'évènement (D3).

ECHELLE (E) : elle a obtenue une note brute de 17 étalonnée de 5, marqué par une forte vigilance (E1) et une très forte méfiance (E2), irritabilité (E3) et agressivité (E6) et la crainte de ne pas

pouvoir contrôler cette agressivité (E5) et elle a beaucoup trop du mal à maîtriser ses crises de nerf (E4).

ECHELLE (F) : elle a obtenue une note brute de 10 étalonnée de 5, manifesté par de très forte réaction physique (F1), de faible variation de son poids (F2), une très détérioration de son état physique général (F3) et elle a augmenté sa consommation de certaine substance : l'alcool et la drogue (F5).

ECHELLE (G) : elle a obtenue une note brute de 2 étalonnée de 2, manifesté par de forte difficulté de concentration (G1).

ECHELLE (H) : elle a obtenue une note brute de 16 étalonnée de 4, marqué par d'une perte totale de l'intérêt pour des choses qui étaient importance auparavant (H1), de manque total d'énergie et d'enthousiasme (H2), par un faible épuisement et de fatigue (H3) avec de forte crises de larme (H4). Hayat a de faible difficultés sexuelles et affectives (H6), mai elle de très forte tendance à s'isoler (H8) par ce que sa vie lui a apparu ruiné (H7).

ECHELLE (I) : elle a obtenue une note brute de 21 étalonnée de 5, manifesté par une très forte sensation d'être responsable de la façon dont les évènements se sont déroulé (I1), un très fort sentiment, de culpabilité de ce qu'elle avait fait durant l'évènement (I2), d'humilité (I3), de dévalorisation (I4), de colère violente et de haine (I5). Hayat, trouve qu'elle n'est plus comme avant (I7) et qu'elle a carrément changé de façon de vivre et la façon dont elle se voit elle-même (I6)

ECHELLE (J) : elle a obtenue une note brute de 7 étalonnée de 4, Hayat a arrêté ses activités scolaires (J1). Pour elle ses performances scolaires sont équivalentes à avant (J2) mais elle ne fréquente plus ses amis (J3) et elle a rompu sa relation avec ses proche (J4) parce qu'elle a été incomprise (J5) et abandonné (J6) par les autres et n'a pas trouvé de soutien auprès de ses proches (J7). Malgré tout, elle aimerait bien avoir la compagnie et la présence d'autrui (J8). Hayat ne pratique aucun loisir (J9) et n'a aucun plaisir (J10) qu'auparavant et elle se sent moins concerné par les évènements qui touchent son entourage (J11).

- **Deuxième partie :** Depuis le premier jour jusqu'à présent, Hayat revit l'évènement de la même fréquence que le premier jour, et devenu plus vigilante et méfiante. Dans les 3 premier jour, elle est devenu anxieuse avec des crises d'angoisse et agressive avec des pertes de contrôle. Dans cette période elle évitait le retour à des lieux similaires au lieu où l'évènement s'est passé, mais maintenant elle a dépassé cet état. Durant le premier mois, elle a commencé à prendre de l'alcool, de la drogue et c'est jusqu'à ressèment qu'elle a arrêté, et des réactions physique qui dure jusqu'à maintenant. Un an passé sur l'évènement, Hayat a commencé à avoir des troubles de sommeil : elle ne dort pas pendant des jours, les cauchemars comme elle a des pertes d'appétit ou elle reste plusieurs jours sans manger, comme elle a des difficultés de concentration et la tendance à s'isoler, tout cela est toujours présent actuellement.

Synthèse des données recueillis à partir du questionnaire du TRAUMAQ

Grace au questionnaire du TRAUMAQ on a pu détecter la présence d'un syndrome psycho-traumatique très fort du à son exposition à un évènement traumatique qui est le viol. Et on constate l'existence de plusieurs troubles psycho-traumatiques.

Synthèse du cas

En se référant aux critères diagnostiques de l'ESPT, et d'après les résultats obtenu lors de l'entretien on constate que Hayat souffre d'un traumatisme psychique intense, manifesté par : la honte, la culpabilité, le sentiment de rejet et d'abandon, l'effroi, la peur, l'effondrement, l'image de soi atteinte, addiction aux divers substances... etc.

Et d'après les résultats obtenus d'après le questionnaire de TRAUMAQ, avec une note brute de 139 étalonnée de 5, on constate que le traumatisme dont elle souffre est très fort.

- Présentation et analyse du 2^{ème} cas de Radia :**-présentation du cas :**

Radia, femme âgée de quarante deux ans, célibataire, sans enfants et sans profession. Son niveau d'instruction est de sixième AF. Elle est la cadette d'une fratrie composée de sept enfants dont quatre garçons et trois filles, leur situation économique est bonne. Radia était présente dans le centre parce que sa belle sœur l'avait intégré dedans.

-analyse du contenu de l'entretien clinique semi-directif:

Radia, au début de l'entretien a été très méfiante, et elle n'a pas pu exprimer sa souffrance, qui lui fait encore plus mal qu'avant, mais on a pu la rassurer et gagner sa confiance ce lui a rendu plus à l'aise à en parler.

.déroulement de l'évènement :

Radia, victime de quatre viols dont un est un viol incestueux. Radia a été violé dès son jeune âge par son cousin, son frère, le fils de l'amie de sa mère et un infirmier.

Radia et sa mère se rendait un jour chez sa tante, dès que elles arrivèrent, radia sortait dehors pour jouer avec son cousin, peu de temps passé et soudainement, son cousin l'attaqua par surprise et lui enleva sa robe, Radia tout en criant et essayant de s'échapper n'a pas pu le repousser. Radia avait trop mal, mais ce dernier continua son crime. Radia a dit : « **Il a met le sien ici** », "دار لي
تاعو هنا"

-Radia nous montrait la partie intime, de son corps, avec ses mains-

Quand elle rentra à la maison, elle raconta, ce qui lui est arrivé, à sa maman et sa tante, mais ces dernières ne voulaient pas la croire. Radia avait peur intensément. Elle a dit : « **personne n'a voulu me croire, on m'a dit que j'étais une monteuse, et moi je ne sais pas pourquoi. Et moi j'avais peur, j'avais trop peur** »,

"حتى واحد ما حب يامنني, قالولي بلي انا كذابة, و انا ما علاباليش علاه, وانا كنت خايفة, خايفة بزاف."

A ce propos, (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 connaissent pas auparavant* ».

Cette peur intense qui a envahit les sentiments de Radia a engendré une méfiance vis-à-vis son entourage bloquant le courants de sa vie, au point de rester à la maison tout le temps et ne pas sortir dehors. On illustre cela par ses dires : « **j'avais u trop peu que je restais toute seule et je ne parlais pas avec les autres** »,

"كنت خايفة بزاف حتى وليت نقعد وحدي و ما نهدرش مع لوخرين".

Ce fait est confirmé par (De Clerq. Lebigot., 2001, p. 110) qui écrivent à ce propos qu' : « *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* ».

Avant même que Radia puisse enterrer sa souffrance du premier viol, un autre évènement se produit, lui rajoutant plus de souffrance. Or, un jour, sa maman l'envoya chez sa copine pour qu'elle lui apporte du persil, mais son fils l'a violé et Radia, pétrifiée, rentra à la maison, ne pouvant ni parler ni manger ni même bouger, resta pendant des mois traumatisée.

