

RELATIONS BETWEEN POLITICAL VIOLENCE AND OCCURRENCE OF DEPRESSION, ANXIETY, AND BEHAVIORAL PROBLEMS AMONG PALESTINIAN CHILDREN IN GAZA STRIP.

RELATIONS ENTRE LA DÉPRESSION, L'ANXIÉTÉ, LES TROUBLES DU COMPORTEMENT ET L'EXPOSITION À LA VIOLENCE, CHEZ DES ENFANTS ET ADOLESCENTS PALESTINIENS DE LA BANDE DE GAZA

Khaled SULAYEH¹, Christian MORMONT²

THE OVERALL AIM OF THIS STUDY IS TO ASSESS THE IMPACT OF POLITICAL VIOLENCE ON BEHAVIORAL PROBLEMS, ANXIETY AND DEPRESSION AMONG 130 PALESTINIAN CHILDREN AND ADOLESCENTS (AGE= 9 TO 16) LIVING IN GAZA STRIP.

THE ADOLESCENTS WERE ASSESSED BY BECK DEPRESSION AND REYNOLD'S ANXIETY SCALES AND THE CHILDREN BY RUTTERS' BEHAVIORAL PROBLEMS SCALES.

AROUND 20% OF THE ADOLESCENTS SUFFER FROM ANXIETY AND/OR DEPRESSION AND NEARLY 90% OF CHILDREN PRESENT VARIOUS KINDS OF BEHAVIORAL PROBLEMS AND NEUROTIC SYMPTOMS. THE ADOLESCENTS MORE EXPOSED TO TRAUMATIC EVENTS ARE THE MOST ANXIOUS AND DEPRESSED. THE EDUCATIONAL LEVEL OF MOTHER (FOR CHILDREN) AND THE FINANCIAL INCOMES OF THE FAMILY (FOR BOTH CHILDREN AND ADOLESCENTS) ARE POSITIVE FACTORS. ON THE OTHER HAND GENDER AND EXPOSURE DURATION TO TRAUMATIZING EVENTS SHOW NO SIGNIFICANT LINKS WITH ANXIETY, DEPRESSION AND BEHAVIORAL PROBLEMS.

Key words: Political violence – Depression – Anxiety – Children

INTRODUCTION

Depuis la seconde guerre mondiale (1939-1945) et au gré des conflits qui endeuillent le monde, les enfants exposés à la violence ont fait l'objet de nombreuses études. Les résultats montrent, très globalement, qu'une proportion variable de ces enfants (de 15 à 75% selon les critères et les périodes étudiés) souffrent, immédiatement (Bordman, 1944 ; Glover, 1942 ; Rachman, 1978) ou après un certain délai (Cairns et Wilson, 1984 ; Rayhid et al., 1986), d'anxiété, de dépression, de PTSD, de troubles caractériels, psychosomatiques etc. Des séquelles ont été observées chez certains enfants notamment en Israël (Elizur et Kaffman, 1982), au Cambodge (Kinzie et al., 1986 ; Hubbard et al., 1993), en région Kurde (Ahmad, 1992), en Croatie (Zivcic, 1993), au Liban (Farhood et al., 1993), au Koweït (Nader et al., 1993), en Bosnie (Weine et al., 1995), au Honduras (Munczek et Tuber, 1998), en Irlande du Nord (Fraser, 1974).

D'autres enfants démontrent des capacités remarquables d'adaptation aux circonstances, de tolérance au stress et de résilience (Fee, 1980 ; McAuley et Troy, 1983). Il n'y aurait donc pas, chez les enfants, de corrélation linéaire entre les expériences potentiellement traumatogènes et les problèmes de santé mentale.

Les enfants résilients présentent des caractéristiques individuelles telles que confiance en soi, estime de soi, compétence cognitive (Losel et Bliesener, 1990), réalisme, flexibilité, sentiment de disposer de ressources personnelles et de soutien

(Murphy et Moriarty, 1976), tolérance au stress et à la frustration, capacité de récupération (Redl, 1966 ; Anthony et Cohler, 1987). L'entourage semble jouer un grand rôle : relation stable avec au moins un des parents, (notamment lorsqu'un des deux parents a disparu [Ressler et al., 1988]), éducation et modèles parentaux encourageant les solutions constructives, soutien social (Losel et Bliesener, 1990). Freud (Anna) et Burlingham (1943), et Janis (1951) ont insisté sur le fait que l'état émotionnel et le comportement de la mère sont les principaux médiateurs entre le fonctionnement psychologique de l'enfant et les expériences traumatiques.

Ces observations recourent l'expérience empirique des peuples en guerre.