Après quelque mois passé sa maman remarqua que y a quelque chose qui se passe avec elle, Radia, alors, a tout raconter à sa maman qui l'a directement pris voir un médecin. Le médecin, ne lui a pas donné un certificat médical qui, selon Radia, ne l'a pas cru. Donc personne ne l'a cru et la traitait comme une idiote et la traitait de monteuse. (Damiani., 1997, p.213) argumente cela : « *Le traumatisme psychique se renforce à proportion de l'incompréhension ou du doute manifestés par l'entourage. Le sentiment de solitude atteint son paroxysme lorsque l'agression est de nature sexuelle* ».

Il semble que l'entretien à produit chez Radia un comportement d'évitement de parler et de se souvenir de l'évènement, cela s'illustre avec ses dires suivants : « **c'est bon c'est bon, je ne veux plus parler, je ne veux pas me souvenir** »,

"خلاص خلاص مايش حابة نتفكر ما نقدرش نحكي".

Selon (Lopez., 1998, p12) : « *La victime revit le traumatisme, par des souvenirs brutaux. Elle évite les situations qui lui rappellent l'agression. Tout ces troubles se sont aggravés après l'exposition à des situations rappelant ou symbolisation les circonstances du traumatisme initial* ».

En voulant nous raconter l'histoire de son deuxième viol, Radia, n'arrivait pas à parler, elle pleura sans arrêt pendant environ 2mn, ce qui révèle la présence des symptômes dépressif, qui selon (Josse., op.cit., p.9) : « *Même si la plupart des victimes ne développent pas une véritable dépression, presque toutes sont, à un moment donné, tristes et sans espoir. Les symptômes dépressifs sont la tristesse, le dégoût de la vie, l'envie de mourir, les sentiments d'impuissance. Ces symptômes se manifestent notamment par des crises de larme, des pleurs constants* ».

Radia reprend la parole pour nous parler de l'histoire du viol de son frère. Ce dernier l'avait enfermé dans la chambre, lui a enlevé ses vêtements, et l'avait

pris de force et l'avait violé. Malgré qu'elle pleura et cria fortement, son agresseur, s'en foutait totalement d'elle et continua son crime, en lui couvrant sa bouche avec ses mains. Radia, se sentait effrayé, et n'a pas pu résister ni agir face à son agression, pour (Chahraoui Kh., 2014, p.12) : « *l'effroi constitue ainsi une réaction caractéristique faisant suite à une vive émotion et se traduit principalement par un état de sidération, d'effraction psychique et de suspension de la pensée qui rend le sujet incapable d'agir et de résister* ».

Plus tard elle raconta la scène à sa mère, mais cette dernière lui a répondu qu'elle ne pouvait rien faire pour elle.

A l'âge de trente ans, Radia a été hospitalisé pour faire une opération, elle a fait une intervention sur son rein droite pour raison de calcul rénaux, où un infirmier a abusé d'elle et en a profiter pour la violer.

Radia à plusieurs reprise refuse de continuer son histoire, c'était trop difficile pour elle d'en parler, elle avait trop honte de ce qui lui est arrivé, et cela selon ses dire : « **j'ai honte de ce qui m'est arrivé, je ne veux pas parler** »,

"حشمت من واش صرالي ماتيش حابة نحكي".

(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 a remarqué que radia elle a trouvé des difficultés de nous parler de ces viols mais aussi, elle bien aimer d'extérioriser sa souffrance

2. l'état de santé :

Radia souffrait d'un retard mental léger, dès son enfance. Elle ne prend pas des médicaments. Elle a fait une intervention pour raison de calcul rénal. Après son dernier viol, Radia a développé une allergie dermatologique, et des hémorroïdes. Ce qui nous amène à dire que le corps de Radia a prit la relève, la preuve est que, après son viol, elle a développé des maladies somatique. Mais on peut considérer ces conséquences physiques comme avantage pour la victime, car le corps est entrain de dégager cette souffrance psychique, ce qui va réduire son impact sur la santé psychique. Selon Freud (**in Damiani, op. cit. p. 145**) : *« Ces conséquences physiques peuvent protéger contre le traumatisme, car elles constituent une effraction localisée. Pour Freud, le moi organise mieux ses défenses dans la mesure où, se mobilisant totalement sur la blessure, il parvient à lier l'excès d'excitations et par là même à éviter l'angoisse ».*

3. la relation avec la famille

Pour ce qui est de sa relation familiale, Radia aimait uniquement sa maman, car elle l'a comprenait. Elle a perdu son père quand elle était encore petite, elle ne se souvient pas de lui. D'après elle, ses frères ne la traitaient pas bien, surtout après la mort de leur mère.

On constate que Radia souffre d'un sentiment d'abandon et de rejet, sentiment due essentiellement à l'abandon de sa famille. Selon (**Damiani., 1997, p.212**) : *« La victime peut trouver un appui dans son proche environnement, pourvu que celui-ci sache et veuille la soutenir. Mais quand cet environnement fait défaut, les conséquences d'un événement traumatique risquent de s'aggraver ».* Il ajouta aussi : *« Le traumatisme psychique se renforce à proportion de l'incompréhension ou du doute manifestés par l'entourage. Le sentiment de solitude atteint son paroxysme lorsque l'agression est de nature sexuelle».*

3. la vie onirique

On lui posant des questions sur sa vie onirique Radia était étonné du faite qu'on lui a posé des questions sur son sommeil, et elle a rigolée. Mais on répondant on a constaté qu'elle souffre de trouble de sommeil qui se traduit par des cauchemars répétitifs. D'après elle: «**dès fois, je ne dors pas. Mais quand je dors, je vois que des homme, entrain de me violer, et que mes frères me mettaient dehors** »

"خطرات ما نرقدهش مليح و كي نرقده نشووف بزاف الرجال يتتعداو عليا و نشوف خاوتي يطيشوني
برا"

Nous constatons chez radia une reviviscence traumatique et les souvenirs liés aux circonstances de viol, où la victime répète sous forme de flash back et à travers le rêve, l'évènement qu'elle a vécu. Cela ressort clairement dans ces propos notamment dans ses rêves où elle voit des hommes qui la violent. (Damiani., op.cit., p.122, 123) explique cette reviviscence à travers le rêve dans la phrase suivante : « *le souvenir douloureux de la scène qui revient sans cesse fonctionne selon les mêmes mécanismes que le rêve : les représentations sont condensées dans un détail particulièrement signifiant qui se résume à lui seul. Toute la scène contient généralement une thématique de mort* ».

4. le devenir psychologique :

Au moment où nous avons abordé avec Melle Radia les questions perspectives sur ses sentiments après l'évènement, elle nous a répondu, qu'après chaque évènement, elle se sentait mal et ait trop peur et devenu très anxieuse. De là on peut dire que la victime souffrait d'une grande frayeur, qu'elle exprime dans

avec ses paroles : « **Après ce qui m'étais arrivé, j'avais eu une grande peur j'étais effrayé** »,

"مور واش صرالي, كنت خايفة بزاف, كنت مرعوبة".

D'après (Chahraoui kh., 2014, p.12) « *la dimension de l'effroi est centrale dans le psycho-traumatisme et renvoie à un état de sidération et d'immobilité psychiques du sujet confronté à la grande violence de l'évènement traumatique* ».

A coté de la frayeur que notre patiente a exprimée on a pu conclure qu'elle avait souffert aussi d'une anxiété, qu'elle exprime avec ses dires : « **j'étais dans un état d'anxiété grave** »,

" كنت في حالة رعب كبيرة".

D'après (Josse E., 2010, p.8) : « *Après une agression sexuelle, la majorité des victimes deviennent anxieuses alors que la plupart ne l'étaient pas auparavant* ».

Radia, après son viol, s'est repliée sur elle-même et elle ne sortait pas de la maison. Elle craignait la construction de relation avec autrui. Elle pense que tout le monde la refuse, et elle préfère de s'isoler : « **quand y a personne qui vous croit, s'isolé est le meilleur choix** »

"كي عاد حتى واحد ما يامنك. الواحد يجبد روجو خير"

(De Clerq. Lebigot., 2001, p.110), expliquent cet isolement comme suite : « *La victime court alors le risque d'être isolée : elle creuse un tel 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* ».

En abordant la question où Radia va nous parler sur l'imagination de son avenir, après ses viols, on a remarqué une tristesse apparente, une agitation et un bégaiement de la part de Radia. Elle nous a répondu avec une voix basse en

disant : « **comment veux-tu que je l’imagine, on m’a beaucoup dit que je vais mourir seule et que personne ne va s’occuper de moi. Qu’est ce qui me reste dans cette vie** »,

"كيفاش حبيتيني نتخيلها, بزاف قالولي الدود راح ياكلك و حتى واحد ما يرفدك, واش بقالي انا فهاد الدنيا"

Sur ce qui est de ses relations amoureuses. Radia en répondant a rigolé. Elle a été timide d’en parler sur ce sujet et d’exprimer ses sentiments. Elle nous a dit qu’elle n’a pas tombé amoureuse, auparavant, ni a eu de relation amoureuse. La victime ne pense pas qu’elle pourra un jour avoir une relation amoureuse. De ce point elle a été trop désespérée. Elle a dit : « **qui va m’aimé** », "شكون راح يحبني".

En arrivant sur la question du point de vue de Radia sur elle-même, elle a fuit le sujet en nous parlant sur son enfance et des dessins animés qu’elle regardait et des habits qu’elle mettait cela selon ses dire : « **eeh je me souviens bien que je mettais une robe très jolie et je me brossais les cheveux, et surtout des mickey, j’adorais Sawsan, je l’adore** »,

"اييه نشفا كي كنت صغيرة, كنت نلبس روبا شابة بزاف, نمشط شعري و سورتو الميكيات كنت نموت على سوسن".

En effet Radia, pour ne pas ressentir de l’angoisse, elle fuit la parole de ce qui la blesse et la touche affectivement. Et comme l’explique (**Rothbaum B.O., FOA.E.B., 2012, p.7**): « *pour échapper à ces souffrances de nombreuses victimes vont mettre en place des conduites d’évitement, de contrôle et d’hyper vigilance... elles deviennent alors hyper-vigilantes, et mettent en place des conduites d’évitement et de contrôle de tout de tout leur environnement, de tout ce qui peut rappeler les violences, même inconsciemment, comme une situation de stress et des émotions, des douleurs, des situations imprévues ou inconnues...*

mais aussi un contexte, une image, un regard, une odeur, une voix, un cri, un bruit, une sensation. Elles éviteront d-y pensé, d'en parler ».

Tout entourage de Radia l'avait persuadé qu'elle n'a pas d'avenir, ce qui la poussé à avoir une très basse estime de soi, ce qui s'explique par son attitude, en essayant de revenir à notre question, elle n'a pas pu partager ses pensées avec nous, car c'était trop douloureux pour elle : « **je me voie-elle se tait pour un moment- je ne peux pas parler, car qu'on je le fais je pleure** »,

"انا شوف روجي ما نقدرش نهدر, خاطرش كي نهدر نبكي".

De la on constate qu'elle a une très basse estime de soi causé par l'incompréhension familiale. A propos de ça, (André C. Lelord F., 2008, p.4) dit que : « *les causes d'un manque d'estime de soi sont liées à l'éducation, au rôle de l'entourage, familial ou scolaire... mais aussi à un manque de stimulation, avec une sorte d'indifférence de la part de l'entourage, et on occupe alors une place un peu transparente* ».

5. projet d'avenir :

En parlant de l'avenir de Radia, on a constaté qu'elle est trop déprimée en pensant à son avenir, par ce que pour elle, elle n'a pas d'avenir. Ce désespoir s'est montrée dans ses dires : « **Oô, quel futur, je n'ai pas d'avenir moi** »

"ممم واش من مستقبل, انا ما عنديش مستقبل".

Ce qu'explique Eveline Josse dans son article dans la Revue internationale de la **Croix-Rouge (2010, p.16)** : « *L'opprobre et l'ostracisme que subissent les victimes influencent fortement la manière dont elles se considèrent. Elles peuvent tomber dans la dépression et le désespoir, convaincues que leur situation ne pourra jamais s'améliorer* ».

Radia imagine son avenir toujours en famille vivant dans une maison avec son mari et leurs enfants : « **j'aimerais bien que je sois mariée, mais qu'est ce que tu veux c'est impossible. Mais, dès fois je m'imagine mariée, dans ma maison avec mon mari et mes enfants** »,

نتمنى لو كان راني متزوجة, بصح, واش حبيتي, علابالي بلي مستحيل. بصح خطرات نتخيل روعي متزوجة و راني في داري مع راجلي و ولادي".

Son plus grand rêve est d'avoir des enfants. Mais elle est déterminé qu'y'aura jamais quelqu'un qui voudra se marier avec elle : « **j'ai un grand rêve, et c'est d'avoir des enfants : quatre fille et deux garçons, mais je sais bien que personne ne voudra m'épouser** »,

"عندي حلم كبير هو انو يكون عندي دراري 4بنات و2دكورا بصح علابالي بلي حتى واحد ماراح يقبل يتزوج بيا"

Il n'y a personne dans son entourage qui l'encourage, elle s'est retrouvé toute seule dans ce monde même au centre où elle se trouve, selon elle, chacun pour soit : « **personne ne s'occupe ou se soucis de moi. Même, ici dans le centre, c'est chacun pour soi** »,

"حتى واحد ما يتهلا فيا ولا يسقسي عليا حتى هنا فالسونتر كل واحد يجبد روهو".

Radia a la fin nous a remercié, et elle nous a dit que nous étions les seules personnes qui l'ont crus. et sa lui a fait plaisir de nous parler car elle a peu extériorisé son malheur.

Présentation et analyse du questionnaire de TRAUMAQ

La note brute coté chez Radia est de 130 étalonnée de 5, marqué par la présence d'un syndrome psycho-traumatique très fort.

- Première partie

ECHELLE (A) : elle a obtenue une note brute de 24 étalonnée de 5, marqué par de très forte sensation de frayeur (A1), d'angoisse (A2), de solitude et d'abandon (A7), d'impuissance (A8) et d'être dans un état seconde (A3), avec impression de paralysie (A5) et la conviction qu'elle allait mourir (A6). Radia avait aussi de très forte manifestation physique (A4).

ECHELLE (B) : elle a obtenue une note brute de 12 étalonnée de 5, manifesté par la reviviscence (B2) et la reproduction de l'évènement (B1), avec de très forte sensation d'angoisse (B4) et beaucoup trop de difficulté à parler de l'évènement (B3).

ECHELLE (C) : elle a obtenue une note brute de 15 étalonnée de 5, marqué par de très forte difficulté d'endormissement (C1), des cauchemars (C2), des réveils nocturne (C3), la fatigue lors du réveil (C5) voire même l'impression de ne pas dormir (C4).

ECHELLE (D) : elle a obtenue une note brute de 15 étalonnée de 4, marqué par une très forte sensation d'insécurité(D4), d'anxiété (D1), d'angoisse (D2) voire une très forte crainte de se rendre sur les lieux en rapport avec l'évènement (D3), elle les évite (D5).