LA SITUATION PALESTINIENNE

L'interminable conflit israélo-palestinien a fourni depuis des décennies leur lot de malheurs et de traumatismes aux populations exposées. Les psychologues palestiniens travaillant dans ces conditions sont confrontés à une tâche énorme qui dépasse la prise en charge de cas individuels et nécessite une gestion nationale de la problématique.

Alors que le contexte ne se prête en rien à la recherche aseptisée et désintéressée habituellement pratiquée par les académiques, l'urgence et la nécessité d'intervenir au bénéfice de la collectivité des victimes imposent le détour par la recherche afin de mieux connaître pour mieux agir.

¹ Université de Gaza (Palestine)

² Université de Liège (Belgique)

La position des rares psychologues palestiniens engagés dans la recherche sur le terrain est difficile. Elle soulève des questions quant à la neutralité, l'objectivité, la rigueur de l'observation. Par ailleurs, elle offre un avantage rarement signalé : ces psychologues ne sont pas seulement des professionnels formés à la méthode scientifique et à l'aide psychologique, ils sont aussi membres à part entière du peuple en guerre. Ceci leur donne une perception des événements que ne peuvent avoir des chercheurs étrangers.

L'esprit de sacrifice, de résistance, de solidarité, les valeurs partagées telles que l'honneur, la dignité, l'identité collective, l'adhésion à un destin commun modèlent la représentation, la perception, la compréhension et donc les réactions émotionnelles et comportementales des citoyens engagés dans une guerre estimée juste. Les psychologues ainsi impliqués dans une telle situation ont une grille de lecture plus exacte des faits dans la mesure où elle tient compte de la réalité morale des gens et de leurs ressources. Leur grille est ajustée en fonction des problèmes, des dégâts et des valeurs qui découlent de la guerre et qui provoquent d'autres choses que les symptômes répertoriés et prévisibles dans une autre logique. Ces psychologues savent que les listes d'événements potentiellement traumatogènes sont parfois désavouées dans la réalité parce que certains de ces événements plutôt que d'entraîner deuil et tristesse apportent fierté et gloire et galvanisent les énergies.

Le « catastrophisme » est plus fréquent chez les étrangers, intervenants, journalistes, observateurs, chez les voyeurs et les exploiters que chez ceux qui font face, concrètement, à l'adversité.

LA RECHERCHE CLINIQUE

Les connaissances générales, qu'elles soient théoriques ou empiriques, ne garantissent pas une approche clinique affûtée. Elles ne donnent pas non plus des indications adaptées à la circonstance particulière où l'intervention est nécessaire. C'est pourquoi il est apparu utile de mener une recherche ciblée sur les enfants et adolescents palestiniens sur base de critères sélectionnés pour la pertinence que la littérature scientifique leur attribue : l'âge, le sexe, le contexte familial, éducatif et économique.

- L'âge : l'exposition à des événements violents semble avoir des effets différents selon l'âge et le niveau de développement. Par exemple, Abu Hein *et al.* (1993) et Wolff et Fesseha (1998) constatent que les enfants plus jeunes présentent moins de symptômes posttraumatiques et plus de troubles du comportement que les enfants plus âgés.
- Le sexe : les garçons présenteraient plutôt des troubles du comportement alors que les filles souffriraient davantage de problèmes émotionnels (Lonigan *et al.*, 1991 ; Green *et al.*, 1991 ; Amhad, 1992) ; Pynoos *et al.*, 1993 ; Shannon *et al.*, 1994 ; Giaconia *et al.*, 1995 ; Goenjian *et al.*, 1995 ; Cuffe *et al.*, 1998).

- Le contexte familial : la perte, la maladie mentale, le chômage des parents, le statut socio-économique bas, l'absence de la mère, les conflits intrafamiliaux sont des facteurs fragilisants (Rutter, 1989 ; Qouta, 2000 ; Thabet et Votsanis, 1999 ; Lonigan, 1991).

L'exposition peut entraîner divers troubles qui ne s'organisent pas nécessairement en un syndrome complet de « désordre de stress posttraumatique ». C'est pourquoi nous avons choisi d'étudier des troubles émotionnels (anxiété et dépression) et comportementaux qui sont des symptômes éventuellement isolés, assez fréquents et aisés à diagnostiquer plutôt qu'un ou des syndromes plus spécifiques mais plus rares qui nous feraient ignorer bon nombres de cas.

LE CONTEXTE GÉO-POLITIQUE ET HISTORIQUE : LA BANDE DE GAZA

La bande de Gaza est un étroit territoire de 362 km², peuplé de 1.390.000 habitants dont la moitié sont des enfants de moins de 14 ans. Cette partie du territoire palestinien enclavée entre Israël, l'Égypte et la mer, compte 5 villes, 7 villages et 8 camps de réfugiés. Ces camps sont sous la responsabilité de l'ONU qui y assure l'éducation et la santé.