ECHELLE (E) : elle a obtenue une note brute de 6 étalonnée de 3, marqué par une très forte méfiance (E2) et vigilance (E1).

ECHELLE (F) : elle a obtenue une note brute de 3 étalonnée de 2, manifesté par de très fortes manifestations physiques (F1).

ECHELLE (G) : elle a obtenue une note brute de 6 étalonnée de 4, marqué par de très forte difficulté de concentration (G1) et beaucoup trop de trous de mémoire (G2).

ECHELLE (H) : elle a obtenue une note brute de 18 étalonnée de 5, manifesté par la perte totale d'intérêt (H1), d'énergie et enthousiasme (H2) envers les choses qui étaient importante pour elle. Elle a de très forte impression de fatigue (H3) avec des crises de larme (H4) voire même une très forte tendance à s'isolé (H8) et parution qu'elle a de vie, celle d'être totalement ruiné (H7).

ECHELLE (I) : elle a obtenue une note brute de 13 étalonnée de 4, marqué par de très fort sentiment d'humilité (I3), de dévalorisation (I4) et le changement total de sa façon de se voir et de voir la vie (I6) voire même son propre changement(I7).

ECHELLE (J) : elle a obtenue une note brute de 9 étalonnée de 5, marqué par un arrêt d'activité scolaire (J1), l'impression que les performances scolaires et professionnelles sont équivalentes à avant (J2). Radia ne fréquente plus ses amis (J3) comme elle a rompu ses relations avec ses proches (J4). Elle a des sentiments de ne pas être comprise (J5), d'abandon (J6) par les autres et elle n'a pas trouvé de soutien auprès de ses proches (J7). Radia ne pratique aucun loisir (J9) et n'éprouve aucun plaisir (J10), mais elle ne cherche pas la compagnie et la présence des autres (J8) et elle se sent concerné de ce qui se passe autour d'elle (J11).

- **Deuxième partie**

Dès le premier jour Radia a développé beaucoup de trouble qui dure jusqu'aujourd'hui et qui sont : les reviviscences, les troubles du sommeil, l'anxiété, des crises d'angoisse, la crainte de retourner sur le lieu de l'évènement, l'hyper-vigilance, les réactions physique, la tendance à s'isolé et le sentiment de honte. Radia après plus d'un an passé a aussi des difficultés de concentration, de mémoire et elle a perdu tout intérêt général et toute énergie et cela jusqu'à maintenant.

Synthèse des données recueillis à partir du questionnaire du TRAUMAQ

D'après le questionnaire du TRAUMAQ, on a révélé l'existence d'un syndrome psycho-traumatique très fort chez Radia. On a constaté aussi que depuis l'évènement elle souffre de plusieurs troubles dont elle a pu dépasser quelque uns et pas d'autres et qui sont toujours présent.

Synthèse du cas

En se référant aux critères diagnostiques de l'ESPT, et d'après les résultats obtenu lors de l'entretien on constate que Radia souffre d'un traumatisme psychique intense, manifesté par : la honte, la culpabilité, le sentiment de rejet et d'abandon, la peur, l'effroi, des troubles de sommeil, une baisse estime de soi, des troubles somatiques... etc.

Et d'après les résultats obtenus d'après le questionnaire de TRAUMAQ, avec une note brute de 130 étalonnée de 5, on constate que le traumatisme dont elle souffre est très fort.

Synthèse des trois cas :**Tableau N°6 : tableau récapitulatif des résultats de l'entretien et du TRAUMAQ**

Les cas	Résultat de l'entretien	Résultat du TRAUMAQ
Lila	traumatisé	traumatisé
Hayat	traumatisé	traumatisé
Radia	traumatisé	traumatisé
pourcentage	100%	100%

Source : nous-mêmes.

D'après les résultats obtenus à partir de l'entretien et du test de TRAUMAQ, on constate que les trois victimes souffrent d'un traumatisme : On a trouvé que 100% des cas ont montré, d'après l'analyse de l'entretien, des symptômes psycho-traumatique. Et d'après, les résultats du questionnaire de TRAUMAQ, on a trouvé que 100% des cas présentent un syndrome psycho-traumatique très fort.

CHAPITRE 6

Discussion des hypothèses

Discussion des hypothèses :

Dans ce chapitre, on répond aux questions de nos hypothèses, pour pouvoir les discuter selon les résultats obtenus lors de notre étude pratique.

• La première hypothèse :

Les femmes victimes de violence sexuelle présenteront des symptômes du traumatisme psychique, même après une longue période et le syndrome post-traumatique est intense.

Quelque soit l'âge de la victime, les conséquences psycho-traumatique des violences sexuelles sont durable. Ces trouble psycho-traumatique sont des conséquences normales de violences subis. Toute victime de viol peut les présenter, elles ne sont pas liées à la victime, mais à la gravité de l'agression. Les conséquences vont être plus au moins graves et durable.

Ces troubles psycho-traumatiques peuvent se chroniciser et durer de nombreuses années, voire toute une vie. Ces troubles sont très fréquents après un viol. En ce qui concerne le degré du syndrome post-traumatique, on dit qu'il est intense, car la violence sexuelle est l'évènement le plus marquant, et la plus traumatisante. Comme nous avons vue avec Freud et Ferenczi et encore Damiani, les violences sexuelles constituent sans aucun doute les évènements traumatiques les plus déstructures pour la personne, car elle touche l'intimité de leur victimes, son corps et sa position en tant qu'un être sexuel.

Effectivement, nos trois cas ont confirmées cette hypothèse et cela d'après l'analyse des résultats de l'entretien et du test de TRAUMAQ.

On a constaté, à partir de l'entretien, que toutes les victimes souffrent des symptômes psycho-traumatique, depuis l'évènement (viol incestueux), ces conséquences persistent jusqu'aujourd'hui.

D'après l'analyse du questionnaire de TRAUMAQ, on a constaté que toutes les victimes présentent un syndrome psycho-traumatique très fort.

Cette hypothèse a été déjà confirmée par plusieurs auteurs, parmi eux, on cite :

Dr (**Salmona M., 2009**) qui a prouvée que : *« Les traumatismes dus à des violences sexuelles comme les viols sont ceux qui entraînent le plus de conséquences psycho-traumatiques graves et durables sur les victimes avec 80% de risque de développer un état de stress post traumatique en cas de viol. »*,

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

Effectivement les femmes victimes de violence sexuelle montrent immédiatement des symptômes psycho-traumatiques intense et durable, et vont développer immédiatement des symptômes d'ESPT.

- **Deuxième hypothèse :**

La violence sexuelle détruit le devenir psychologique des victimes et entraine divers troubles.

Le viol entraine des conséquences nombreuses et graves par l'apparition des symptômes post-traumatiques : reviviscence traumatique, évitement traumatique, trouble de sommeil, angoisse liée à l'évènement de viol, quelques troubles psychosomatique et des troubles de conduite. Cette

effraction physique et psychique lors du viol entraîne ces conséquences et bouleverse la vie de la victime.

La violence sexuelle entraîne toujours de divers troubles que le PTSD, tel que les sentiments de honte et de culpabilité, de rejet et d'abandon, d'insécurité et de menace, de non sens, d'impuissance et de désespoir accompagné de troubles dépressifs, d'une forte angoisse, d'une atteinte de l'image du corps et de soi, et notamment des troubles de conduite, ainsi les maladies psychosomatique. Ces symptômes portent atteinte au comportement de la femme violée et détruisent ses cognitions et ses projets d'avenir.