Notre étude a été réalisée en 2002, pendant la deuxième *intifada* (27 septembre 2000-2006) au cours de laquelle les forces d'occupation ont procédé à des bombardements, à des raids aériens de jour et de nuit, à des démolitions d'habitations, à des opérations terrestres, faisant beaucoup de morts et de blessés.

Durant cette insurrection, la plupart des enfants ont été victimes ou témoins de ces violences.

1. OBJECTIF ET HYPOTHÈSES DE TRAVAIL

L'objectif de notre recherche est d'étudier l'impact de la violence sur les enfants vivant dans la bande de Gaza, en prenant en considération la nature, la fréquence et l'intensité des violences d'une part, la dépression, l'anxiété et les troubles du comportement d'autre part.

Nous voudrions vérifier les hypothèses inspirées par la littérature (*cf supra*) selon lesquelles l'exposition à la violence aurait un impact différent en fonction de l'âge (enfants vs adolescents), du sexe, du lieu de vie (camp ou ville), de la durée d'exposition, de la quantité d'événements vécus et des ressources disponibles.

2. ECHANTILLON

La population expérimentale de cette étude compte 130 jeunes de 9 à 16 ans répartis en deux sous-groupes en fonction de l'âge.

Le premier groupe est constitué de 50 enfants de 9 à 12 ans. L'autre groupe compte 80 adolescents de 13 à 16 ans. Tous ces jeunes sont inscrits dans diverses écoles élémentaires et préparatoires de différentes régions de la bande de Gaza.

Soixante-deux de ces 130 participants proviennent des camps.

A côté des deux groupes expérimentaux, un groupe contrôle a été constitué de 80 adolescents de 13 à 16 ans qui, vivant dans des zones plus paisibles, ont été exposés à moins de violences

3. VARIABLES ET MÉTHODES

3.1. VARIABLES

3.1.1. Variables psychologiques

En vue d'étudier la souffrance psychologique des jeunes palestiniens exposés aux violences, nous avons étudié la relation entre l'exposition à la violence et la prévalence

- de l'anxiété et de la dépression chez les adolescents,
- des problèmes comportementaux chez les enfants.

3.1.2 Variables modulatrices

L'impact psychologique des violences politiques est modulé par plusieurs variables qui appartiennent :

- à l'événement lui-même (intensité, durée),
- au contexte de vie (conditions de vie et risques d'exposition),
- aux ressources disponibles (le niveau d'éducation de la mère, les revenus de la famille),
- aux caractéristiques personnelles (âge et genre).

3.1.3.a. Variables modulatrices concernant les événements potentiellement traumatiques (intensité, durée) (Annexe 1)

Les troubles psychologiques peuvent apparaître après un seul événement extrême mais aussi après une exposition chronique à de multiples stress. On présume que plus l'événement est extrême ou de longue durée, plus il y a de risques qu'un trouble important apparaisse.

Nous avons subdivisé les périodes d'exposition à des événements violents en trois catégories et y avons classé les enfants (N=50) et les adolescents (N=80): exposition de moins de six mois (environ 30% des enfants et des adolescents), entre six et douze mois (environ 40%) et plus de douze mois (environ 30%).

La répartition des sujets des deux groupes dans ces trois catégories est tout à fait comparable.

Annexe 1

Variables modulatrices concernant les événements potentiellement traumatiques (intensité, durée).

Variables		9 - 12 ans (N = 50)		13 - 16 ans (N = 80)	
		N	%	N	%
Durée d'exposition aux événements violents	< 6 mois	44	28 %	24	30,0 %
	6 - 12 mois	20	40,0 %	33	41,2 %
	12 - 18 mois	16	32,0 %	23	28,7 %

3.1.3.b. Variables modulatrices contextuelles (lieu et conditions de vie) (Annexe 2)

Les conditions de vie, les risques d'être exposés à la violence, l'accessibilité des ressources et la qualité de l'environnement sont différents dans des camps de réfugiés ou en ville.

Dans notre échantillon, la moitié des enfants et des adolescents vivent dans les camps.

Annexe 2

Variables modulatrices contextuelles (lieu et conditions de vie)

Variable		9 - 12 ans (N = 50)		13 - 16 ans (N = 80)	
		N	%	N	%
Lieu de résidence	Ville	26	52,0 %	42	52,5 %
	Camps	24	48,0 %	38	47,5 %

3.1.3.c. Variables modulatrices concernant les ressources familiales (revenu de la famille et niveau d'instruction de la mère) (Annexe 3)

Le niveau de revenus informe quant à la possibilité d'accéder à l'éducation, aux traitements et aux biens. L'accessibilité à ces ressources joue un rôle dans la façon de faire face à la violence. On notera que les familles dont le revenu mensuel excède 200 euros ne constituent qu'environ 10% de la population.