On a confirmé cette hypothèse à partir de nos trois cas. Cette violence a totalement détruit le devenir des victimes. On a vu que leur vie après l'évènement est totalement bouleversée, surtout leur relation familiale qui a dégradée.

- **Premier cas** : Mme Lila

La vie de Mme Lila a totalement changé après son viol incestueux. A partir de l'entretien, la victime a révélée que le crime de ses frères, a détruit sa vie, ce qui l'a poussé à se marier avec un homme qu'elle n'aime pas. Ce mariage a accentué sa souffrance, où elle vit, avec son mari, comme une ne vaut-à-rien. La victime est, donc, entré dans les pathologies de l'agir (le suicide : elle a essayé de mettre fin à sa vie, à plusieurs reprises. Avant et après le mariage).

Par le biais du questionnaire de TRAUMAQ, on a constaté que la victime souffre de divers troubles, tels que la dépression, l'anxiété, le sentiment de honte, trouble du sommeil, la reviviscence de la scène traumatique, sentiment de sidération, faible estime de soi...etc.

- **Deuxième cas** : Melle Hayat

Les entretiens, avec Melle Hayat, ont montrés que le viol a détruit sa vie, surtout avec l'incompréhension de la part de sa famille, où tout le

monde l'a accusé, ce qui a pousser Melle Hayat a quitter le domicile de sa famille pour ensuite développer des conduites déviantes (prostitution) et de conduites (consommation de drogue, d'alcool et du tabac).

A partir du questionnaire de TRAUMAQ, on a constaté que la victime présente plusieurs troubles, depuis son viol, tels que l'anxiété, trouble de sommeil, la mémoire traumatique, faible estime de soi, le sentiment de culpabilité, de honte... etc.

- **Troisième cas** : Melle Radia

D'après l'entretien, on a trouvé que Melle Radia souffre de ses viols. Surtout le fait qu'elle n'a pas trouvé le soutien de sa famille, que personne ne voulait s'occuper d'elle, et le faite qu'elle a été marginalisée par ses proches.

Le viol a totalement détourné la vie de la victime. Cela s'est manifesté à partir du questionnaire de TRAUMAQ, où on a détecté l'existence de divers troubles psychologique et psychosomatique, tels que la reviviscence traumatique, l'évitement traumatique, l'isolement, l'angoisse, l'anxiété, le sentiment de honte et de culpabilité... etc.

En effet plusieurs auteurs ont déjà confirmé cette hypothèse. De parmi eux, on va citer Damiani et Muriel :

Selon (Damiani., 1999, p. 143) : « *la souffrance psychique, conséquence d'un viol, ne se réduit pas à un tableau clinique symptomatique repérable et observable. Selon cette auteur, l'effraction psychique peut engendrer des symptômes que l'on peut aussi reconnaître lors d'événements catastrophiques, de guerres ou d'accidents de la circulation : les cauchemars, les rêves répétitifs, les flashs back, les reviviscences anxieuses, l'hyper-vigilance, un état dépressif et des évitements phobiques. Par contre, le vécu psychique, du viol est spécifique, notamment en ce qui concerne la honte et la culpabilité, le*

questionnement concernant la sexualité et l'identité sexuelle ou la confrontation à sa propre haine et sa violence ».

Salmona M., dans son article de février 2016 dit que : « *Sans une prise en charge adaptée, sans soutien et protection, ces **troubles psychotraumatiques** peuvent durer parfois toute une vie. Ils sont à l'origine d'une très grande souffrance mentale et d'un possible risque vital (suicide, conduites à risque, accidents, maladies). Ils ont un impact considérable démontré par les études internationales que ce soit sur la santé mentale (troubles anxieux, dépressions, troubles du sommeil, troubles cognitifs, troubles alimentaires, addictions, etc.), ou physique (troubles liés au stress et aux stratégies de survie), et la qualité de vie ».*

En effet, les violences sexuelles infligent, aux victimes, des symptômes psycho-traumatiques intense et durable ainsi que développer des symptômes d'ESPT.

A partir de notre étude des trois cas on a pu confirmer nos hypothèses. En effet, les trois cas présentent des symptômes du traumatisme psychique et développent un ESPT intense, même après une longue période. Et leur devenir psychologique est détruit par les conséquences des violences sexuelles, qu'elles ont subies et qui ont entraîné divers troubles.

CONCLUSION

Conclusion

La violence sexuelle contre les femmes, ce phénomène qui est devenu un danger pour la vie de la femme, et qui menace son intégrité. Cette violence est largement répandue dans le monde, et même dans le monde arabo-musulman. Mais le problème est, qu'il reste caché, vu que c'est un sujet tabou, et qu'elle touche l'honneur de la femme et de toute sa famille.

La victime, de violence sexuelle, est toujours pointée du doigt, comme si elle est coupable. Personne ne croit à son innocence, ce qui la met dans un état de marginalisation, par sa famille et aussi la société, et que personne ne pense à sa souffrance.

Nous avons essayé, d'aborder, dans le cadre de cette recherche, la question du traumatisme psychique, et le devenir psychologique, des victimes de violence sexuelle. Et nous avons constaté, que les violences sexuelles engendrent un état de stress post-traumatique, chez la victime et laisse divers conséquences chez elle.

Nous avons effectué une étude clinique sur trois cas et, pour réaliser cette étude, nous avons eu recours à l'étude du cas, en utilisant l'entretien clinique. Et pour évalué le degré de trauma on utilisé le test TRAUMAQ.

De l'analyse des résultats obtenus à partir de ces différents outils d'investigation, nous avons constaté que les victimes de violence sexuelle présenteront des symptômes du traumatisme psychique, même après une longue période, et un syndrome post-traumatique très fort. Et la victime souffre de divers troubles : la peur, la tristesse, les troubles de sommeil, sentiment de honte et de la culpabilité, la perte de l'estime de soi, la reviviscence de la scène traumatique...etc. En ce qui concerne les relations de ces femmes, avec leurs familles, elles sont mal entourés, dans la mesure

Conclusion

où elles ont subi déjà des actes de violence physique et/ou psychologique infligées par leurs proches. Après leur viol la relation de ces victimes avec leurs familles est totalement dégradée.

Ce qui nous a amené à confirmer nos hypothèses, et à répondre à nos questions posées dans la problématique.

Illustrons cela par ce passage de **(Josse E., 2006, p.3)** : « les violences sexuelles ont de profondes répercussions à court et à long terme sur la santé physique et psychique des victimes. Les conséquences pour la santé mentale sont tout aussi graves et durables et un état de stress post-traumatique. Sur le bien être social des victimes. Outre les conséquences pour la victime elle-même, les violences sexuelles ont des répercussions directes sur le bien être de la famille et de communauté ».

Quoi qu'il en soit, ce que nous pouvons conclure de tout ce qui précède, c'est que, les femmes, victimes de violence sexuelle, sont troublées, traumatisées, humiliées, déshonorées et rejetées par tout le monde. Elles souffrent, non seulement, d'un traumatisme grave et destructeur, mais d'une maltraitance sociale très douloureuse.

BIBLIOGRAPHIE

Bibliographie :

Livre :

1. Anaut M. (2003), la résilience, surmonter le traumatisme, Armand colins.
2. Angelino L. (1997), l'enfant, la famille, la maltraitance, Dunod ; paris.
3. Barrois C. (1998), les névroses traumatiques, Dunod, paris.
4. Born M. et al. (1996), les abus sexuels d'enfants ; Liège Mardaga.
5. Bouatta Ch. (2007), les traumatismes collectifs en Algérie, Casbah, Alger.
6. Broquen M., Gernez J.C. (1997), l'effraction par delà le trauma, l'Harmattan, paris.
7. Chahraoui Kh. (2014), 15cas clinique en psychopathologie du traumatisme, Dunod, paris.
8. Chahraoui Kh., Benony H. (2013), l'entretien clinique, Dunod, paris.
9. Ciccon A., Ferrant A. (2009), honte, culpabilité et traumatisme, Dunod, paris.
10. Crocq L. (1012), seize leçons sur le trauma, Odile Jacob, paris.
11. Crocq L. (1999), les traumatismes psychiques de guerre, Odile Jacob, paris.
12. Crocq L., et al. (2007), traumatisme psychique : prise en charge des victimes, Masson, paris.
13. Daligand L., Gonin D, (1983), in Daligand L., Gonin D. (2000), violence et victime, méditations, Lyon.
14. Damiani, (1997), les victimes : violences publiques et crimes privés, bayard éditions, paris.
15. Damiani, C ; Periera-Fadin, M (2006). *Le Traumaq : Questionnaire d'évaluation du traumatisme*. Paris- France, Les éditions du Centre de Psychologie Appliquée.
16. Dayan M. (1995), trauma et devenir psychique, puf, paris.

17. De Clercq M., Lebigot F. (2001), les traumatismes psychiques, Masson, paris.
18. De soi E. et al. ; 2012 ; stress et trauma dans les services de police et de secours ; Maklu.
19. Depelteau F. (2003), la démarche d'une recherche en sciences humaines : de la question de départ à la communication des résultats, deboeck, canada.
20. Dolto cité par Duhamel C et Besson J. (2001), in Ciavaldini A. (2001), psychopathologie des agresseurs sexuels, Masoon, paris.
21. Etienne G. et al. (2002), Rapport mondial sur la violence et la santé, OMS, genève.
22. Ferenczi in tisseron (1992), psychanalyse d'un lien social, Dunod, paris
23. Freud S. (1999), L'interprétation des rêves, puf, paris.
24. Gauthier B. (2010), recherche sociale : de la problématique à la récolte de données, université de Québec, canada.
25. Guay S., Marchand A. (2006), les troubles liées aux évènements traumatiques : dépistage, évaluation et traitement, université de Montréal.
26. Hamel J. (1997), étude de cas en science sociale, l'Harmattan, paris.
27. Jaspard M. (2005) les violences contre les femmes, la découverte, paris.
28. Josse E. (2016), les violences sexuelles : définition d'un concept multiforme, le Hulpe, Belgique.
29. Keiser' l Baz I. (2006), inceste et pédocriminalité, crime contre l'humanité, Lierre la Coudrier éd., France.
30. Lebigot F. (2006), traumatisme psychique, mcf, paris.
31. Lebigot F. (2007), traiter les traumatismes psychique clinique et prise en charge, Dunod, paris

32. Lebigot F. Vaiva G. et al. (2005), psychotraumatisme prise en charge et traitement, Masson, paris.
33. Leray C. (2008), l'analyse de contenu de la théorie à la pratique : la méthode Mari-chantier, université de Québec, canada.
34. Lopez G., et al. (1998), psychothérapie des victimes : le traitement multimodal du psychotraumatique, Dunod, paris.
35. Marty F. et al. (2001), figure et traitement du traumatisme, Dunod, paris.
36. Mucchielli R. (1979). L'analyse de contenu : des documents et de communications. Les Librairies Techniques, Entreprise, Moderne d'Édition et les éditions ESF.
37. Muriel S. (2017), gérer la dissociation d'origine traumatique, paris.
38. Ollierrou R., Quantinet B. (2014), vulnérabilité, une notion d'avenir, axe cindynique, ENSM.SE, Saint-Etienne.
39. Pardinielli L.J. (1994), introduction à la psychologie clinique, Nathan, paris.
40. Rauthbaum B.O., Foa E.B. (2012), revivre après un viol, Dunod, paris.
41. Tisseron (1992), la honte : psychanalyse d'un lien social, Dunod, paris.
42. Toualbi N. (1972) in Toualbi R. (1984), les attitudes et les représentations du mariage chez la jeune fille Algérienne, ENAL, Alger.

Dictionnaires :

1. Mucchielli A. (1996), dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences humaines et sciences sociales, l'Harmattan, paris.
2. Le petit Larousse illustré (2010), Larousse, paris.
3. Le petit Larousse illustré (2014), Larousse, paris

Thèses :

1. Theis A. ; 2006 ; approche psychodynamique de la résilience ; université de Nancy2.
2. Tosato I. ; 2015-2016 ; l'univers féminin violé, viol physique, viol psychologique : une question de temps ? ; université Degli Studi Di Padawa.
3. Richard S. ; 28 Septembre 2004 ; conduite suicidaire et agression sexuelle : les relations entre viol, inceste et suicide ou tentative de suicide ; secteur 7 CHS d'alloues.
4. Olliac B.c. ; Septembre2013 ; évènement de vie : traumatisme psychique et tentative de suicide chez l'enfant ; université de Toulouse.
5. Vacher Boulogne S. ; Mars2015 ; troubles post traumatique chez les sujets ayant été victimes de violences sexuelles avant l'age de 15ans, aspect clinique, thérapeutique et médico-économique ; université Paris- Descartes.

Articles :

1. Josse E. (31Mars2010), « Il sont venus avec deux fusils » : les conséquences des violences sexuelles sur la santé mentale des femmes victime dans les contextes de conflit armé, article, in revue internationale de la Croix-Rouge.877.
2. Koudou O. et all. (avril2016), traumatisme, réinsertion psychosociale et résilience chez les femmes victimes de viol pendant les conflits armés en cote d'Ivoire : 10-14664/rêves/611.
3. Labidi K. (25 Mai 2012), la fornication et le viol dans l'islam, in : Labidikm.com/la-fornication-et-le-viol-dans-lislam/
4. Lebigot F. (2006), le traumatisme psychique ; revue francophone du stress et du trauma.

5. Lopez G. (2012), clinique et prise en charge des adultes victimes d'agression sexuelle ; Elsevier Masson SAS ; psychiatrie ; 37-510.A.60.2012.
6. Mary M. (2008), la dépression et les carences affectives chez le nourisson, Jp. Vivier-relecture : JP. Rayanand.
7. Muriel S. (2Fevrier2016), en quoi connaitre l'impacte psychotraumatique des viols et des violences sexuelles ? Est-il nécessaire pour mieux lutter contre le déni, la loi du silence et la culture du viol, pour mieux protéger les victimes et pour que leurs droits soient mieux respecté ?
8. Muriel S. (2009), conséquences des troubles psychotraumatiques et de leurs mécanismes neurobiologiques sur la prise en charge médicale et judiciaire des victimes de viol.
9. Muriel S. (2017), impact des violences sexuelles sur la santé des victimes : la mémoire traumatique à l'œuvre, in : pratique de la psychothérapie EMDR sous la direction de Cyril Trauquinon et al. (2005).

Sites :

1. <http://eucap-sahel-mali.eu/wp.eu/wp-content/uploads/2016/10/ligne-directrices-prise-en-charge-femmes-victimes-violence.pdf>.
2. <https://www.veterans.gc.ca/pdf/mentalhealth/ptsd-warstress-f.pdf>
3. www.Doctissimo.fr/html/sexualité.dossier.violence-sexuelle11594-violence-sexuelles-définition.html.
4. www.fond.Mooc.auf-org,img.pdf
5. <http://reneroussilon.files.wordpress.com/2014/08/th-psy-trauma-01pdf>

Annexe

Guide d'entretien :

1- Les données personnelles

1. prénom
2. âge
3. niveau d'instruction
4. profession
5. nombre de frère
6. position dans la fratrie
7. Quelle est la profession de votre père ?
8. Quelle est la profession de votre mère ?
9. comment est-elle la situation économique de votre famille ?
10. Quelle est la raison de votre présence dans le centre ?
11. Qui vous a recommandé au centre ?