Le niveau d'instruction de la mère est indicateur des ressources cognitives et socio-culturelles que la mère peut mobiliser dans le soutien de ses enfants. Environ la moitié des mères ont fait des études secondaires ou universitaires.

Annexe 3

Variables modulatrices concernant les ressources familiales (revenu de la famille et degré d'instruction de la mère)

Variable		9 - 12 ans (N = 50)		13 - 16 ans (N = 80)	
		N	%	N	%
Degré d'instruction de la mère	élémentaire	9	18.0 %	21	26.3 %
	préparatoire	21	42.0 %	18	22.5 %
	Secondaire	18	36.0 %	32	40.0 %
	université	2	4.0 %	9	11.3 %
Revenus	< 100	36	72.0 %	37	46.3 %
	100 - 200	9	18.0 %	33	41.3 %
	> 200	5	10.0 %	10	12.5 %

3.1.3.d. Variables modulatrices personnelles (âge et sexe) (Annexe 4)

On suppose que le genre et l'âge des jeunes jouent aussi un rôle dans leurs capacités à faire face aux événements violents.

Les deux sexes sont également représentés dans les deux groupes.

Chaque tranche d'âge de 9 à 16 ans compte une proportion approximativement semblable de sujets (entre 20 et 30%)

Annexe 4

Variables modulatrices personnelles (âge et sexe)

Variables		9 - 12 ans (50 = N)		13 - 16 ans (80 = N)	
		N	%	N	%
Sexe	masc.	26	52 %	42	52.5 %
	fémin.	24	48 %	38	47.5 %
Age	9	15	30 %	13	16 %
	10	10	20 %	14	17.5 %
	11	13	26 %	15	18.7 %
	12	12	24 %	16	20 %

3.2. MÉTHODES

Afin de mesurer les variables-cibles, nous avons choisi des instruments applicables dans le contexte particulier (état de guerre) de cette étude. Les adolescents ont répondu eux-mêmes à des questionnaires d'auto-évaluation alors que ce sont les mères qui ont répondu au questionnaire concernant le comportement des enfants de neuf à douze ans. Ces questionnaires ont été remplis en présence du psychologue-chercheur.

3.2.1. Le recueil des données démographiques et socio-économiques (The demographic and socio-economic status inventory).

Ce questionnaire rassemble des données démographiques telles que l'âge, le sexe, le lieu de résidence, le niveau d'éducation et le type de travail des parents. Il recueille aussi des informations à propos de la famille, de ses ressources et du revenu mensuel.

3.2.2. Questionnaire rempli par les enseignants et les parents concernant le comportement de l'enfant (A children's behavior questionnaire for completion by teachers and parents (Rutter))

L'objectif principal des échelles de Rutter (1967) remplies par les professeurs (échelle B) et les parents (échelle A) est l'identification de problèmes de comportements et de santé mentale (au sens large) chez les enfants de 6 à 13 ans. Les échelles peuvent différencier de façon satisfaisante les problèmes de conduite des problèmes émotionnels.

Ces échelles ont été traduites de l'anglais en arabe par nos soins puis soumises à une rétro-translation par un traducteur professionnel, elle-même discutée par des experts palestiniens du Groupe de recherche en santé mentale.

Les échelles de Rutter à remplir par les enseignants (échelle B) les parents (A) consistent respectivement en 26 et 31 propositions concernant les comportements de l'enfant, comportements dont il faut indiquer la fréquence d'apparition et le degré de sévérité.

Les problèmes de comportement des 50 enfants de 9 à 12 ans ont été évalués avec cette échelle remplie par les mères, après que nous leur ayons rendu visite à leur domicile afin de leur expliquer notre démarche.

3.2.3. L'Echelle d'anxiété manifeste pour enfants (The revised children manifest anxiety scale (RCMAS))

Le RCMAS (1980) est un questionnaire qui mesure l'anxiété chez les jeunes de 6 à 19 ans. Il compte 37 items : 28 items d'anxiété et 9 items concernant la désirabilité sociale. Il a été validé dans la bande de Gaza par Thabet et Votsanis, en 1998.

Les 80 adolescents de l'étude ainsi que ceux du groupe contrôle ont rempli ce questionnaire.

3.2.3. L'Echelle de dépression de Beck (Beck depression inventory (BDI))

La BDI (1961) est une échelle bien connue d'auto-évaluation qui mesure les manifestations de la dépression. Dans la version arabe, quelques items ont été modifiés et adaptés à la culture locale.

Les 80 adolescents et le groupe contrôle ont répondu au BDI.

3.2.5. Les événements traumatiques : la liste de Gaza (Gaza traumatic events checklist)

Cette « Liste de Gaza », développée dans le cadre d'un programme de santé mentale (*Department Gaza community mental health program*), compte 10 items couvrant différents types d'événements potentiellement traumatiques auxquels un enfant palestinien peut avoir été exposé durant la période d'occupation (gaz lacrymogènes, coups, fractures osseuses, être témoin de brutalités, emprisonnement de proches, blessures, raids aériens de jour et de nuit, humiliation, détention).

Le nombre total d'événements traumatiques définit un niveau faible (de zéro à 5 événements traumatique) et un niveau élevé (de 6 à plus d'événements) d'exposition. C'est sur cette base qu'ont été constitués les groupes expérimentaux (6 événements et plus) et le groupe contrôle (de 0 à 5).

4. RÉSULTATS

4.1. RÉSULTATS DU GROUPE EXPÉRIMENTAL DES ENFANTS ÂGÉS DE 9 À 12 ANS

Quarante-quatre des 50 enfants âgés de 9 à 12 ans (soit 88%) obtiennent des notes supérieures à la note-seuil à l'échelle de Rutter remplie par les mères, ce qui traduit l'existence de troubles du comportement.

La relation entre le niveau d'instruction de la mère et l'importance des problèmes de conduites des enfants est statistiquement significative. Il y a aussi une relation significative entre les problèmes de conduites et les revenus de la famille : plus les revenus sont faibles plus l'enfant présente des problèmes de conduites.

Variable	Sexe	Âge	Lieu de résidence	Degré d'instruction	Revenus
Problèmes de comport.	T = 1.12 p = .07	F = 2.47 p = .07	T = .86 p = .40	T = 4.07 p = .002	T = 1.77 p = .08

4.2. RÉSULTATS DU GROUPE EXPÉRIMENTAL DES ADOLESCENTS (13 – 16 ANS)

Dans ce groupe, 23,8% d'adolescents ont une note supérieure à la note-seuil au RCMAS et 18,8% ont une note supérieure à la note-seuil au BDI. Donc 19 des 80 adolescents de notre étude souffrent d'anxiété et 15 de dépression.

La seule corrélation significative lie le score à la RCMAS et le niveau de revenus de la famille.

Variables	Durée d'exposition	Sexe	Âge	Lieu de résidence	Degré	Revenus
Anxiété	F = .17 p = .80	T = 1.09 p = .28	F = 1.38 p = .26	T = .40 p = .69	F = .42 p = .74	F = 3.11 p = .003
Dépression	F = .48 p = .73	T = .09 p = .93	F = 1.60 p = .20	T = .84 p = .40	F = 1.00 p = .40	F = 1.05 p = .34

4.3. COMPARAISON ENTRE LE GROUPE EXPÉRIMENTAL DES ADOLESCENTS ET LE GROUPE CONTRÔLE (13 – 16 ANS)

Le groupe expérimental obtient des notes significativement ($P < 0.001$) supérieures à celles du groupe contrôle en anxiété et dépression : les adolescents qui ont été exposés à plus d'événements violents souffrent donc davantage d'anxiété et de dépression que les adolescents qui ont été moins exposés.

Variables	Sujets (N = 80)		Contrôle (N = 80)		t-Test	Valeurs de p.
	Moyenne	SD	Moyenne	SD		
Anxiété	24.00	3.89	21.06	4.74	4.28	0.001**
Dépression	18.35	5.63	13.80	6.90	4.57	0.001**

4.4. SYNTHÈSE DES RÉSULTATS

- a) Dans le groupe expérimental des enfants (9 à 12 ans), il n'y a pas de relations significatives entre les problèmes de comportement et l'âge, le sexe et le lieu de résidence. Les hypothèses que nous avons formulées concernant ces facteurs ne sont donc pas confirmées. Par contre, le niveau d'éducation de la mère et le niveau de revenus de la famille jouent un rôle significatif. Les enfants dont la mère a une éducation de niveau inférieur ont plus de problèmes de conduites que les enfants dont la mère a un niveau d'éducation plus élevé (niveau secondaire). Les enfants de familles à revenus supérieurs sont décrits par leur mère comme ayant moins de problèmes de conduites que les enfants qui proviennent de familles à revenus inférieurs.

- b) Les adolescents qui ont été exposés à plus de violences (groupe expérimental) montrent plus d'anxiété et de dépression que les adolescents qui ont été moins exposés à la violence (groupe contrôle).
- c) Dans le groupe expérimental des adolescents, seule l'anxiété entretient une relation significative avec une des variables étudiées, le niveau de revenus de la famille : les adolescents qui viennent d'une famille à revenus bas ou moyen sont significativement plus anxieux que les adolescents qui viennent d'une famille plus favorisée financièrement.
- d) Par contre, les données du groupe expérimental d'adolescents ne confirment pas l'hypothèse d'une relation significative entre le niveau d'anxiété et de dépression d'une part et la durée d'exposition, l'âge, le sexe, le lieu de résidence et le niveau d'éducation de la mère d'autre part. Donc, on ne pourrait soutenir que les filles, les plus jeunes, ceux qui vivent dans de mauvaises conditions et/ou qui ont été exposés plus longtemps à la violence, sont plus gravement perturbés que les autres jeunes.

5. DISCUSSION

Nos résultats indiquent que les adolescents palestiniens qui ont été exposés à plus de violences courent plus de risque de souffrir de problèmes de dépression (un adolescent sur 5) et d'anxiété (un adolescent sur 4) que les adolescents qui ont été moins exposés. En outre, les enfants présentent très souvent (9 enfants sur 10) des troubles du comportement. Toutefois, les troubles ne croissent pas en fonction de la durée de l'exposition. Il semble donc que la quantité d'événements violents est un facteur décisif dans l'apparition de troubles alors que la chronicité du stress n'a pas d'effets évidents, ce qui pourrait indiquer un phénomène d'habituation ou d'adaptation à la situation de guerre. L'impact de la violence n'est pas davantage modulé par l'âge, le sexe, le lieu de résidence.

Ce constat ne semble pas résulter de biais systématiques. Les instruments sont adaptés à l'âge des sujets qui ont été recrutés de manière correcte. En outre, les groupes ne montrent pas de déséquilibres flagrants.

On pourrait penser que dans une situation chronique de guerre, la société globale est soumise à un stress collectif qui touche chacun de ses membres de façon quasi égale mais ne débouche sur des troubles émotionnels caractérisés que s'il y a cumul d'événements violents. De tels troubles touchent de 20 à 25% des adolescents étudiés. Ce qui est considérable mais ne doit pas faire oublier que de 75 à 80% des adolescents ne présentent pas de troubles significatifs.

Il est possible qu'au stress collectif s'opposent des facteurs protecteurs collectifs eux-aussi : la lutte pour la survie, la solidarité, le sentiment d'appartenance, la communauté de destin, l'adhésion à la culture, à la religion, l'engagement patriotique, le combat contre l'envahisseur donnent sens et valeur aux épreuves

endurées. Et jusqu'au vécu de catastrophe qui, au lieu d'isoler la victime, la fait participer exemplairement à la culture du sacrifice et de l'héroïsme propre aux guerres considérées comme justes les seules variables liées à l'état psychologique sont le niveau de revenus de la famille (anxiété chez les adolescents, problèmes comportementaux chez les enfants) et le niveau d'éducation de la mère (problèmes comportementaux chez les enfants).

Il semble donc que la précarité économique joue un rôle considérable. On peut penser que plus les ressources financières sont limitées, plus l'acquisition des biens de première nécessité est difficile, incertaine voire insuffisante et est un objet constant de préoccupations inquiètes pour les adultes. Les adolescents perçoivent l'insécurité de la situation et partagent l'anxiété des adultes qui doivent consacrer beaucoup de temps et d'énergie pour essayer d'assurer le minimum vital. Du même coup, les adultes sont moins disponibles pour l'éducation des enfants ainsi davantage livrés à eux-mêmes et plus exposés à développer des troubles du comportement. Toutefois, la mère, si elle est plus instruite, paraît être un facteur protecteur. Une telle mère a sans doute plus de moyens pour analyser, comprendre et traiter les informations. Elle peut être plus attentive à des éléments péjoratifs et plus éclairée dans l'aménagement de la vie quotidienne.

La fréquence des troubles du comportement (environ 90%) chez les enfants met en évidence l'agir comme mode de réaction privilégié dans une situation telle que la guerre.

La guerre, c'est de l'agir, ce sont des actes de guerre qui brisent les représentations rassurantes du monde et les contenus psychiques. Actes de violence concrète auxquels on survit grâce à d'autres actes.

La nécessité, l'urgence et l'horreur ne laissent guère de place à la mentalisation qui devient parfois un luxe dangereux : la prise en compte directe de la réalité est vitale pour s'y adapter au plus vite par un agir qui a aussi la fonction économique de décharger des tensions internes non élaborées.

Par ailleurs, la dérégulation des conduites que constitue la guerre offre des modèles de comportements anti-sociaux à l'opposé des modèles pro-sociaux que l'éducation inculque aux enfants en temps de paix. De ce point de vue, la grande fréquence des troubles du comportement chez les enfants de Gaza semble compréhensible.

CONCLUSION

Cette recherche, aussi restreinte et limitée soit-elle, n'est pas dénuée d'intérêt.

Elle met en évidence que si l'état de guerre est une cause de troubles affectifs et comportementaux chez les jeunes, beaucoup de ceux-ci semblent être protégés par des mécanismes d'habituation mais aussi par la force qu'insufflé l'esprit de résistance.

Elle montre aussi que des aides très pragmatiques comme l'approvisionnement en biens de première nécessité ont un impact psychologique rassurant. Et que le soutien, l'encadrement, l'éducation des adultes responsables des enfants modèrent les effets des violences subies par ces derniers.

Dans la réalité de la guerre, ces mesures sont peut-être plus immédiatement et généralement applicables que d'autres interventions plus sophistiquées, exigeant le travail de professionnels entraînés, comme le sont les interventions « de deuxième ligne » des psychologues.

Ces interventions spécialisées peuvent mieux rendre leurs effets si elles s'inscrivent dans un contexte où la satisfaction des besoins primaires est assurée.

RÉSUMÉ

Cette recherche vise à évaluer l'impact de la violence politique sur les problèmes de comportement, l'anxiété et la dépression chez 130 enfants palestiniens âgés de 9 à 16 ans, vivant dans la bande de Gaza.

Les instruments utilisés sont les échelles de dépression de Beck et d'anxiété de Reynold pour les adolescents et l'échelle de problèmes comportementaux de Rutter pour les enfants

Environ 20% des enfants souffrent d'anxiété et/ou de dépression et près de 90% d'entre eux présentent des problèmes de comportement. Les adolescents les plus exposés à des événements traumatisants sont les plus anxieux et les plus déprimés. Le niveau d'éducation de la mère (pour les enfants) et les ressources financières de la famille (à la fois pour les enfants et les adolescents) sont des facteurs positifs. Le sexe et la durée de l'exposition aux événements traumatisants n'entretiennent pas de liens significatifs avec l'anxiété, la dépression et les problèmes de comportement.

Mots-clés : Violence politique – Dépression – Anxiété – Enfants – Introduction

RÉFÉRENCES

- Abed K A. Translated Beck Depression Inventory into Arabic. *Egyptian journal of psychology*, 30, 89-110 (1990).
- Abu Hein F, Quota S, Thabet A, & Sarraj E. Trauma and mental health of children in Gaza. *British medical journal*, 306, 1130-1131 (1993).
- Ahmad A. Symptoms of post-traumatic stress disorder among displaced children in Iraq, victims of a made man disaster after the Gulf war. *Nordic journal of psychiatry*, 46, 315-319 (1992).
- Anthony E & Cohler B (Eds). *The invulnerable child*. New York: Guilford press (1987).
- Beck A T, War C H, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An inventory for measuring depression. *Archives of general psychiatry*, 4, 561-571 (1961).
- Bordman F. Child psychiatry in wartime Britain. *Journal of educational psychology*, 35, 293-301 (1944).
- Cairns E, Wilson R. The impact of political violence on mild psychiatric morbidity in Northern Ireland. *British journal of psychiatry*, 145, 631-634 (1984).
- Cuffe S P, Addy C L, Garrison C Z, Waller J L, Jackson K L, McKeown R E, & Chilappagari S. Prevalence of PTSD in a community sample of older adolescents. *Journal of the american academy of child and adolescent psychiatry*, 37, 147-154 (1998).
- Elizur E, & Kaffman M. Children's bereavement reactions following death of the father. *Journal of the american academy of child and adolescent psychiatry*, 21, 474-480 (1982).
- Farhood L, Zurayk H, & Chayan M. The impact of the war on the physical and mental health of the family: the libanese experience. *Journal of social science and medicine*, 36, 1555-1567 (1993).
- Fee F. Responses to behavioural questionnaire of a group of Belfast children. In J. Harbison & J. Harbison (Eds), *A society under stress: children and young people in Northern Ireland* (pp 31-42). Somerset: Open books (1980).
- Fraser M. *Children in conflict*. Harmondsworth: Penguin (1974).
- Freud A, & Burlingham D. *War and children*. New York: Ernest Willard (1943).
- Giaconia R M, Reinherz H Z, Silverman A B, Pakiz B, Frost A K, & Cohen E. Traumas and post-traumatic stress in a community population of older adolescents. *Journal of american academy of child and adolescent psychiatry*, 34, 1969-1380 (1995).
- Glover E. Notes on the psychological effects of war conditions on the civilian population. *International journal of psychoanalysis*, 23, 17-37 (1942).
- Goenjian A K, Pynoos R S, Steinberg A M, Najarian L M, Asarnow J R, Karayan I, Ghurabi M, & Fairbanks L A. Psychiatric comorbidity in children after the 1988 earthquake in Armenia. *Journal of american academy of child and adolescent psychiatry*, 34, 1174-1184 (1995).
- Green BL, Koroš M, Grace M C, Vary M G, Leonard A C, Gleser G C, & Smitson-Cohen S. Children and disaster: age, gender and parental effects on PTSD symptoms. *Journal of american academy of child and adolescent psychiatry*, 30, 945-951 (1991).
- Hubbard J, Realmuto G M, Northwood A K, Masten A. S. Co-morbidity of psychiatric diagnosis with post-traumatic stress disorder in survivors of childhood trauma. *Journal of american academy of child and adolescent psychiatry*, 34, 1167-1173 (1995).
- Janis I. *Air war and emotional stress*. New York: McGraw-Hill (1951).
- Kinzle JD, Sack WH, Angell RH, Manson S, Rath B. The psychiatric effects of massive trauma on Cambodian children: the children. *Journal of the american academy of child and adolescent psychiatry*, 25, 370-376 (1986).
- Lonigan C J, Shannon M P, Finch A J, & Daugherty T K, & Taylor C M. Children's reactions to a natural disaster: symptom severity and degree of exposure. *Advances in behaviour research and therapy*, 13, 135-154 (1991).
- Losel F, & Bliesener T. Resilience in adolescence: a study on the generalizability of protective factors. In K. Hurrelmann & F. Losel (Eds), *Health hazard in adolescence*. New York: Walter de Gruyter (1990).
- McAuley R, Troy M. The impact of urban conflict and violence on children referred to a child psychiatric clinic. In I. Harbison (Ed.), *Children of the troubles, children in Northern Ireland* (pp. 33-43). Belfast: Stranmills College (1983).
- Munczek D S, & Tüber S. Political repression and its psychological effects on Honduran children. *Journal of social science and medicine*, 47, 1699-1713 (1998).
- Murphy L, Moriarty A. *Vulnerability, coping and growth from infancy to adolescence*. New Haven, Conn.: Yale university press (1976).
- Nader KO, Pynoos R, Fairbanks LA, Al-Ajeel M, Al-Asfour A. A preliminary study of PTSD and grief among the children of Kuwait. *British journal of clinical psychology*, 32, 407-416 (1993).
- Pynoos R, Goenjian A, Tashjian M, Krakashian M, Manjikian A, Manoukian G, Steiner AM, & Fairbanks LA. Post-traumatic stress reactions in children after the 1988 armenian earthquake. *British journal of psychiatry*, 163, 239-247 (1993).
- Quota S. *Trauma violence and mental health: the palestinian experience*. Thèse de doctorat. Vrije universiteit Amsterdam (2000).
- Rayhid J, Shaya M, & Armenian H. Child health in a city at war. In J.W. Bryce & H. K. Armenian (Eds.), *Wartime: the state of children in Lebanon*. Beyrouit: American university of Beirut (1986).
- Redl F. *When we deal with children*. New York: Free Press (1966).
- Ressler E, Boothby N, & Steinbock D. *Unaccompanied children: care and protection in war, natural disasters, and refugee movements*. New York: Oxford University Press (1988).
- Rutter M. A children's behavior questionnaire for completion by teachers. *Journal of child psychology and psychiatry*, 8, 1-11 (1967).
- Shannon MP, Lonigan C J, Finch A J, & Taylor CM. Children exposed to disaster: epidemiologist of post-traumatic symptoms and symptom profile. *Journal of the american academy of child and adolescent psychiatry*, 33, 80-93 (1994).
- Thabet AA, & Votsanis P. Post-traumatic stress reactions in children of war. *Journal of child psychology and psychiatry*, 40, 385-391 (1990).
- Weine S, Becker D, McGlashan T, Vojvoda D, & Hartman S. Adolescent survivors of ethnic cleansing on the first year in America. *Journal of american academy of child and adolescent psychiatry*, 34, 1153-1159 (1995).
- Wolff P & Fesseha G. The orphans of Eritrea: are orphanages part of the problem or part of solution? *American journal of psychiatry*, 155, 1319-1324 (1998).
- Zivcic I. Emotional reactions of children to war stress in Croatia. *Journal of the american academy of child and adolescent psychiatry*, 32, 709-713 (1993).

Auteurs correspondants :
Khaled SULAYEH
Christian MORMONT

2