2- guide d'axe de l'entretien :

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

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

2^{eme} 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^{eme} 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^{eme} 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^{eme} 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^{eme} 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?

دليل المقابلة:

المعلومات الشخصية:

1. الاسم

2. العمر

3. المستوى الدراسي

4. المهنة

5. عدد الاخوة

6. المرتبة بين الاخوة

7. ما هي مهنة ابوك؟

8. ما هي مهنة امك؟

9. كيف هي الحالة الاقتصادية لعائلتك؟

10. ما هو سبب تواجدك في المركز؟

11. من وجهك للمركز؟

دليل المحاوير

المحور الاول: حلول الحادثة

- 1.حدثينا عن الحادثة
- 2.بماذا احسست اثناء الحادثة

المحور الثاني: الحالة الصحية

- 1.كيف كانت صحتك قبل الحادث
- 2.كيف كانت صحتك بعد الحادث
- 3.كيف هي صحتك الان

المحور الثالث: العلاقة مع العائلة

- 1.حدثينا عن علاقتك مع افراد عائلتك.
- 2.من هو الشخص الاقرب لك؟
- 3.مع من لا تتفاهمين؟

المحور الرابع: الحياة الحلمية

- 1.كيف يجري نومك ؟
- 2.هل تحلمين؟ بماذا تحلمين؟
- 3.هل ترين كوابيس؟

المحور الخامس: المعاش النفسي للحالة

1. كيف كان احساسك بعد الحادثة؟

2. كيف تصورت حياتك بعد الحادثة؟

3. هل دخلت في علاقة عاطفية؟

4. كيف ترين نفسك الان؟

5. هل انت راضية على نفسك؟

المحور السادس: المشاريع المستقبلية

1. كيف ترين المستقبل؟

2. ما هي مشاريعك المستقبلية؟

3. ما هي امنياتك؟

4. هل تفكرين في الزواج؟

5. هل يوجد من يدعمك في مشاريعك المستقبلية؟

إصابات جسدية: نعم لا
في حالة الإجابة بنعم حدد نوع الأذى الذي تعرضت له

- هل حصلت على مساعدة طبية (إسعافات أولية على أيدي مرضين أو إسعافات طارئة على يد طبيب أو الدخول إلى المستشفى) أو مساعدة نفسية؟

أسئلة تقدير مدى تأثير الصدمة

- تهدف هذه الأسئلة إلى مساعدتنا على تفهم الخبرات الكارثية التي تعرضت لها، وقد تكون خبرت الأشياء التي تسألك عنها، كما إنه من الممكن إلا تكون قد خبرتها لذا فإنك تساعدنا أكثر فيما لو تمعننا جيداً في أسئلة هذه الاستمارة وأجبت على الأسئلة التي تتطابق مع التجارب التي مررت بها.
إن سرية المعلومات التي تدلي بها محفوظة ومحترمة وهي تساعدنا كي تمد المساعدة لك وللآخرين الذين يمرون بصدمات وصعوبات مشابهة لصعوباتك.

الاسم:.....
العمر:.....
الجنس: <input type="radio"/> ذكر: <input type="radio"/> أنثى: <input type="radio"/>
التاريخ:.....

معلومات متعلقة بالحادث:

حادث فردي: <input type="radio"/>	جماعي: <input type="radio"/>	طبيعي: <input type="radio"/>
التاريخ:.....		
المدة:.....		

		لا	نعم
J1	هل تتابع نشاطك الدراسي أو المهني؟		
J2	هل لديك الانطباع بأن أدائك الدراسي أو المهني يعادل ما قبل الحادث؟		
J3	هل واصلت لقاء الأصدقاء مثل قبل الحادث؟		
J4	هل انقطعت علاقتك مع المقربين (زوج، أهل، أولاد، أصدقاء..) منذ الحادث؟		
J5	هل تشعر بأن الآخرين لا يفهمونك؟		
J6	هل شعرت بأن الآخرين تخلوا عنك؟		
J7	هل وجدت العون أو المساعدة من المقربين إليك؟		
J8	هل تحتاج مؤخراً لرفقة الآخرين وللشعور بدفء عاطفة القريبين منك؟		
J9	هل تمارس هواياتك ونشاطاتك مثل ما قبل الحادث؟		
J10	هل تجد نفس المتعة والسعادة عما قبل الحادث؟		
J11	هل تشعر بأنك تلعب دوراً أقل أهمية فيما يدور حولك؟		

القسم الثاني:

انتهيت من الإجابة على أسئلة تبين حالتك الآن، منذ الحادث حدث تطور: بعض الاضطرابات اختفت بينما البعض الآخر يستمر أيضاً. باستخدام هذا السلم حدد وقت ظهور الأعراض ومدتها.

مدتها		وقت ظهور الأعراض منذ الحادث	
إطلاقاً	0	إطلاقاً	0
فوراً بعد الحادث	1	يوم الحادث	1
أقل من أسبوع	2	بين 24 ساعة وثلاثة أيام	2
من أسبوع حتى الشهر	3	بين أربعة أيام وأسبوع	3
من شهر إلى ثلاثة	4	بين أسبوع وشهر	4
من 3 أشهر إلى 6 أشهر	5	بين شهر وثلاثة أشهر	5
من 6 أشهر إلى سنة	6	بين ثلاثة أشهر وستة أشهر	6
أكثر من سنة	7	بين ستة أشهر وسنة	7
اضطراب مستمر حتى هذا اليوم	8	أكثر من سنة	8

الاضطراب	وقت ظهوره	المدة
----------	-----------	-------

		0	1	2	3
I1	هل راودك التفكير بأنك المسؤول عن ما حدث وأنه كان بإمكانك التصرف بشكل مغاير لتجنب ما حدث .	○	○	○	○
I2	هل تشعر بالذنب بما فكرت به أو قمت به اثناء الحادث أو/و تشعر بالذنب لأنك بقيت حياً بينما مات الآخرون.	○	○	○	○
I3	هل تشعر بالذلل لما حدث .	○	○	○	○
I4	منذ الحادث هل تشعر بأنه لا قيمة لك (لا جدارة لك) .	○	○	○	○
I5	منذ الحادث هل تشعر بالغضب الشديد أو بالكره.	○	○	○	○
I6	منذ الحاث هل تغيرت نظرتك للحياة لنفسك للآخرين .	○	○	○	○
I7	هل تعتقد بأنك لم تعد كما كنت من قبل.	○	○	○	○

		0	1	2	3
H1	هل أدى الحادث إلى الحد أو فقدان الاهتمام بأمور كانت هامة بالنسبة إليك؟	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
H2	هل أدى الحادث إلى الحد من نشاطك وحيويتك؟	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
H3	هل شعرت مؤخراً بالتعب والإرهاق أو/و الانهيار ؟	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
H4	هل أصبحت ذو مزاج سيئ أو تجتاحك حالات من البكاء الشديد؟	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
H5	مؤخراً هل شعرت بأن الحياة لا تستحق العيش وهل راودتك أفكار بالانتحار؟	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
H6	بعد الحادث هل تجد صعوبة في علاقتك العاطفية أو الجنسية مع الشريك؟	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
H7	منذ الحادث هل شعرت بأن المستقبل يبدو لك بأنه انهار أو بائس؟	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
H8	بعد الحادث هل تغير إقبالك على الآخرين وصرت ترغب بالعزلة؟	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

		0	1	2	3
F1	عندما تفكر بالحدث أو عندما تكون في مواقف تتذكر بالحدث هل تحدث لك بعض الأعراض الجسدية مثل صداع، إغماء، رجفان، صعوبة في التنفس، ازدياد في خفقان القلب؟	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
F2	هل لاحظت تبدلات في وزنك؟	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
F3	هل قدرت بأنك تعاني من اضطراب وانهيار في الحالة الصحية بشكل عام؟	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
F4	منذ الحادث هل عندك مشاكل صحية صعب تشخيص أسبابها؟	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
F5	هل ازداد تعاطيك لبعض المنبهات كالقهوة، الكحول أو السجارة أو بعض الأدوية أو الأطعمة؟	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

		0	1	2	3
G1	هل تعاني أكثر من مشكلة في التركيز عما قبل الحادث؟	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
G2	بعد الحادث هل تعاني من اضطراب في الذاكرة؟	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
G3	هل تجد صعوبة في تذكر الحادث أو أمور متعلقة بالحادث؟	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

		0	1	2	3
D1	منذ الحادث هل أصبحت قلقاً متوتراً؟	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
D2	هل تعاني من نوبات من القلق؟	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
D3	هل تخشى مرودة أماكن لها علاقة بالحادث؟	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
D4	هل تشعر بحالة عدم أمان؟	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
D5	هل تتجنب الأماكن أو المواقف أو البرامج التلفزيونية أو أفلام السينما التي تثير موضوع الحادث؟	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

		0	1	2	3
E1	هل تشعر بأنك أكثر حساسية وتأثراً بالأصوات عما قبل (هل الأصوات العالية تجعلك تقفز من مكانك)؟	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
E2	هل تقدر نفسك بأنك أصبحت أكثر حذراً عما قبل؟	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
E3	هل أصبحت أكثر انفعالية ويتعكر مزاجك بسهولة أكثر عما قبل؟	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
E4	هل تجد صعوبة أكثر في السيطرة على أعصابك أم أنك تلجأ إلى الهروب في المواقف التي لا تتحملها؟	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
E5	منذ الحادث هل تشعر بأنك أصبحت أكثر عدوانية أو تثار وتستفز بسهولة أم تخشى بأنك لم تعد قادراً السيطرة على غضبك؟	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
E6	منذ الحادث هل قمت بفعل عدائي؟	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

منذ الحادث:

سنحاول معرفة ماذا تشعر به الآن؟

		0	1	2	3
B1	هل تتجأحك ذكريات وصور تحمل موجات من الأحاسيس القوية ذات العلاقة بالحادث تفرض نفسها على تفكيرك في النهار والليل؟	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B2	هل تعيش الحادث من جديد في الأحلام وعلى شكل كوابيس (أي هل حلمت أحلاماً ذات علاقة بالحادث)؟	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B3	هل تجد صعوبة في الحديث عن الحادث وتحاول تجنب ذكره؟	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B4	هل تشعر بالاستياء والتوتر عندما تفكر بالحادث؟	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

		0	1	2	3
C1	منذ الحادث هل تعاني صعوبة في النوم عما قبل؟	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C2	أثناء النوم هل تحلم بأحلام مخيفة أو كوابيس محتواها لا يتعلق بشكل مباشر بالحادث؟	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C3	هل تعاني من اضطراب في النوم (نوم متقطع..)؟	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C4	هل لديك انطباع بأنك لا تنام أبداً؟	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C5	هل تشعر بالتعب عندما تستيقظ؟	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

منذ الحادث:

سنحاول معرفة ماذا تشعر به الآن؟

		0	1	2	3
B1	هل تتجأحك ذكريات وصور تحمل موجات من الأحاسيس القوية ذات العلاقة بالحادث تفرض نفسها على تفكيرك في النهار والليل؟	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B2	هل تعيش الحادث من جديد في الأحلام وعلى شكل كوابيس (أي هل حلمت أحلاماً ذات علاقة بالحادث)؟	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B3	هل تجد صعوبة في الحديث عن الحادث وتحاول تجنب ذكره؟	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B4	هل تشعر بالاستياء والتوتر عندما تفكر بالحادث؟	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

		0	1	2	3
C1	منذ الحادث هل تعاني صعوبة في النوم عما قبل؟	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C2	أثناء النوم هل تحلم بأحلام مخيفة أو كوابيس محتواها لا يتعلق بشكل مباشر بالحادث؟	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C3	هل تعاني من اضطراب في النوم (نوم متقطع..)؟	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C4	هل لديك انطباع بأنك لا تنام أبداً؟	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C5	هل تشعر بالتعب عندما تستيقظ؟	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

القسم الأول:

أجب على الأسئلة التالية: إذا وجدت صعوبة في الإجابة عن أحد الأسئلة تجاوزه على أن تعود إليه وتجبب لاحقاً (يجب الإجابة على جميع الأسئلة) الوقت غير محدد: كل سؤال مرفق بأربعة اقتراحات، اختر أحد الاقتراحات التي تصف جيداً حالتك.

0	1	2	3
مطلقاً	ضعيف	قوي	قوي جداً

أثناء الحادث: سنحاول معرفة الشعور الذي شعرت به أثناء وقوع الحادث:

		0	1	2	3
A1	هل شعرت بالخوف؟	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A2	هل شعرت بالقلق؟	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A3	هل راودك شعور بأنك في حالة مغايرة أو غريبة عنك؟	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A4	هل ظهرت عليك بعض الأعراض الجسدية مثل (رجفان، ازدياد في خفقان القلب، ارتفاع الضغط إضاءة)؟	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A5	هل راودك شعور بأنك عاجز (شعرت بالجمود وعدم القدرة على الحركة والحذر)؟	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A6	هل اعتقدت بأنك ستفارق الحياة؟ أو أنك ستكون شاهداً على شيء مروع؟	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A7	هل شعرت بأنك وحيد وقد تخلى عنك الآخرين؟	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A8	هل شعرت بأنك غير قادر على فعل شيء (عاجز)؟	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

أسئلة متعلقة بالمرحلة اللاحقة للحدث الكارثي:

<p>هل استشرت أخصائي نفسي أو طبيب نفسي عصبي أو معالج نفسي:</p> <p>نعم: <input type="radio"/> لا: <input type="radio"/></p>
<p>هل تابعت علاج نفسي:</p> <p>نعم: <input type="radio"/> لا: <input type="radio"/></p> <p>في حال الإجابة بنعم أي شكل من العلاج:</p> <p>وتاريخ أول جلسة:</p> <p>عدد الجلسات: حتى الآن:</p>
<p>علاج دوائي:</p> <p>نعم: <input type="radio"/> لا: <input type="radio"/></p> <p>في حال الإجابة بنعم: ما هو:.....</p> <p>المدة:.....</p>

أسئلة عامة تخص المرحلة السابقة للحدث الكارثي أو الصدمة:

الوضع العائلي: متزوج: <input type="radio"/> أعزب: <input type="radio"/> عدد الأولاد:.....
الوضع المهني: طالب: <input type="radio"/> موظف: <input type="radio"/> بدون عمل: <input type="radio"/> متقاعد: <input type="radio"/>
الوضع الصحي: - هل تعاني من مشاكل صحية: نعم: <input type="radio"/> لا: <input type="radio"/> في حال الإجابة بنعم حدد هذه المشاكل: