

REMERCIEMENTS

Je souhaite adresser mes remerciements les plus sincères aux personnes qui, de près ou de loin, m'ont apporté leur aide le long de mon parcours médical

Je n'oublie pas mes parents, ma femme et mes deux petites princesses, pour leur contribution, leur soutien et leur patience.

J'adresse ma plus grande gratitude à tous mes proches et mes amis qui m'ont toujours encouragé au cours de mes études médicales

A notre maître Monsieur le Professeur Aalouane Rachid

J'ai eu le grand plaisir de travailler parmi votre équipe malgré la courte durée de stage au sein de l'hôpital Ibn Al Hassan, et j'ai trouvé auprès de vous le conseiller et le guide qui m'a reçu en toutes circonstances avec sympathie, sourire et bienveillance. Vos compétences professionnelles incontestables ainsi que vos qualités humaines vous valent l'admiration et le respect de tous. Vous êtes et vous serez pour moi l'exemple de rigueur et de droiture dans l'exercice de la profession. Vous resterez toujours à mes yeux, ce brillant professeur de psychiatrie s'exprimant avec aisance et qui est très généreux dans la transmission de son savoir aux étudiants qui reste exemplaires. Votre porte est toujours ouverte pour nous accueillir, et nous faire profiter de votre Savoir. Veuillez trouver ici l'expression de ma profonde reconnaissance et de ma sincère gratitude.

A notre maître Monsieur le professeur Ramouz Ismail

J'ai eu le privilège de bénéficier de votre enseignement, de votre expérience et de vos conseils avisés tout au long de mes études de résidanat. Votre compétence pratique, vos connaissances très vastes, vos qualités humaines font de vous un maître bien aimé de tous. Qu'il me soit permis de vous rendre un grand hommage et de vous formuler ma profonde gratitude.

Je voudrais être digne de la confiance que vous m'avez accordée et vous prions, cher Maître, de trouver ici le témoignage de ma sincère reconnaissance et profonde gratitude.

A notre maître, Monsieur le professeur Yassari Mohsine

Merci de m'avoir permis de rédiger ce travail Cher Maître. Nul mot ne saurait exprimer à sa juste valeur le profond respect et la considération que j'ai pour vous. Je suis très touché par votre extrême courtoisie et le dévouement avec lequel vous m'aviez encadré tout au long de ce travail. Vous avez guidé nos pas et illuminé notre chemin vers le savoir. J'ai trouvé auprès de vous le conseiller et le guide.

Je vous adresse mes plus sincères remerciements et vous assure de mon profond respect.

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	6
PARTIE THEORIQUE.....	9
A. Camp de refugies Zaatari.....	10
B. Enfants refugies.....	13
C. Les manifestations psychologiques lors des catastrophes.....	16
1. Réaction immédiate chez l'enfant.....	16
2. Période post-immédiate chez l'enfant	17
3. Les syndromes différés et chroniques de l'enfant	18
4. Troubles dépressifs	21
5. Troubles anxieux.....	24
6. Troubles phobiques.....	27
PARTIE PRATIQUE	32
A. Contexte	33
B. Objectifs.....	33
C. Méthodes.....	33
D. Population étudiée.....	34
E. Recueil des données	34
F. Les échelles psychométriques.....	35
1. La dépression	35
2. L'anxiété	36
3. Evaluation de la qualité de vie.....	37
RESULTATS.....	40
A. Données sociodémographiques	41
1. Données concernant les enfants.....	41
2. Données concernant les parents	45
B. Données cliniques	48
1. ATCD médico-chirurgicaux et prise de médicaments avant séjour dans le camp.....	48
2. ATCD médicaux pendant le séjour dans le camp.....	49

3. Enurésie	50
4. Les données psychologiques.....	51
4.1. Echelle de la dépression « CDRS ».....	51
4.2. Echelle de l’anxiété « SCARED ».....	51
4.3. Echelle de la qualité de vie « PedsQL4.0 ».....	53
DISCUSSION.....	56
A. Introduction.....	57
B. Prévalence et facteurs de risque de la dépression	57
C. Prévalence et facteurs de risque de l’anxiété.....	58
D. Qualité de vie et facteurs de risque.....	58
D. Limites et difficultés confrontées.....	59
E. Apport et perspectives de l’étude	59
CONCLUSION.....	61
ANNEXES.....	63
REFERENCES.....	76

INTRODUCTION

Quelques 18 millions d'enfants dans le monde ont été déplacés de force, loin de leur foyer, suite à des conflits ; un tiers d'entre eux sont des réfugiés dont les familles ont fui et traversé les frontières internationales, selon les données de l'ONU.

Les enfants réfugiés gardent en eux la mémoire des événements passés et vivent avec leurs conséquences. La violence qui porte atteinte à l'intégrité de la famille et du foyer est la plus grave. Il ne s'agit pas forcément des violences liées à un conflit politique; les taux de violence domestique élevés dans l'environnement stressant d'un camp de réfugiés provoquent une grande détresse chez les enfants. (1)

Les enfants sont très sensibles aux angoisses de leurs parents. Des événements familiaux traumatisants qui se sont déroulés avant la naissance de l'enfant peuvent même augmenter le risque pour lui de souffrir de troubles mentaux et ou de comportements.

La guerre de Syrie a provoqué 500 000 décès en cinq ans, plus de 4 millions de réfugiés et près de 12 millions de personnes déplacées, avec les conséquences physiques, sociales et psychologiques que cela implique.

Un camp de réfugiés est un monde très anxiogène. Les familles de réfugiés syriens vivent dans des camps depuis plus de 06 ans. Elles subissent de nombreuses discriminations, comme des restrictions de déplacements, d'accès au travail, avec un impact sur leur santé mentale. Ce sont également des environnements très instables à cause de l'insécurité surtout les 1^{ères} années de mise en condition de réfugiés.

Les enfants réfugiés victimes de violence, d'abus, d'exploitation ou de négligences

sont porteurs de troubles qui peuvent devenir handicapants parfois attribuables aux traumatismes de la guerre mais surtout à la grande précarité dans les camps.

Selon le Haut-commissariat des Nations Unies pour les réfugiés (HCR), les problèmes de santé les plus fréquents au sein de la population syrienne déplacée sont : la dépression, le deuil complexe persistant, le stress post-traumatique et l'anxiété. (2)

Des chercheurs ont fait état d'une lacune majeure ; Les travaux existants concernaient principalement que le trouble de stress post traumatique et chez des enfants réfugiés dans des pays à revenu élevé, mais il est pourtant plus probable qu'un enfant réfugié vive dans un camp, non loin de son pays d'origine, dans un pays à faible ou moyen revenu disposant de ressources limitées pour traiter les troubles mentaux.

C'est parmi les objectifs de cette étude de combler cette lacune est d'étudier les troubles mentaux conséquents de traumatisme psychique des conflits armés chez les enfants réfugiés près de leur pays d'origine

PARTIE THEORIQUE

A. Le Camp de réfugiés Zaatari :

Fin juillet 2012, face à l'afflux de populations civiles en provenance de Syrie, les autorités jordaniennes installèrent un camp de réfugiés à Zaatari, en zone désertique, à huit kilomètres de la frontière, et firent appel à l'aide internationale.



Images 1 et 2 :Photos montrant la localisation et la disposition du camp Zaatari

Le Maroc envoya un hôpital de campagne de soixante lits, la France un groupe médico-chirurgical de dix lits. La Jordanie ouvrit un centre de santé primaire avec l'aide des organisations onusiennes et de quelques ONG. Le camp fut ouvert en août 2012 avec quatre mille réfugiés. Très vite de nouveaux arrivèrent par vagues, parfois trois mille dans une même journée. Quatre ans plus tard, le camp est devenu une structure urbaine pérenne de cent quarante mille réfugiés, soit, en nombre d'habitants, la quatrième ville de Jordanie.



Images 3 et 4 :Photos montrant l'hôpital militaire marocain du camp Zaatari

Les problèmes d'infrastructure ont surgi dès l'ouverture puisqu'il a fallu héberger ces personnes sans ressource, les protéger, les nourrir et résoudre les problèmes sanitaires que posait leur concentration. Les conditions climatiques désertiques étaient extrêmes, avec des tornades de poussière, des températures très élevées l'été et très basses l'hiver. L'eau était absente. L'aide devait être acheminée d'un point de ravitaillement distant de soixante-dix kilomètres.



Image 5 et 6 : Photos montrant le mauvais temps et la précarité du camp Zaatari

À Zaatari, les réfugiés n'ont pas le droit de se disperser sur le territoire jordanien. L'enfermement, l'oisiveté, les rigueurs du climat et l'insécurité sont des facteurs de tension supplémentaires. Sans foyer, sans ressource et sans possibilité de reconstruire leur autonomie, sans espérance et sans activité, leur souffrance psychologique est majeure.

Un camp de réfugiés est caractérisé par la désorganisation sociale de la population qui y est rassemblée. Les différentes classes sociales sont mélangées et partagent le même dénuement. À Zaatari, les anciens propriétaires agricoles vivent au milieu de leurs ouvriers, les médecins au milieu de leurs patients, les ex-patrons avec leurs employés..... Cette situation est la source d'une détresse supplémentaire.

De plus, au début le camp ne disposait ni de forces de l'ordre ni d'agents de sécurité à l'intérieur. C'est donc la loi du plus grand nombre, quand ce n'est pas celle du plus fort, qui fait et défait l'organisation sociale. Selon les alliances, ou selon les appartenances tribales, des privilèges sont instaurés pour s'accaparer les meilleurs emplacements, près des points d'eau, des sanitaires et de l'axe routier principal. La vie sociale est confinée dans l'enceinte du site. À l'extérieur la police jordanienne est sévère. Tout réfugié qui tente de sortir du camp encourt une peine d'emprisonnement de quinze jours suivie d'un refoulement vers le pays qu'il a fui avec la perspective d'une condamnation à mort immédiate. Les crimes à l'intérieur du camp sont exceptionnels. Il n'a pas été constaté de crime de sang, mais il y a sporadiquement des crimes sexuels envers des femmes seules et des enfants. (3)



Image 7 et 8 :photos montrant l'amélioration des abris dans le camp Zaatari

B.Les enfants réfugiés :

Les enfants constituent la population la plus nombreuse et aussi la plus vulnérable des camps, ces enfants réfugiés victimes de violence, d'abus, d'exploitation ou de négligences sont porteurs de troubles et /ou d'handicaps parfois attribuables aux traumatismes de la guerre mais surtout à la grande précarité dans les camps.

En 2001 l'UNHCR a mis en place plusieurs groupes de travail afin de répondre aux enjeux liés à leur exploitation et aux abus dont ils sont l'objet. Des formations spécifiques sont proposées pour informer les personnels qui auront à travailler auprès de ces jeunes réfugiés. Car si l'abus et l'exploitation sont des concepts relatifs qui doivent être compris par rapport aux valeurs personnelles, aux normes culturelles et communautaires, il convient pourtant de se référer aux normes internationales. Les enfants réfugiés ou déplacés peuvent être exposés à un risque accru d'exploitation en raison de leur âge et des situations dans lesquelles eux et leurs familles se trouvent. Les abus et l'exploitation sexuels ont des effets dévastateurs sur leur santé physique et mentale, ainsi que sur leur situation sociale

et notamment celle de leur famille et de leurs communautés.

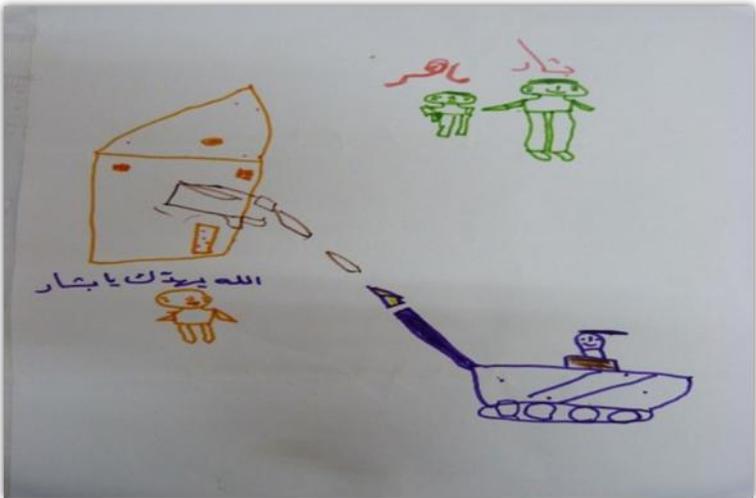
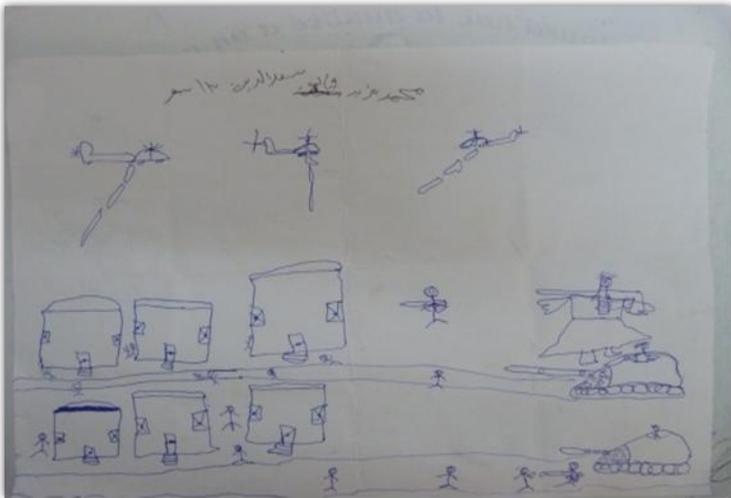
En situation de conflit ou dans des contextes de réfugiés, la vulnérabilité des enfants à différentes formes d'abus et d'exploitation est de plus en plus reconnue comme un problème de protection majeure et particulièrement grave. L'exploitation sexuelle et la violence fondée sur le genre sont des questions qui ont fait l'objet du plus grand intérêt lors de l'étude de 1996 des Nations unies sur la portée des conflits armés sur les enfants.

L'abus est défini comme le mauvais traitement subi par l'enfant, qu'il soit de nature physique, émotionnelle ou sexuelle, ou comme la négligence qui lui est portée dans une situation de responsabilité, de confiance ou de pouvoir, portant atteinte potentiellement ou réellement à sa santé physique et émotionnelle, à sa survie et à son développement.

La négligence, elle, peut être fondée sur une action répétitive ou sur un incident ou une omission isolée qui se traduit, ou pourrait se traduire, par une blessure physique ou mentale grave, voire un risque mortel pour l'enfant. Elle peut comprendre le fait d'échouer à apporter de la nourriture en quantité suffisante, des vêtements, un abri, une supervision et des médicaments. Mais aussi l'absence d'efforts pour protéger un enfant contre les abus, l'exploitation ou la négligence d'une autre personne.

L'exploitation, enfin, fait référence à l'utilisation de l'enfant au profit d'autres personnes et au détriment de sa santé physique ou mentale, de son développement et de son éducation. Elle comprend le travail et la prostitution, mais ne s'y limite pas. Ces deux termes indiquent que certains tirent profit du statut de l'enfant et de son manque de pouvoir. L'expression « travail des enfants » présente aussi certaines ambiguïtés à cause de sa connotation très négative. Or dans certaines situations, il peut être considéré comme étant bénéfique à l'enfant ou comme

nécessaire à l'économie familiale. Il faut noter que les coupables d'abus ou d'exploitation sexuels sont le plus souvent connus de l'enfant et peuvent être des membres de la famille directe, de la famille élargie, des amis de la famille ou même d'autres enfants.



Images 9,10 et 11 :Photos montrant les dessins des enfants réfugiés

C. Les manifestations psychologiques lors des catastrophes :

1. La Réaction immédiate chez l'enfant :

La réaction immédiate chez l'enfant est rarement celle du stress adapté, qui serait toutefois observée chez des enfants accompagnés d'adultes (parents ou enseignants) lors d'accidents ou de catastrophes : obéir aux consignes, se sentir protégés par l'adulte, poser des questions sur ce qui arrive, aider leurs camarades. Le plus souvent, l'enfant qui se sent vulnérable et impuissant face à la situation, ou qui assiste à la peur et à l'impuissance de ses parents, va être profondément bouleversé et décontenancé.

On va observer dans le tableau clinique de l'enfant, une des quatre réactions de stress dépassé qui peut être:

- soit l'inhibition avec sidération, stupeur, immobilité et mutisme.
- soit une réaction d'agitation combinant turbulence motrice, logorrhée intarissable, ou même comportement agressif.
- soit encore une réaction de fuite éperdue, avec une angoisse, panique qui ne sera même pas réduite lorsque l'enfant sera parvenu à l'abri.
- Enfin, chez certains , le comportement devient désorganisé voire automatique, l'enfant poursuivant pendant de longues minutes une activité inadaptée au contexte, ou proférant des propos incohérents dans un état d'indifférence à ce qui se passe autour de lui et d'imperméabilité aux

exhortations données par les adultes.

On a observé aussi des réactions immédiates franchement pathologiques, telles que des états confusionnels ou confuso-oniriques (tableaux faits de confusion ou d'obnubilation de la conscience avec délire onirique) suivis d'une période d'amnésie, ou d'une période de crises d'angoisse massive et d'attitudes défensives phobiques avec recherche désespérée de réassurance. (4)

2. La période post-immédiate chez l'enfant :

Concernant la période post-immédiate (du 2^e au 30^e jour), il en est de même que chez l'adulte :

-Soit la sédation assez rapide des symptômes de stress, le retour de la sérénité et la reprise des activités.

-Soit la persistance des symptômes de stress (surtout des symptômes de déréalisation et de dissociation), et l'apparition de reviviscences et d'autres symptômes témoignant de l'installation d'un syndrome psycho-traumatique caractérisé.

Parmi les symptômes à détecter dans cette phase post-immédiate, on notera :

- Les manifestations d'angoisse de séparation, avec comportement d'agrippement à l'adulte, peur de rester seul, peur du noir, refus anxieux de dormir seul, crainte d'être abandonné ;
- Un état psychique diurne et nocturne de peur, voire de terreur, voire

d'appréhension d'événements terrorisants avec surveillance vigilante de l'environnement, sursaut au bruit, résistance à l'endormissement et réveils nocturnes angoissés (plus souvent après un rêve terrifiant sans contenu précis qu'après un cauchemar de reviviscence à proprement parler) ;

- Des phobies précoces se rapportant à ce qui évoque l'événement traumatique ;
- Des épisodes de déréalisation ou de dépersonnalisation, l'enfant ne reconnaissant plus les lieux familiers, ni les adultes familiers, et répondant « à côté » ;
- des plaintes somatiques diverses (vertiges, mal à la tête, mal au dos, mal au ventre).

3. Les syndromes différés et chroniques de l'enfant :

Chez l'enfant, le syndrome psycho-traumatique durable apparaît souvent tout de suite après la réaction immédiate ; le cas de figure d'apparition après un intervalle libre (temps de latence) se présente plus rarement. Le tableau clinique comprend les éléments suivants :

–*Le Syndrome de répétition* (plus exactement de reviviscence involontaire et itérative) : remise en acte de l'événement à l'identique ou selon des scénarios où l'enfant se donne un rôle actif, jeux et dessins répétitifs voire compulsifs sans dimension de plaisir, reprenant la thématique du traumatisme. Les hallucinations, les illusions et les flash-back (accompagnées par des accès de déréalisation ou de dépersonnalisation plus ou moins brefs) sont une variante sémiologique du même registre faisant revivre à l'enfant l'expérience traumatique. Les cauchemars sont moins fréquents que chez l'adulte, leurs

thèmes sont souvent non spécifiques et, chez le jeune enfant, leur contenu est habituellement non reconnaissable.

– *Le Syndrome d'évitement* des indices internes (pensées, sentiments) ou externes (activités, situations) en rapport avec l'événement. Les phobies, dont l'objet a un rapport direct ou indirect avec l'événement, sont fréquentes et tenaces : phobie de rester seul, phobie du noir, etc.

L'*amnésie psychogène*, forme particulière d'évitement ou de déni, est rare chez l'enfant. On observe plutôt une distorsion mnésique des faits et des perceptions relatives au traumatisme (ecmnésies post-traumatiques).

– *La Réactivité générale émoussée*, avec comportement de retrait, propension au silence, réduction des intérêts (perte de l'envie de jouer), perte de la confiance dans les adultes, qui ont failli dans leur rôle de protection. À noter que l'évitement de ce qui rappelle le trauma et l'émoussement de la réactivité générale traduisent la perturbation « péri-traumatique » de la personnalité de l'enfant, perturbation d'autant plus grave qu'elle frappe une personnalité en devenir.

– *L'Hyperactivité neurovégétative*. Il s'agit essentiellement des points suivants : Les troubles des fonctions instinctuelles touchant le sommeil, l'alimentation et le contrôle sphinctérien. Concernant le sommeil, les difficultés d'endormissement sont fréquentes, ainsi que les réveils multiples, les terreurs nocturnes et les cauchemars. L'appétence alimentaire est modifiée par l'installation d'une polyphagie, d'un grignotage anxieux ou au contraire d'une anorexie parfois rebelle. La réapparition d'une énurésie, voire d'une encoprésie, nocturnes ou diurnes, est parfois observée, traduisant une régression affective et instinctuelle profonde ; irritabilité, colères, agressivité ; hypervigilance, attitude d'alerte,

réactions exagérées de sursaut au moindre bruit.

– *Les Symptômes non spécifiques* (dénommés aussi « *symptômes associés* ») : Comme les difficultés de l'attention, de l'acquisition mnésique et de la concentration, la distraction en milieu familial comme en milieu scolaire, avec répercussions sur la scolarité ; les troubles anxieux en particulier le trouble anxieux de séparation qui occupe souvent le devant de la scène clinique. L'enfant ne supporte pas de ne plus avoir ses parents dans son champ visuel, et il exige le soir de coucher dans leur chambre voire dans leur lit. D'autres troubles anxieux peuvent survenir : phobies simples, attaques et troubles paniques, trouble d'anxiété généralisée ; troubles de l'humeur avec état dépressif ou trouble dysthymique traînant (épisode dépressif évoluant de manière chronique dépassant une année) au cours desquels l'enfant ou l'adolescent exprime un vécu de culpabilité du survivant. Un deuil pathologique peut être observé, notamment dans les situations de perte d'un ou de plusieurs membres de la famille ; troubles du comportement. Ils sont fréquents.

Chez l'enfant jeune ou d'âge scolaire, on observe des manifestations régressives à type de succion du pouce, de parler un langage « bébé », de troubles sphinctériens secondaires (par exemple réapparition d'une énurésie nocturne), et des attitudes d'opposition systématique et de refus d'obéissance, voire des accès de colère violente et pathologique. Chez l'adolescent, ce sera l'agressivité dans les propos et les attitudes, le comportement provocateur, la fugue, la propension à la rixe et même le comportement auto-agressif (tentative de suicide, actes d'automutilation) ; les plaintes douloureuses (céphalées, dorsalgies, douleurs abdominales, etc.) essentiellement psychogènes ; et conversions somatiques (aphonie, bégaiement, paresthésies, paralysies, troubles de l'équilibre) ; les manifestations psychosomatiques, surtout dermatologiques (eczéma, psoriasis, urticaire, pelade),

mais également digestives (coliques, ulcère de stress), observées en particulier chez les adolescents les plus jeunes.

Par ailleurs, il est fréquent que l'on assiste dans les suites de l'événement à la décompensation de pathologie psychosomatique préexistante (diabète, asthme, etc.).

4. Troubles dépressifs :(5),(6)

Le trouble dépressif chez l'enfant prépubère a longtemps été ignoré. Des enquêtes se sont récemment multipliées pour évaluer la fréquence de la dépression de l'enfant, utilisant des entretiens standardisés, des échelles d'évaluation et se référant aux critères des classifications internationales (DSM IV) qui ne sont pas différents de ceux du DSM 5 à part la suppression du critère d'exclusion pour le diagnostic d'épisode dépressif majeur dans le cas de symptômes dépressifs durant moins de 2 mois après le décès d'un être cher (c.-à-d. l'exclusion de la période de deuil) . Les études les plus récentes parlent d'une prévalence de l'épisode dépressif majeur, entre 0,5 et 2 à 3% de la population générale. En population clinique (enfants consultants ou hospitalisés), la fréquence est plus élevée, pouvant atteindre 20 à 25% de la population. Chez les adolescents cette prévalence est beaucoup plus importante, de 3 à 7% dans la plupart des enquêtes.

Il existe des signes d'appel qui peuvent provenir du discours de l'enfant et des parents, mais surtout de l'évaluation de son comportement ou de situations d'expression libre (dessins...), et qui peuvent nous orienter vers un trouble dépressif chez l'enfant :

- Le mode d'installation est progressif avec un changement net du comportement de l'enfant par rapport à une situation antérieure. Des

événements ayant valeur de perte ou de deuil sont généralement retrouvés tels que le divorce des parents, une maladie ou le décès d'un membre proche de la famille. Mais parfois c'est un événement jugé anodin par les adultes comme par exemple un déménagement ou l'éloignement d'un ami.

- Le ralentissement psychomoteur et l'inhibition motrice peuvent se voir, où l'enfant est décrit « trop sage », mais le plus souvent on peut constater une agitation, un enfant qui « ne peut rester en place », « il bouge tout le temps ». L'alternance de ces deux tableaux est plus fréquente.
- Les troubles de l'humeur vont souvent prendre l'aspect d'un enfant « irritable, coléreux, méchant », « il s'énerve pour rien », ou des attitudes d'opposition, « il refuse tout », « il dit toujours non », « il n'est jamais d'accord ».
- Le manque d'intérêt, habituellement traduit par l'abandon des activités ludiques et culturelles, peut être exprimé directement par l'enfant « je m'ennuie », « j'en ai marre », « je n'ai envie de rien ».
- La dévalorisation s'exprime souvent à travers l'expression d'un doute immédiat face à une question ou une tâche demandée (dessin, jeu) : « j'sais pas », « j'y arrive pas », « j'peux pas », « on ne m'aime pas ».
- La perte de l'estime de soi qui se traduit par « je suis trop nul », « je ne suis bon à rien » est très fréquente.
- L'expression consciente d'un sentiment de culpabilité peut prendre la forme de « je suis méchant » « c'est de ma faute ».
- La baisse des performances scolaires résulte de difficultés à se concentrer et à mémoriser, ce qui peut se traduire dans le discours de l'enfant par : « c'est trop dur » « je ne comprends rien », « je ne me rappelle pas ».
- Les troubles de l'appétit peuvent être variables, du

comportement anorectique dans la petite enfance à la boulimie ou grignotage chez le grand enfant ou adolescent.

- Le sommeil est souvent difficile à trouver avec souvent des oppositions au coucher, à l'origine de conflits avec les parents. Des cauchemars à thématique anxieuse sont souvent présents.
- Les plaintes somatiques sont fréquentes, polymorphes avec une composante anxieuse associée : céphalées, douleurs abdominales, polyarthralgies.
- Des idéations suicidaires peuvent être présentes, verbalisées directement ou être traduites dans le comportement par des situations de mise en danger.
- Ainsi, c'est la conjonction de ces symptômes, leur permanence dans le temps et la modification comportementale qu'ils induisent qui a une valeur diagnostique.
- Chez le jeune enfant, les perturbations comportementales sont au premier plan: isolement ou retrait, agitation, instabilité importante, des conduites auto ou hétéro-agressives, des autostimulations prolongées (conduites masturbatoires chroniques). Les troubles thymiques, avec alternance d'états d'agitation euphorique et de pleurs silencieux, sont fréquents. Les compétences sociales sont altérées (jeux avec les pairs, autonomie) avec des perturbations somatiques (troubles du sommeil, troubles alimentaires, énurésie et encoprésie).
- Chez l'adolescent, la sémiologie de la dépression peut se rapprocher de celle de l'adulte mais avec quelques particularités. La plainte dépressive est rare, souvent remplacée par une hostilité apparente. De longs moments d'inertie sont entrecoupés par des passages à l'acte et le sentiment de culpabilité est

souvent vif, pouvant être à l'origine d'idées ou de tentatives de suicide. L'« agir » remplace souvent les pensées sur la souffrance, avec des manifestations d'agitation, des comportements auto ou hétéro-agressifs et des troubles alimentaires (hyperphagie ou boulimie). Les plaintes somatiques et la baisse des performances cognitives sont le plus souvent au premier plan.

5. Troubles anxieux : [7],[8],[9],[10],

- Les troubles anxieux regroupent un ensemble de catégories dont la prévalence globale, en population générale, est l'une des plus élevées chez l'enfant (entre 8 et 22 % selon les auteurs et les catégories diagnostiques, tous troubles confondus).
- La répartition des différents troubles anxieux varie en fonction de l'âge et du sexe. L'âge moyen de début des troubles est compris entre 7 et 12 ans. L'ensemble des études plaide en faveur d'une plus forte prévalence dans le sexe féminin, quel que soit l'âge (sex-ratio M/F entre 0.7 et 0.4).
- On abordera dans ce chapitre l'anxiété de séparation, le trouble panique/crise d'angoisse aiguë, et l'hyperanxiété (qui est l'équivalent du trouble d'anxiété généralisée TAG chez l'adulte).

5.1. L'anxiété de séparation :

- Il s'agit du trouble anxieux le plus fréquent chez l'enfant pré-pubère. Sa prévalence varie entre 3,5 et 5,4 % et le sex-ratio entre 0,4 et 1 garçon pour une fille. Les pics de fréquence sont observés à l'âge de 6 ans et à l'âge de 11 ans (correspondant respectivement à l'entrée à l'école primaire et au collège).
- Normale dans les premières années de vie, l'anxiété de séparation ne devient un trouble que lorsqu'elle est excessive et empêche l'épanouissement de l'enfant et son ouverture sur le monde extérieur.

- Le mode d'entrée est le plus souvent brutal sans signe prémorbide mais il existe aussi des formes progressives.
- Le symptôme essentiel est une angoisse excessive lorsque l'enfant se sépare des personnes auxquelles il est attaché et/ou lorsqu'il est éloigné des siens. Parfois, existe une anticipation de la séparation avec une angoisse se majorant progressivement pour atteindre son paroxysme au moment de la séparation.
- Elle se manifeste cliniquement par :
 - La détresse lors de la séparation : il peut exister un véritable état de panique avec signes somatiques (douleurs abdominales, céphalées, nausées, palpitations, impression d'évanouissement ou de mort). On peut retrouver des manifestations agressives (pleurs, colères, provocations) en particulier à l'adolescence.
 - Les ruminations et les préoccupations morbides : l'enfant présente des pensées obsédantes concernant l'intégrité de la famille (peur de la maladie ou du décès d'un parent) mais aussi sa propre intégrité (peur de kidnapping, séquestration, maladie ou hospitalisation).
 - La nostalgie du chez soi : elle correspond chez l'adolescent à un sentiment du manque de la maison ou des membres de la famille. Ces enfants ont un désir intense de réunions familiales. S'associent fréquemment à ces signes des cauchemars et des attitudes de régression : quête permanente et excessive d'attention, besoin d'être toujours en contact avec le parent, demande de dormir dans la chambre parentale. On parle d'anxiété de séparation lorsque la durée du trouble est de quatre semaines.

5.2. Le trouble hyperanxiété :

Le trouble hyperanxiété de l'enfant est considéré, dans le DSM-IV et qui est

resté inchangé dans le DSM 5, comme l'équivalent du trouble anxieux généralisé chez l'adulte. Sa prévalence est de 3 à 7 % avec une incidence plus élevée chez les premiers-nés et les enfants uniques. L'enfant vit en permanence avec un sentiment vague d'appréhension, une inquiétude globale et un sentiment de tension, comme si quelque chose de terrible allait survenir. Il existe une peur excessive face aux événements futurs. Ces enfants, volontiers très consciencieux, présentent fréquemment :

- des plaintes somatiques répétées,
- une fatigabilité, des difficultés de concentration,
- des troubles du sommeil (difficultés d'endormissement ou sommeil interrompu ou sommeil agité et non satisfaisant),
- une irritabilité, des colères, des refus,
- un besoin d'être rassuré en permanence par l'adulte, devant rester à proximité,
- une inquiétude sur l'avenir, des préoccupations que puissent arriver des événements catastrophiques, interrogations anxieuses sur ses compétences sociales, préoccupations excessives à propos de l'opinion d'autrui sur ses performances. Des épisodes aigus (crises de panique) peuvent survenir sur ce fond anxieux, notamment lors de certaines situations (entrée à l'école, déménagement, séjours de vacances...).

5.3. La Crise d'angoisse aiguë/ Trouble panique :

Plus rare chez l'enfant, sa prévalence est de moins de 1 %.

Le pic d'incidence de ce trouble se situe entre 15 et 19 ans (donc plutôt en fin d'adolescence). La répétition de crises d'angoisse aiguë définit le « trouble panique ». Ce trouble est caractérisé par une ou plusieurs « attaques »

paroxystiques de survenue brutale et d'évolution brève, associant :

-Des signes neurologiques : tremblements, secousses musculaires, vertiges, malaises,

-Des signes vasomoteurs : sueurs, bouffées de chaleur,

-Des signes somatiques : tachycardie, palpitations, sensations d'étouffement, nausées, douleurs thoraciques...

-Des signes psychiques : sensation d'étrangeté, de perte de contact avec la réalité, peur de mourir, de devenir fou...

-Des manifestations comportementales : appel à l'aide, recherche de sécurité, évitement. Plus l'enfant est jeune (7-8 ans), plus le contexte somatique est riche avec des plaintes multiples.

Le jeune est difficilement accessible au raisonnement et à la réassurance durant l'accès. La terreur nocturne est l'exemple le plus typique de la crise d'angoisse aiguë.

Plus âgé (vers 11-12 ans et après), le jeune va extérioriser son angoisse, non pas en l'exprimant verbalement mais en l'agissant. La conséquence de la crise d'angoisse devient alors le passage à l'acte sous ses différentes formes : crises de colère, exigences insatiables, fugues, troubles du comportement.

6. Les Troubles phobiques : [7], [8],[9],[11],[12],[13]

La phobie est une crainte suscitée par la présence d'un objet, d'une situation ou d'une personne qui ne présente pas de danger réel mais provoque une vive

angoisse. Le sujet tente de faire disparaître cet affect par diverses stratégies défensives : conduites d'évitement, de réassurance, utilisation d'objet ou d'une personne contra-phobique (Exemple : un enfant qui a une phobie des ascenseurs pourra le prendre accompagné ou en emportant une petite voiture dans sa poche).

La phobie ne survient qu'en présence de l'objet ou de la situation menaçante (ce qui la différencie de l'obsession).

Les phobies peuvent être des éléments normaux au cours du développement. On rencontre ainsi :

- peur de l'étranger du 8ème mois,
- peur du noir vers l'âge de 18 mois-2 ans,
- peur des gros animaux vers 3-4 ans,
- peur des petits animaux vers 4-5 ans,
- peur du loup, des sorcières, des fantômes, de l'ogre...
- peur d'être seul dans une pièce,
- peur moins classique (chasse d'eau, appareil électrique, trait du visage (barbe...)),
- peur des microbes, des maladies, de la mort vers l'âge de 8 ans.
- Habituellement, ces peurs s'atténuent spontanément vers 7-8 ans. Certaines peuvent persister à l'âge adulte sans conséquences pathologiques (peur des araignées, des serpents, des souris...).
- Mais parfois, ces peurs s'organisent chez l'enfant sous la forme de phobies et vont persister. Le caractère pathologique de ces phobies tient à leur intensité, à leur persistance prolongée, à la difficulté à se réassurer, à la complexité des processus contra-phobiques et à leurs effets délétères sur le développement

psychoaffectif.

- Deux exemples cliniques sont typiques de ce mode d'organisation :

6.1. La Phobie sociale :

- La caractéristique clinique essentielle de la phobie sociale est une peur persistante, irrationnelle et intense des situations dans lesquelles l'enfant est en contact avec des gens non familiers ou exposé à l'éventuelle observation attentive d'autrui (l'anxiété doit survenir en présence d'autres enfants et pas seulement dans les relations avec les adultes).
- Chez l'enfant, les principales situations redoutées sont, par ordre de fréquence décroissante : parler en public, manger en face des autres, être en classe avec les autres enfants, écrire en étant observé, utiliser les toilettes publiques, parler à des personnes représentant l'autorité. À cet âge, les situations en relation avec le cadre scolaire sont particulièrement fréquentes : crainte de prendre la parole, de passer au tableau, de lire à haute voix, de demander des renseignements, de faire du sport, de participer à une sortie ou à une activité de groupe.
- Chez l'adolescent, demander ou aller à un rendez-vous avec une fille ou un garçon peut prendre des proportions considérables.
- L'exposition à ces situations sociales redoutées provoque de façon quasi systématique une anxiété et une détresse intenses qui, chez l'enfant, s'expriment souvent sous forme de manifestations somatiques (palpitations, nausées, sensation de boule dans la gorge, tremblements, rougeur, sueurs...). L'anxiété peut aussi s'exprimer par des pleurs, des accès de colère, des réactions de figement ou de retrait.
- En règle générale, ces enfants luttent pour que ces manifestations anxieuses ne soient pas observées par les autres et perdent, de ce fait, leurs capacités

d'adaptation : le « trou noir » (altération de la mémoire d'évocation) est un bon exemple du fonctionnement cognitif altéré par l'anxiété sociale.

- Les situations sociales redoutées provoquent aussi une anxiété anticipatoire marquée (par exemple, le sommeil peut être perturbé les veilles de « situations à risque ») et entraînent des conduites d'évitement. De fait, ces enfants apparaissent inhibés ; ils évitent le regard. À l'école, ils se placent au fond de la classe par crainte d'être interrogés, de dire une « bêtise » et de provoquer des moqueries.
- S'ils désirent entrer en contact avec les autres, ils se sentent incapables de tenir une conversation, de prendre l'initiative. Ils déclinent les invitations, restreignent leur vie sociale par peur de ne pas savoir « quoi dire », ont peu d'amis. Admiratifs de ceux qui se comportent avec aisance, ils sont dans un état de frustration permanent et ont souvent l'impression d'être abandonnés s'ils se retrouvent seuls dans une situation.
- Dans les formes sévères, l'anxiété sociale peut retentir sur l'apprentissage scolaire et les performances.
- Chez les individus de moins de 18 ans, la durée du trouble doit être d'au moins 6 mois.

6.2.La Phobie scolaire :

- Elle touche 1 à 3 % des enfants d'âge scolaire (3 garçons pour 2 filles) avec 3 pics de fréquence : petite enfance (5-6 ans), pré-adolescence (10-11 ans) et adolescence (12-15 ans). Parfois progressif, le début est le plus souvent brutal : refus de se rendre à l'école ou de pénétrer dans la classe avec manifestations d'angoisse intenses, voire dramatiques avec réactions de panique et des manifestations somatiques (céphalées, maux de ventre, sueurs), d'autant plus que l'enfant est forcé. Un événement intercurrent est parfois rendu responsable : réprimande d'un professeur, conflit avec un

camarade.

- Le calme revient quand l'enfant est assuré de rester à la maison où il peut d'ailleurs très bien travailler (avec parfois même un hyper-investissement scolaire). L'enfant n'est pas accessible au raisonnement ; il promet le plus souvent de retourner le lendemain à l'école (sans y parvenir).
- L'enfant se sent très bien en dehors des accès, il est très facile et coopérant. Ces enfants sont d'intelligence normale.
- Parfois d'autres symptômes sont associés : autres troubles anxieux, autres phobies, manifestations obsessionnelles, état dépressif, somatisations multiples...
- Le danger de la phobie scolaire est un risque de déscolarisation dont les effets peuvent être dramatiques.
- La phobie scolaire se rencontre souvent chez un enfant très dépendant de sa famille, avec parfois une note d'agressivité ambivalente. La mère, souvent anxieuse, est surprotectrice ; le père est souvent peu sécurisant, voire absent. Elle est aussi fréquente chez les enfants dont l'investissement scolaire est très important et qui ne supportent pas l'idée d'un échec ou d'un résultat inférieur à leur souhait.

PARTIE PRATIQUE

A. Contexte :

L'impact de la guerre sur la santé mentale des syriens est impossible à ignorer, et parmi ses conséquences la santé mentale et psychologique des réfugiés syriens dans les pays voisins de la Syrie. Le camp de Zaatari en Jordanie est l'un des lieux de rassemblement de ces réfugiés et qui connaît une très grande promiscuité et des conditions de vie difficile.

L'impact psychologique n'est pas à négliger surtout chez les enfants, qui le plus souvent, ont été témoins de violence ou de scènes terrifiantes.

B. Objectifs :

Cette étude transversale descriptive vise à cerner les répercussions psychologiques chez les enfants entre 4 ans et 16 ans en mettant comme objectifs trois points essentiels :

- Déterminer le niveau des troubles anxieux des enfants vivants au camp des réfugiés
- Déterminer la prévalence de la dépression
- Déterminer la qualité de vie de ces enfants

C. Méthodes :

- Lieu : Camp de Zaatari (Jordanie)
- Durée : 6mois et demi
- Etude : Transversale observationnelle
- Enquêteur : Résident et Professeur assistant en psychiatrie militaire

D. Population étudiée :

1. Population observée :

La population cible est constituée des enfants réfugiés dans le camp de Zaatari en Jordanie.

2. Critères d'inclusion :

-Les enfants âgés de 4 à 16 ans.

-Les enfants dont les parents ont accepté de participer à l'étude (après consentement verbal).

3. Critères d'exclusion :

- Les enfants présentant une pathologie neurologique

- Les enfants ayant un retard mental

E. Recueil des données :

Le recueil des données a été réalisé par un Résident et Professeur assistant en psychiatrie militaire afin de recueillir l'information et la rapporter sur le compte rendu final.

Une fiche d'exploitation (annexe 1) comprenant un questionnaire a été rempli par les enquêteurs à partir d'un interrogatoire avec l'enfant et ses parents, précisant :

1. Les données sociodémographiques:

Ont été documentées les données démographiques et l'état social relatifs à l'enfant

et ses parents.

2. Données cliniques:

Les observations cliniques rapportées étaient les suivantes :

-Présence d'un décès de proche dans la guerre

-Les ATCD de l'enfant

- Présence d'énurésie

F. Les échelles psychométriques :

1. La dépression :

Le CHILDREN DEPRESSION RATING SCALE: CDRS (annexe 2); est un questionnaire modelé sur l'échelle d'évaluation de dépression de Hamilton, ou « Hamilton Rating Scale for Depression » abrégé par HAM-D, qui a été considéré comme Gold Standard pour l'évaluation de la dépression depuis 1960[24].

Le CDRS est un outil d'entrevue clinique conçu pour évaluer les états dépressifs chez les enfants âgés de 6 à 12 ans, ainsi que les adolescents. Pour les enfants de 4 à 6 ans, c'est à leurs parents de répondre aux différentes questions.

Choisi dans notre enquête pour sa sensibilité, la simplicité des questions, et la rapidité d'évaluation puisqu'il peut être administré en 15 à 20 min seulement [25].

Le CDRS contient 16 items, explorant des symptômes en rapport avec la dépression chez l'enfant notamment : l'humeur dépressive, la douleur physique, l'irritabilité, la culpabilité excessive, le faible estime de soi, les sentiments dépressifs, les idées morbides et suicidaires, les pleurs excessifs, l'apathie, l'hypo

réactivité, le retrait social, les troubles de l'appétit, les troubles du sommeil, la fatigue excessive et les performances scolaires [26].

Un CDRS égal à 15 est l'équivalent de la note 0 de l'HAM-D ; et plus la note est élevée, plus la dépression est grave. Ainsi un score supérieur à 30 indique la présence d'une dépression, un score entre 20 et 30 est en faveur d'une dépression probable, et un score inférieur à 20 suggère l'absence d'un éventuel trouble dépressif [27].

La version arabe du CDRS a été employée dans une étude faite au CHU Rabat-Salé, Hôpital el Ayachi, caractérisée par de bonnes propriétés psychométriques [28].

2. L'anxiété:

Le SCREEN for CHILDREN ANXIETY RELATED DISORDERS: SCARED CHILD Version, est un inventaire fait par Birmaher, B., utilisé pour dépister les signes en rapport avec les troubles anxieux de l'enfant selon les critères du DSM-IV (Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 4ème édition) [29] [30].

C'est un outil contenant essentiellement cinq domaines, le troubles panique/somatiques, l'anxiété généralisée, les phobies sociale et scolaire, évalués par 41 items, chacun d'eux est composé d'une échelle de 3 points.

Le questionnaire existe en deux versions : l'une contient des questions destinées aux parents des enfants (annexe 3) et l'autre comprend les mêmes questions destinées directement à l'enfant (annexe 4).

L'interprétation des résultats se fait comme suit :

-Un score total ≥ 25 indique la présence d'un trouble anxieux. Les scores supérieurs à 30 sont plus spécifiques.

-La présence d'un trouble panique ou somatique est suspecté si la somme des items suivants : 1, 6, 9, 12, 15, 18, 19, 22, 24, 27, 30, 34, 38 est ≥ 7 .

-Un trouble d'anxiété généralisée est suspecté si la somme des items : 5, 7, 14, 21, 23, 28, 33, 35, 37 est ≥ 9 .

-Une anxiété de séparation est traduite par un score ≥ 5 des items 4, 8, 13, 16, 20, 25, 29, 31.

-Une anxiété sociale est équivalente d'un score ≥ 8 pour la somme des items : 3, 10, 26, 32, 39, 40, 41.

-En faveur d'une phobie scolaire, un score des items : 2, 11, 17, 36 ≥ 3 [31].

Après avoir effectué une traduction d'adaptation du SCARED au contexte culturel marocain, le questionnaire a été validé lors d'une étude transversale chez 47 enfants [32].

3. Evaluation de la qualité de vie :

L'outil choisi dans notre étude pour évaluer la qualité de vie chez nos patients est « The Pediatric Quality of Life Inventory »: PedsQL TM 4.0, puisque les mesures habituelles utilisées en clinique reflètent mal le retentissement de la maladie et des traitements sur l'individu.

Cet inventaire mesurant la qualité de vie pédiatrique est issu essentiellement d'un effort de développement de l'instrument de mesure créé par Varni et ses collègues, durant ces 15 dernières années, à propos des conditions de vécu des maladies chroniques chez l'enfant. Le PedsQL TM 4.0 est une approche modulaire pour mesurer la qualité de vie liée à la santé chez les enfants et les adolescents sains mais aussi chez des enfants avec des affections aiguës et chroniques [33].

Le PedsQL 4.0, version générique originale, résulte d'un processus itératif, incluant un formulaire d'auto évaluation de l'enfant (âgé de 5 à 18 ans) (annexe 5), et un autre rapport de procuration, conçu pour évaluer la perception des parents de la qualité de vie de leurs enfants (âgés de 2 à 18 ans) (annexe 6).

Chacun de ces 2 rapports contient les mêmes questions mais formulées différemment (l'emploi de la 1ère ou de la 3ème personne), et est composé de 4 dimensions (avec 23 items) : capacité physique (8 items), état émotionnel (5 items), relations sociales (5 items) et activités scolaires (5 items).

Pour chaque item, l'enfant répond à la question : « Au cours du mois dernier, les choses suivantes ont-elles été un problème pour toi ? » en répondant sur une échelle à 5 points : « 0 = Jamais » ; « 1 = Presque jamais » ; « 2=Parfois » ; « 3 = Souvent » ; « 4 = Presque toujours ».

Les valeurs attribuées aux modalités sont ensuite transformées linéairement par dimension sur une échelle de 0 à 100 (0 = 100, 1 = 75, 2 = 50, 3 = 25, 4 = 0).

Par conséquent, plus le score est élevé meilleure est la qualité de vie.

Un score <78,6 est le seuil à partir duquel une qualité de vie médiocre est définie.

Le PedsQL TM 4.0 a été choisi dans notre étude car il est :

-Bref (23 items)

-Pratique (moins de 4 minutes pour le remplir)

-Flexible (conçu pour être utilisé avec des enfants sains mais aussi avec des enfants malades)

-Approprié au développement (les âges de 2 à 18ans, le rapport d'auto évaluation de l'enfant (âgé de 5-7, 8-12, 13-18), et le rapport de parents de l'enfant (âgé de 2-4, 5-7, 8-12, 13-18))

-Multidimensionnel (fonctionnement physique, émotionnel, social et scolaire)

-Fiable et valide

-Sensible aux variations cliniques au cours du temps. Il a été traduit en plusieurs langues dont l'espagnol. [33]

La version arabisée du PedSQL a été validé et utilisée dans une étude publiée [34].

G. Méthode statistique:

Les données ont été saisies et codées sur Excel. Puis la description est faite à l'aide de l'Excel.

RESULTATS

Sur une durée de six mois et demi, allant de Janvier au mois de Juillet 2017, 104 enfants remplissaient l'âge comme critère d'inclusion. Et donc la taille de notre échantillon était de 104 patients.

A. Données sociodémographiques :

1. Données concernant les enfants :

1.1. L'âge :

L'âge moyen de nos enfants était de 8,92 ans, d'un minimum de 4 ans et d'un maximum de 16 ans.

1.2. Le sexe :

Parmi les 104 enfants inclus dans l'étude, on note une surreprésentation masculine avec 63 garçons (61%) et 41 filles (39%).

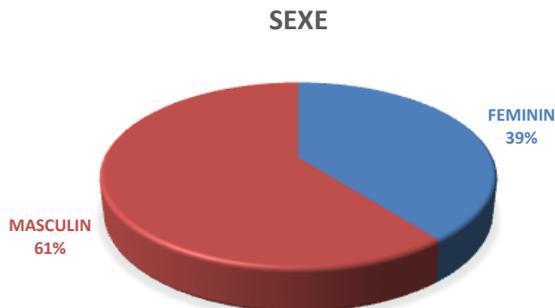


Figure 1: Répartition des enfants selon le sexe

1.3. Le niveau scolaire :

Dans notre échantillon, 66 enfants (63%) étaient en primaire, 26 enfants (25%) n'étaient pas scolarisés et 12 enfants (12%) étaient en secondaire.

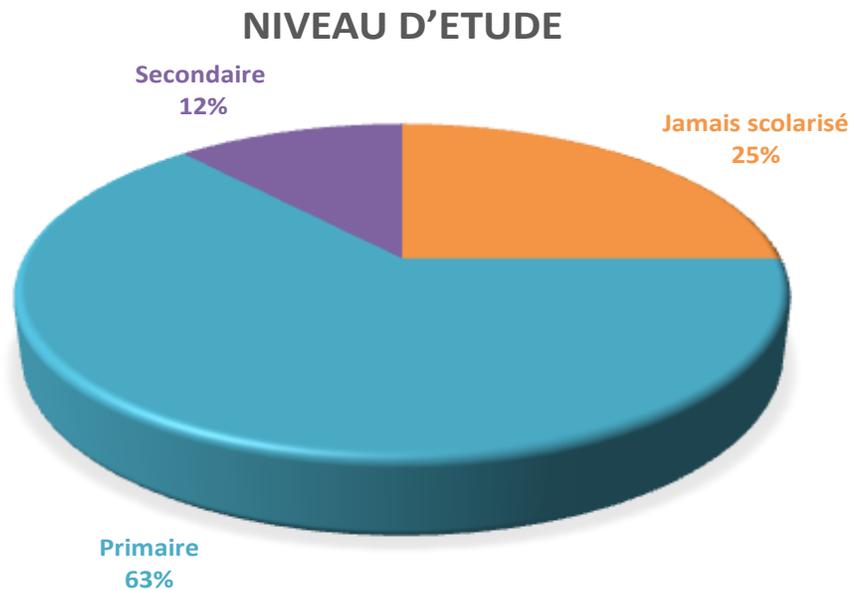


Figure 2: Répartition des enfants en fonction du niveau scolaire

1.4 Poursuite des études dans le camp :

76 enfants suivaient leurs études dans le camp contre 28 enfants qui ont soit arrêté leurs études soit qui n'ont pas encore intégré l'école



Figure 3: Répartition des enfants en fonction de la poursuite des études dans le camp

1.5. Avec qui vit l'enfant :

Dans notre échantillon d'étude, on note 86 enfants (83%) vivent avec les deux parents, 17 enfants (16%) vient avec l'un des deux parents et un seul enfant (1%) vit avec un membre de la famille.

AU CAMP ZAATARI, L'ENFANT VIT AVEC

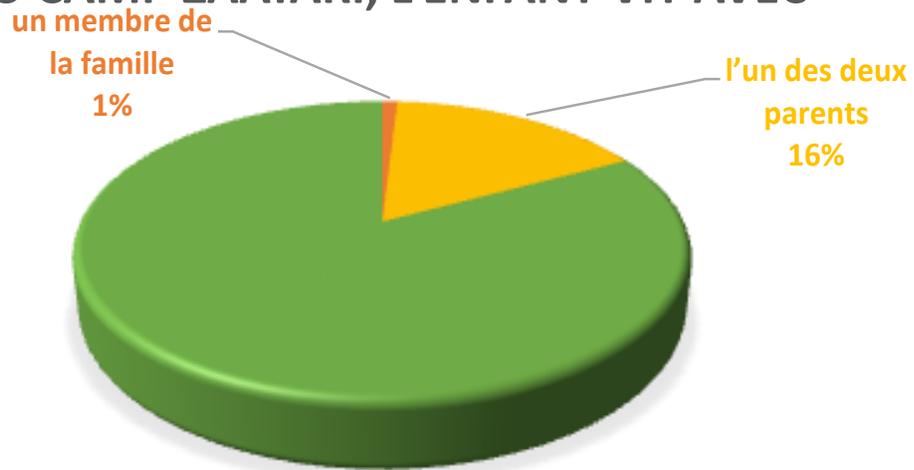


Figure 4 : Répartition des enfants en fonction avec qui ils vivent

1.6. Décès d'un proche dans la guerre :

On a trouvé que 48 enfants (46%) avaient au moins un membre de la famille décédé dans la guerre.

DECES DANS LA GURRE



Figure 8 : Répartition des enfants en fonction de la présence de décès dans la guerre.

2. Données concernant les parents :

2.1. L'âge:

L'âge moyen des pères était de 39,49ans, avec un minimum de 22 ans et un maximum de 65 ans.

Chez les mères, l'âge moyen est de 33,34 ans , avec un minimum de 22 ans et un maximum de 58 ans.

2.2.La situation maritale:

89 (85%) des parents interrogés étaient mariés, 4 (4%) étaient divorcés, 10 (10%) étaient veufs, et une autre maman (1%) était célibataire.

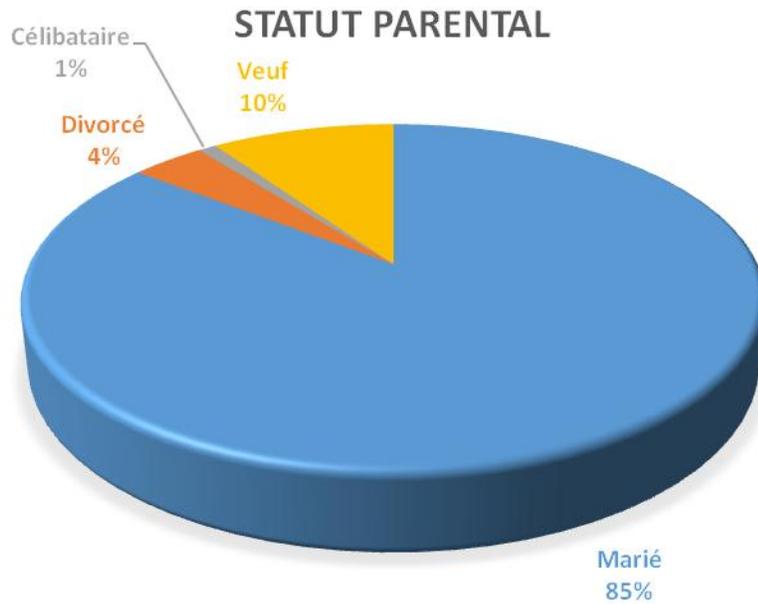


Figure 5: Répartition des parents selon la situation maritale

2.3.Le niveau scolaire des parents :

En ce qui concerne le niveau scolaire des pères, 34 (33%) avaient un niveau d'étude primaire, 9 (9%) étaient analphabètes, 51 (49%) avaient un niveau d'études secondaires, et 10 (10%) avaient un niveau universitaire.

Pour les mamans, on a trouvé que 16 (15%) étaient analphabètes, 35 (34%) avaient un niveau d'étude primaire, 50 (48%) avaient un niveau d'étude secondaire et 3 (3%) avaient un niveau universitaire.

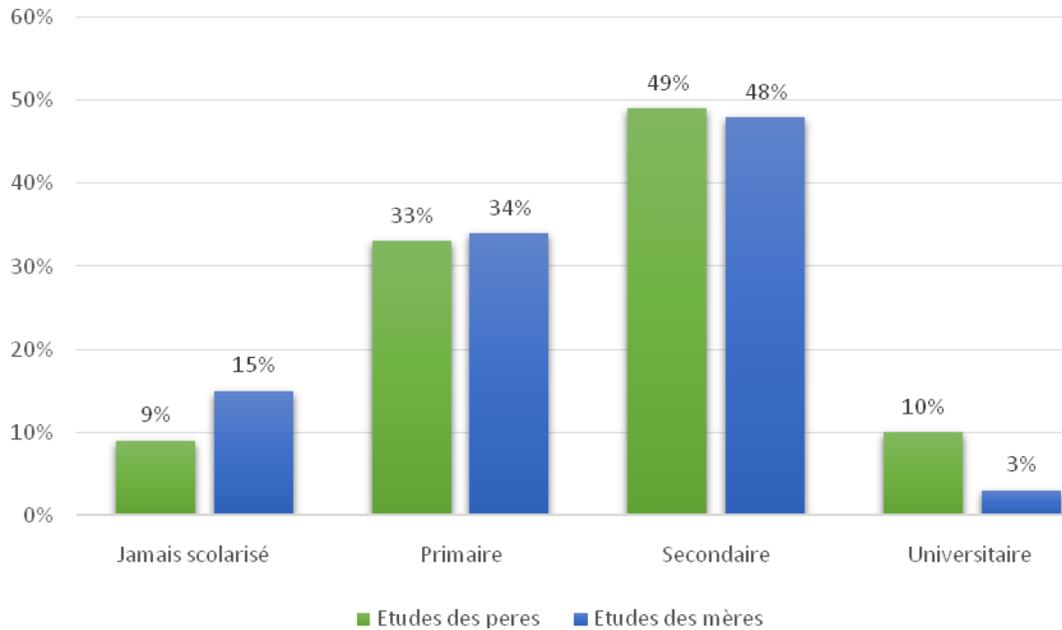


Figure 6 : Répartition des parents en fonction du niveau scolaire

2.4. Activité professionnelle des parents:

On a constaté que 59 (57%) pères avaient une activité professionnelle tandis que 45 (43%) étaient sans profession. En ce qui concerne les mamans, 98 (94%) étaient sans profession et seulement 6 (6%) avaient une activité professionnelle.

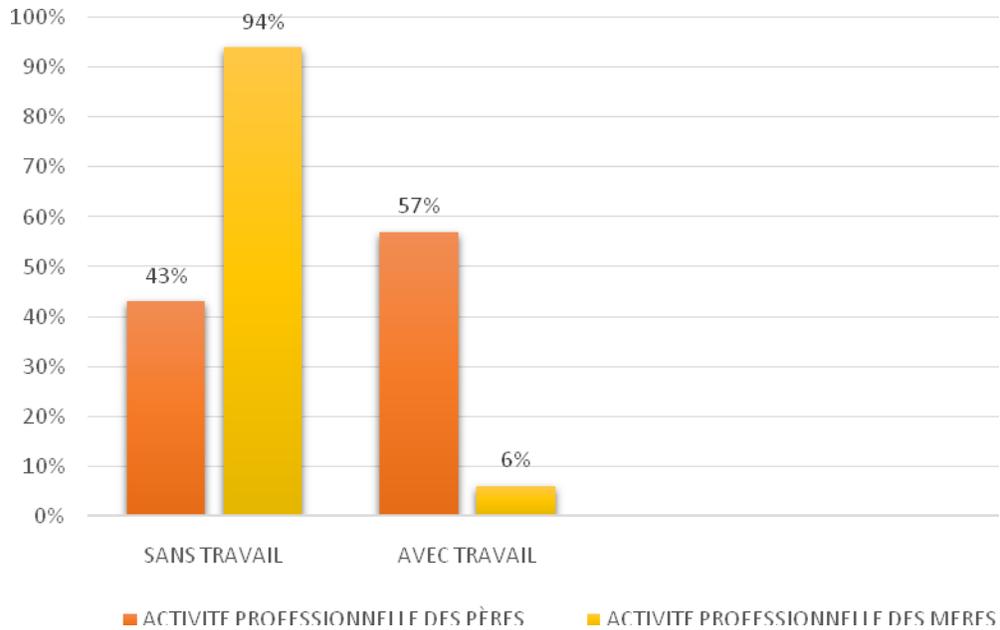


Figure 7: Répartition des parents en fonction de l'activité professionnelle

B. Données cliniques :

1. ATCD médico-chirurgicaux et prise de médicaments avant séjour dans le camp :

28 des enfants (27%) avaient un ATCD médico-chirurgical avant le séjour dans le camp et 16 enfants (15%) ont pris un traitement médicamenteux contre 76 (73%) sans ATCD et 88 (85%) n'ont pas pris de traitement.

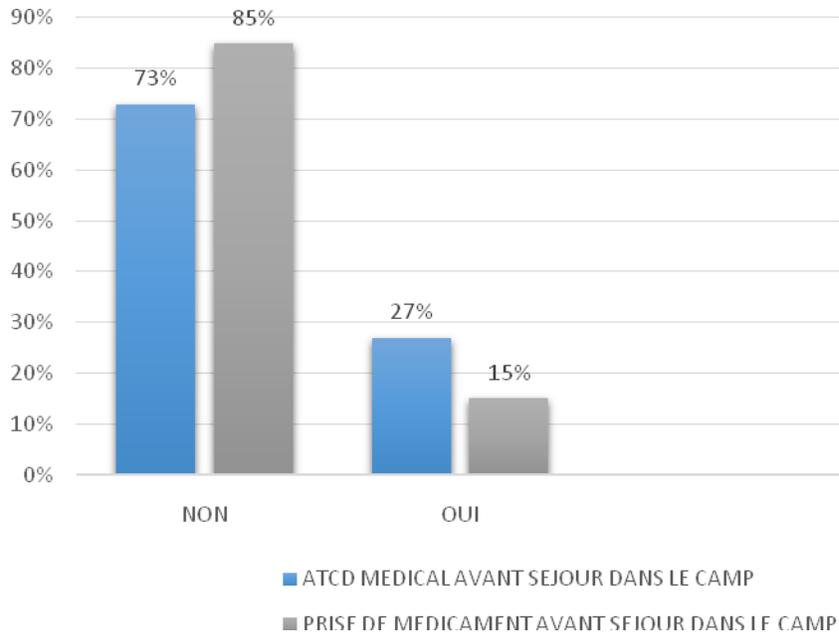


Figure 9 : répartition des enfants selon les ATCD personnels M-C et la prise de médicament avant séjour dans le camp

2. ATCD médicaux pendant le séjour dans le camp :

13 enfants (13%) avaient un ATCD de maladie aiguë et 28 enfants (27%) avaient un ATCD de maladie chronique

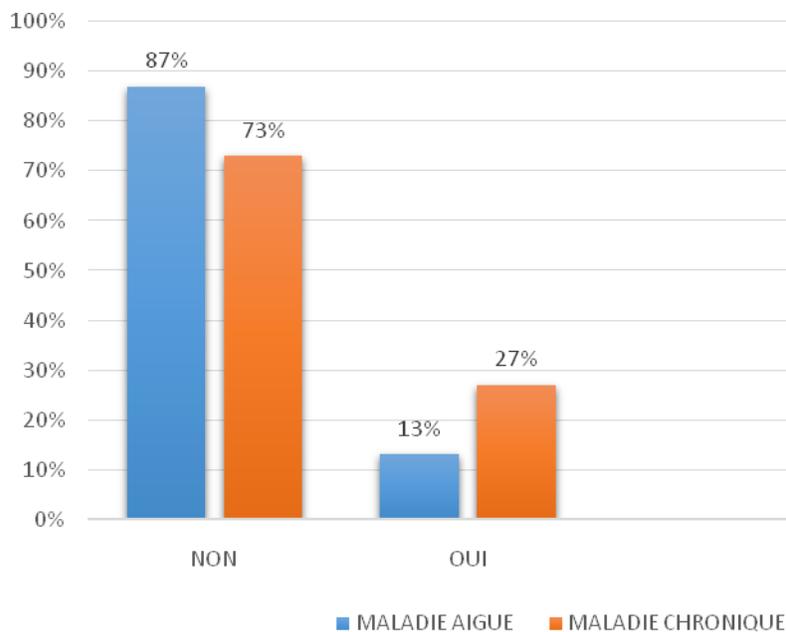


Figure 10 : répartition des enfants selon les ATCD personnels M-C pendant le séjour dans le camp

3. Enurésie :

26 enfants (25%) de notre échantillon présentaient une énurésie

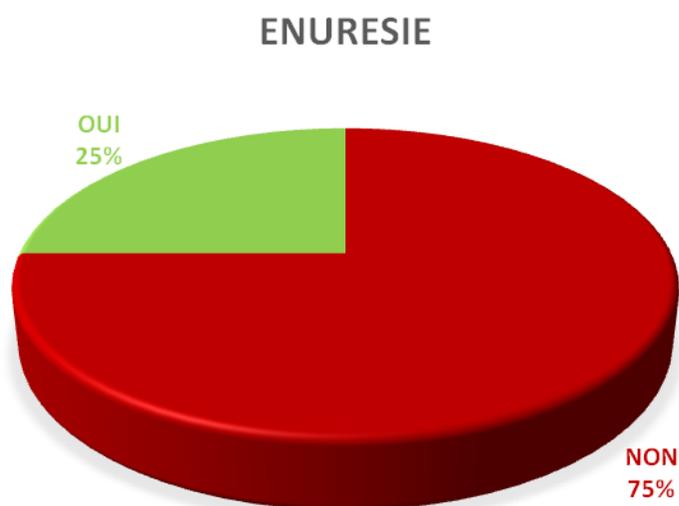


Figure 11 : répartition des enfants selon la présence de l'énurésie

4. Les données psychologiques :

4.1. Echelle de la dépression « CDRS » :

Le score total de l'échelle de dépression était compris entre 14 et 41, avec une moyenne de 20,86.

4 de nos enfants (4%) avaient une dépression établie, 50 (48%) avaient une dépression probable et 50 enfants (48%) étaient indemnes.

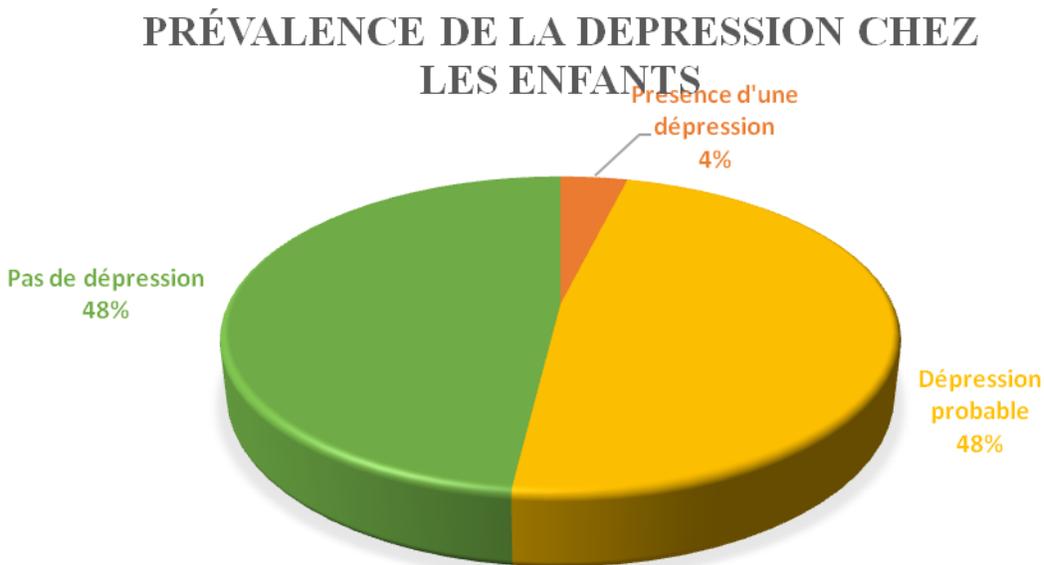


Figure 12 : Prévalence de la dépression chez les enfants

4.2. Echelle de l'anxiété « SCARED » :

Le score total du questionnaire SCARED était compris entre 0 et 40, avec une moyenne de 15,20.

10 enfants (9%) avaient une anxiété établie, 7 enfants (7%) avaient une anxiété probable, et 87 (84%) n'avaient pas ce trouble.

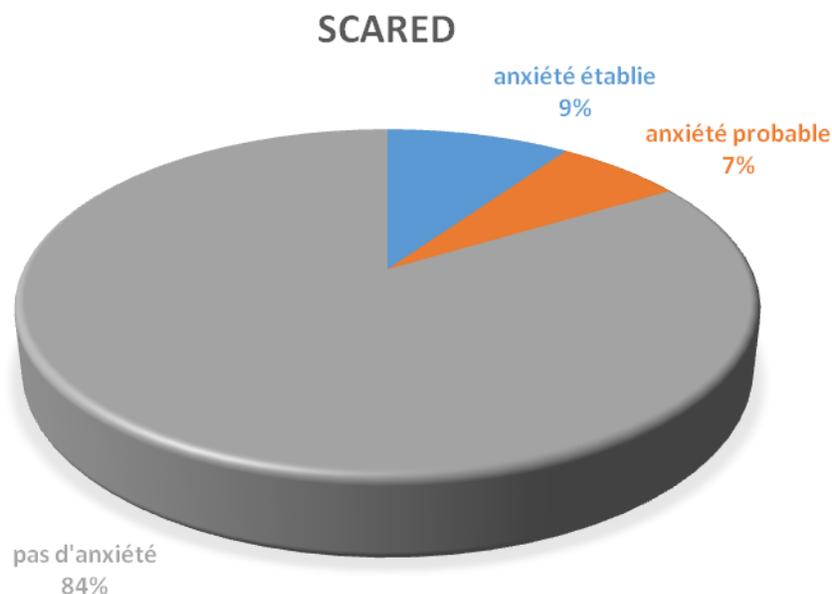


Figure 13 : Prévalence de l'anxiété chez les enfants

a. Anxiété de séparation :

Le score était compris entre 0 et 15, avec une moyenne de 5,39

55 (53%) enfants avaient ce trouble contre 49 (47%) enfants indemnes

b. Trouble de panique

Le score compris entre 0 et 11, avec une moyenne de 2,36

7 (7%) enfants avaient ce trouble contre 97 (93%) enfants indemnes

c. Phobie sociale :

Le score compris entre 0 et 10, avec une moyenne de 2,96

5 (5%) enfants avaient ce trouble contre 99 (95%) enfants indemnes

d. Anxiété généralisée :

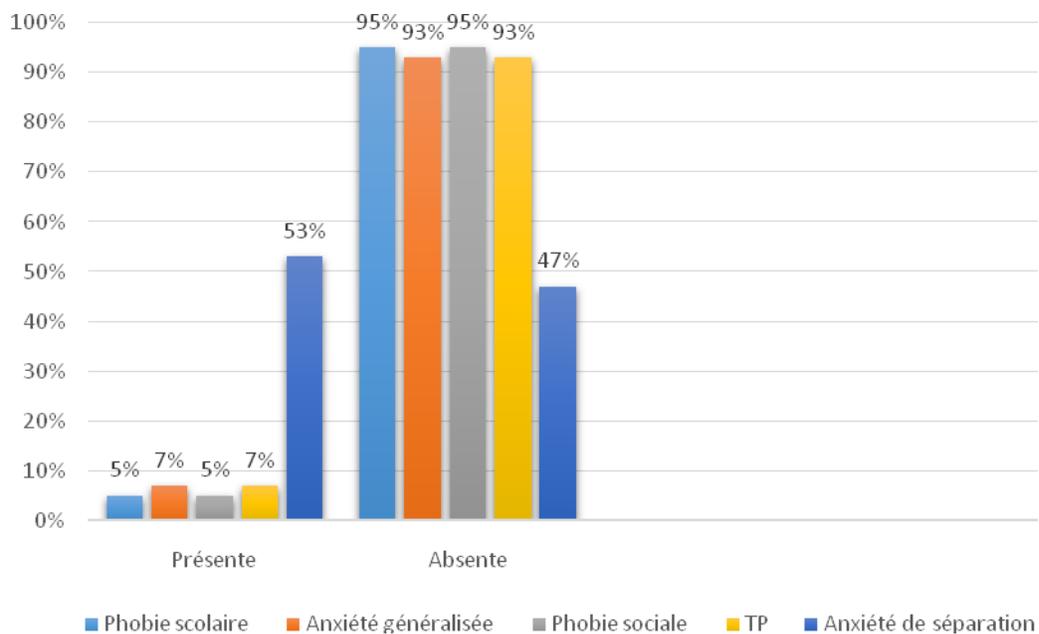
Le score compris entre 0 et 13, avec une moyenne de 3,80

7 (7%) enfants avaient ce trouble contre 97 (93%) enfants indemnes

e. Phobie scolaire :

Le score compris entre 0 et 5, avec une moyenne de 0,47

5 (5%) enfants avaient ce trouble contre 99 (95%) enfants indemnes



Figur

e 14 : Prévalence des différents troubles anxieux

4.3. Echelle de la qualité de vie « PedsQL4.0 » :

Le score total de l'échelle de la qualité de vie était compris entre 69,21 et 100, avec une moyenne de 89,79.

3 (5%) de nos enfants avaient une qualité de vie médiocre, pour 57 enfants (95%) qui avaient une bonne qualité de vie.



Figure 15 : Niveau de qualité de vie des enfants

a. Qualité de vie physique :

Pour le score de la qualité de vie physique, il était compris entre 43,75 et 100, avec une moyenne de 86,09.

14 (23%) avaient une qualité de vie physique médiocre et 46 enfants (77%) avaient une qualité de vie physique indemne.

b. Qualité de vie affective

Pour le score de la qualité de vie affective, il était compris entre 30 et 100, avec une moyenne de 84,91% .

15 de nos enfants (25%) avaient une qualité de vie affective médiocre contre 45

enfants (75%) qui avaient un score dans les normes.

c. Qualité de vie sociale :

Pour le score de la qualité de vie sociale, il était compris entre 65 et 100, avec une moyenne de 98% .

3 de nos enfants (5%) avaient une qualité de vie sociale médiocre contre 57 enfants (95%) qui avaient un score dans les normes.

d. Qualité de vie scolaire

Pour le score de la qualité de vie scolaire, il était compris entre 45 et 100, avec une moyenne de 90,16% .

4 de nos enfants (6%) avaient une qualité de vie scolaire médiocre contre 56 enfants (94%) qui avaient un score dans les normes.

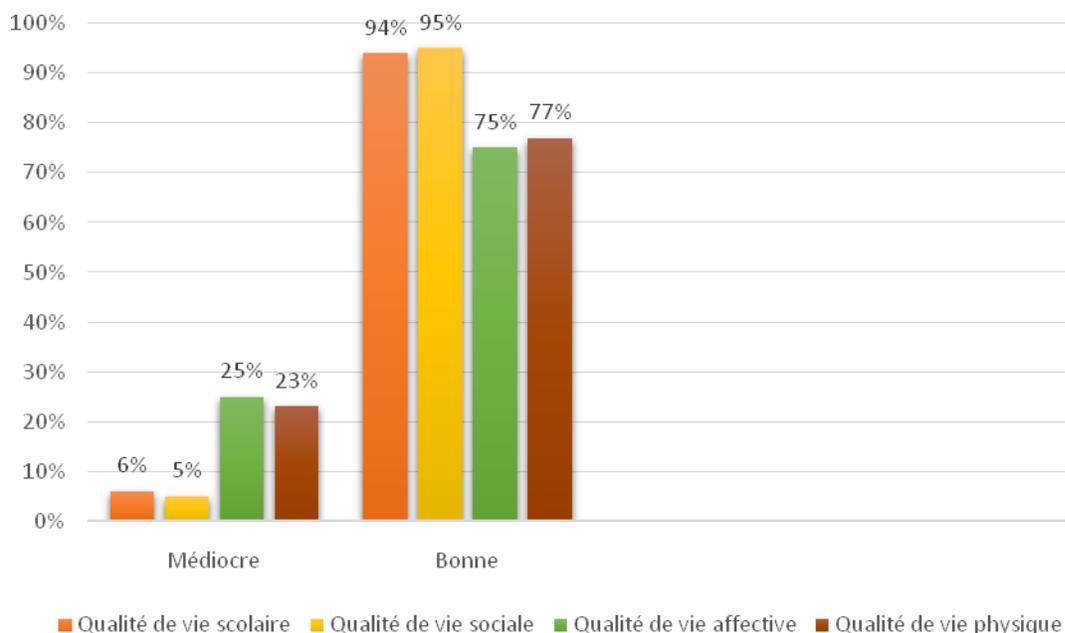


Figure 16 : Niveau de différents types de qualité de vie des enfants

DISCUSSION

A. Introduction :

Selon notre connaissance, notre étude est parmi les rares travaux qui s'intéressent à l'étude des troubles psychiatriques autres que le PTSD des réfugiés dans des camps de réfugiés près de leur pays d'origine. Les résultats retrouvés sont d'un grand intérêt, et ont permis d'avoir une idée globale sur l'état des lieux.

B. Prévalence et facteurs de risque de la dépression :

Dans notre série 4 enfants ont présenté une dépression établie, correspondant à un pourcentage de 4% et 50 (48%) avaient une dépression probable.

L'étude turque de Bahçeşehir faite en novembre 2012 dans le camp des réfugiés syriens en Turquie a mesuré les symptômes de la dépression et a trouvé que plus que 44% des enfants ont signalé des symptômes de dépression et 20% avaient une dépression établie. (34) (35)

Servan-Schreiber et al. ont trouvé une prévalence de dépression de 17% parmi les réfugiés adolescents bosniaques vivant en Amérique (36).

Servan-Schreiber et al. ont constaté un taux de prévalence de troubles dépressifs majeurs de 11,5% chez les enfants réfugiés tibétains en Inde.

Cette différence des taux peut être due à plusieurs facteurs : Premièrement, le délai entre le début de la mise en situation de réfugiés et la réalisation des études ; Deuxièmement, la différence entre les échelles utilisées et troisièmement la différence des lieux des de refuge

C. Prévalence et facteurs de risque de l'anxiété :

Une anxiété a été établie chez 10 enfants (soit 9%) dans notre échantillon avaient une anxiété établie, 7 enfants (soit 7%) avaient une anxiété probable.

Une étude standardisée faite au cours d'un programme de soutien psychosocial dans le nord de la Grèce chez des enfants de 8 à 13 ans ayant vécu la guerre en Bosnie a trouvé une prévalence d'anxiété de 23% (36)

Une autre étude faite pour les enfants réfugiés syriens vivant aux Etats-Unis a révélé que 61% des enfants présentaient une anxiété probable et 85% une anxiété probable liée à la séparation.(37)

D. Qualité de vie et facteurs de risque :

03 de nos enfants (soit 5%) avaient une qualité de vie médiocre, pour 57 enfants (soit 95%) qui avaient une bonne qualité de vie.

Ce sont surtout les domaines de la qualité de vie physique et affective qui étaient les plus atteints ; 14 enfants avaient une qualité de vie physique médiocre, et 15 enfants avaient une qualité de vie affective médiocre mais la plupart des scores de ces enfants sont proche du seuil ce qui explique le faible taux dans le score total.

Le taux élevé de la bonne qualité de vie peut être expliqué par la bonne adaptation des enfants avec le mode de vie au camp vu le nombre d'années important de mise en condition de réfugiés et l'amélioration progressive des conditions de vie ,mais aussi grâce aux différents programmes d'aides aux enfants mises en œuvre et instaurés dans le camp par différents ONG .

D. Limites et difficultés auxquelles l'étude a été confrontée :

-La faible taille de l'échantillon est la principale limite dans notre étude vue la particularité de notre mission et la restriction de déplacement dans le camp.

-La perte matérielle (fiches pedsQI) de quelques données de l'échelle pedsQI concernant 44 enfants d'où l'exclusion total de ces 44 enfants dans les résultats de qualité de vie.

-Aussi il y'avait une difficulté de comparer nos résultats aux rares études car il y avait une différence de délai entre la mise en situation de réfugié et le début des études , ainsi que les lieux des études qui sont la plupart du temps dans des pays d'accueil et pas un camp de réfugiés isolé et avec une infrastructure élémentaire.

-Malgré qu'on a débuté l'étude après 3 mois de début de notre mission, on avait parfois des difficultés de communication-(dialecte pour interroger les enfants et leurs famille)- pour la réalisation des différentes échelles et pour l'abord anamnestique, l'évaluation clinique, évolutive thérapeutique et pronostique.

-L'inévitable recours aux parents dans la restitution des faits et de l'histoire des troubles avec le risque du de l'interprétation des faits et des propos de l'enfants.

E. Apport et perspectives de l'étude :

Cette étude nous a permis alors de formuler une idée référentielle sur l'état psychologique de ces enfants, dans l'espoir de poursuivre les études dans ce sens. Nos perspectives à moyen et à long terme se situent sur divers axes :

-Avoir d'autres études bien randomisées, contrôlées et structurées avec des échantillons plus larges.

-Apporter un éclairage clinique diagnostique des enfants qui souffrent dans le terrain et dans l'environnement particulier des camps de réfugiés. Cette étude contribue à apporter un plus dans la prévention et la prise en charge des troubles psychiatriques chez les enfants réfugiés.

CONCLUSIONS

L'impact de la guerre sur la santé mentale des syriens est impossible à l'ignorer, et parmi ses conséquences ; on retrouve des troubles de la santé mentale et psychologiques des réfugiés syriens dans les pays voisins de la Syrie.

Le camp de Zaatari en Jordanie est l'un des lieux de rassemblement de ces réfugiés et qui connaît une très grande promiscuité et des conditions de vie difficile.

L'impact psychologique n'est pas à négliger surtout chez les enfants, qui le plus souvent, ont été témoins de violence ou de scènes terrifiantes.

Le PTSD était le trouble le plus étudié dans cette population dans différentes études qui ont été faites dans la plupart des cas dans des pays d'accueil dont le niveau de vie est élevé immédiatement après la mise en situation de personnes déplacées et protégées(refugiées) .

Notre étude a essayé d'évaluer les troubles dépressifs, les troubles anxieux et la qualité de vie chez les enfants et les adolescents réfugiés dans le camp de Zaatari après avoir passé environ 5 ans de leur vie dans le camp des réfugiés.

Nos résultats ont montré que l'état de la santé mentale de ces enfants et adolescent était globalement satisfaisant, cet état de fait qui peut être expliquée par plusieurs facteurs parmi lesquels :l'amélioration progressive des conditions de vie dans le camp avec le temps, l'adaptation des enfants avec la nouvelle situation qui est devenue presque permanente, durable et pas du tout improvisée transitoire et l'ampleur et la continuité de l'intervention de différentes ONG s'occupant des enfants.

D'autres études avec des échantillons plus larges et évaluant les facteurs intervenant dans l'amélioration de la qualité de vie et de la santé mentale des enfants réfugiés seraient nécessaires pour une meilleure prise en charge de cette population vulnérable.

ANNEXES

Annexe 1

Fiche d'exploitation concernant les troubles anxio dépressifs et qualité de vie des enfants et adolescents réfugiés au camp Zaatari

Date :

Initiales du nom & prénom

1.

Données sociodémographiques :

A. Sexe : M F

B. AGE Date de naissance :/...../.....

Né en : Syrie au camp Zaatari

C. Niveau scolaire :

- Jamais scolarisé
- Primaire
- Secondaire

Parents :

D. Situation maritale : Marié Divorcé Célibataire Veuf

Père :

E. Age : F. Niveau scolaire : Jamais scolarisé Primaire

Secondaire 2... Universitaire G. Profession : NON OUI

Mère :

H. Age : I. Niveau scolaire :

J. Profession :

K. Décès à Cause de la guerre : NON OUI

L. Au camp Zaatari, l'enfant vit avec un membre de la famille
avec l'un des deux parents les deux parents aucun parent

M. Avant le séjour au camp Zaatari : Atcd d'affection médicale ou chirurgicale OUI Non

N. Avant le séjour au camp Zaatari Prise de médicament : ? oui non

O. Au cours du séjour au camp de Zaatari : affection médicale ou chirurgicale aigue oui non

P. Affection médicale chronique OUI NON

Q. Au camp Zaatari : suite des études oui non

R. Enuresie OUI NON

2. Données psychologiques :

Echelle de la dépression : CDRS score :

Echelle de l'anxiété : SCARED score :

Echelle de la qualité de vie : PedsQL score :

Annexe 2

استمارة مقياس الاكتئاب عند الأطفال « CDRS »

تتكون هذه الاستمارة من 16 بنداً. و تملأ من لدن الطفل, الوالدين أو المعلمين.

- 1- المزاج المكتئب (0-5). يمكن أن يظهر هذا المزاج (حزين, بئس, جزع) أو يختفي. تسجيل التعبير غير اللفظي (تعبير الوجه, النظرات, وضعية الجسد). يمكن للطفل أن يعبر عن أحاسيسه أو يخفيها.
- 0 = لا توجد أية معلومة.
- 1 = الطفل غير مكتئب. تعابير الوجه و الصوت عاديان أثناء الاستجواب.
- 2 = هناك شك في أن الطفل مكتئب نسبياً. نقص في التلقائية أثناء الجواب.
- 3 = الطفل يبدو مكتئباً أثناء الاستجواب, يبدو حزينا في جزء من الاستجواب, لكنه يبقى قادراً على الابتسام عند الحديث عن مواضيع مألوفة.
- 4 = الطفل مكتئب إلى حد ما, يبدو متحفظاً في الأجوبة مع تسجيل فترات وجيزة يبدو فيها حزينا.
- 5 = الطفل مكتئب. يبدو حزينا, منعزلاً, لا يتكلم إلا قليلاً أثناء الاستجواب, يتجنب الأجوبة. يعطي الانطباع أنه يبكي.
- 2- البكاء (0-3). يتم استقاء هذه المعلومة غالباً من لدن الوالدين, و المعلمين, و من الأطفال أحياناً.
- 0 = لا توجد أية معلومة.
- 1 = عادي بالنظر إلى سن الطفل.
- 2 = الطفل يبكي أكثر من أقرانه بالنظر إلى سنه.
- 3 = الطفل يبكي أكثر من أقرانه اعتباراً لسبب بكانه.
- 3- تقدير الذات (0-5). يمكن للطفل الذي يتراوح عمره بين 6 و 7 سنوات أن يصف نفسه بشكل جيد. و تكون هذه الخاصية أكثر تطوراً ما بين 9 و 10 سنوات (الانتباه إلى نبرات الصوت عند الإجابة).
- 0 = لا توجد أيه معلومة.
- 1 = الطفل يصف نفسه بأوصاف إيجابية.
- 2 = هناك شك أن الطفل عديم الثقة بنفسه.
- 3 = الطفل يستعمل أوصافاً إيجابية و سلبية في نفس الوقت.
- 4 = الطفل يستعمل الأوصاف الإيجابية أكثر من السلبية. في حالة الاستيعاب الجيد, يعطي الطفل أجوبة سطحية.
- 5 = الطفل يصف نفسه بأوصاف تحقيرية أو يرفض أي سؤال في هذا السياق (الشخصية, المظهر الخارجي).
- 4- الأفكار السوداء (0-4).
- 0 = لا توجد أية معلومة.
- 1 = لا يوجد أي تعبير من طرف الطفل.
- 2 = لدى الطفل بعض الأفكار السوداء التي لها علاقة بأحداث واقعية قريبة.
- 3 = لدى الطفل بعض الأفكار المرضية, لكنه لا يطيل الحديث في هذا الأمر, أو الوالدين هم الذين يلاحظون وجود هذه الأفكار.
- 4 = لدى الطفل أفكار سوداء متعددة, كما أنه يناقش الأفكار المتعلقة بالموت بكل عفوية.
- 5- الانتحار أو الأفكار الانتحارية (0-5).
- 0 = لا توجد أية معلومة.
- 1 = ليست للطفل أية أفكار انتحارية.
- 2 = سبق للطفل أن فكر في الانتحار في لحظة غضب.
- 3 = لدى الطفل أفكار انتحارية متكررة.
- 4 = يفكر الطفل في الانتحار و في طريقة تنفيذه, لكن عندما يكون غير مكتئب يذكر كل ذلك.
- 5 = فكر الطفل في الانتحار الشهر الماضي أو خلال هذه الأيام.
- 6- العصبية (0-5). يمكن استقاء هذه المعلومة من الوالدين, الممرضين أو بواسطة الملاحظة المباشرة للطفل. يمكن لهذا الخاصية أن تظهر على شكل محاكاة الدموع أو الغضب و العدوانية. يتم القياس بواسطة عدد المرات التي يكون فيها الطفل عصيباً.
- 0 = لا توجد أية معلومة.

- 1 = عادي.
- 2 = في بعض المناسبات, أو أكثر بقليل من العادي.
- 3 = في بعض المرات.
- 4 = متكرر.
- 5 = دائما.
- 7-الواجبات المدرسية (0-5). لا يجب أخذ درجة ذكاء الطفل بعين الاعتبار, و لا المشاكل المدرسية أو العائلية.
- 0 = لا توجد أية معلومة.
- 1 = أداء في المستوى المتوقع أو أحسن.
- 2 = أحسن من المستوى المطلوب.
- 3 = الطفل لا يستغل كل قدراته أو لا يهتم مؤخرا بالواجبات المدرسية, مع تأثير ضعيف على كفاءاته.
- 4 = مستوى ضعيف في أغلبية المواد أو تراجع ملحوظ في مستوى الأداء.
- 5 = الطفل عاجز عن إنجاز الواجبات المدرسية.
- 8- القدرة على الاستمتاع (0-5). تقاس بالهوايات و الأنشطة المدرسية.
- 0 = لا توجد أية معلومة.
- 1 = الهوايات و الأنشطة متناسبة مع سن و شخصية الطفل. لم تتأثر بمرضه.
- 2 = لدى الطفل هوايات خارج المدرسة, و لكن أنشطته سلبية على العموم و بدون حماس.
- 3 = يمل الطفل بسرعة. يشكو في كثير من الأحيان من عدم القيام بأي شيء, أو يعرب عن اهتمامه بهوايات غير متوفرة.
- 4 = خلال ممارسته لأنشطة معينة, يبدو الطفل غير مهتم و غير متحمس.
- 5 = لا يتخذ الطفل أية مبادرة للمشاركة في نشاط معين. يكتفي بمشاهدة التلفاز أو الأطفال الآخرين و يحتاج إلى مجهود لإقناعه للمشاركة في نشاط معين.
- 9- العزلة الاجتماعية (0-5).
- 0 = لا توجد أية معلومة.
- 1 = يستمتع الطفل بصحبة أصدقائه في المدرسة أو في البيت, و لكن ليست له علاقات وطيدة.
- 2 = لدى الطفل علاقات سطحية, بحيث لديه صديق أو صديقة على الأكثر, و يجد صعوبة في الاندماج مع مجموعة أكبر.
- 3 = ينتظر الطفل المبادرة من طرف الآخرين, و لا يشارك داخل أية مجموعة إلا إذا كان ملزما بذلك.
- 4 = يرفض الطفل محاولة تقرب أو صداقة من طرف الآخرين.
- 5 = الطفل غير مكثرت بالأطفال الآخرين. يؤكد أن ليس لديه صديق أو يرفض أصدقاء جدد كانوا أم قدامى.
- 10- التواصل التعبيري (0-3).
- 0 = لا توجد أية معلومة.
- 1 = عادي.
- 2 = نبرة الصوت غير متغيرة, مع تأخر في الإجابات التي تكون وجيزة على العموم.
- 3 = نبرة الصوت غير متغيرة مع نقص تعابير الوجه.
- 11-النوم (0-3). يتم استقاء هذه المعلومة بشكل أكثر مصداقية عندما تسأل الطفل مباشرة.
- 0 = لا توجد أية معلومة.
- 1 = لا توجد أية صعوبة, أو بالأحرى توجد صعوبة قليلا في بداية النوم.
- 2 = صعوبة متكررة في النوم.
- 3 = صعوبة في النوم تقريبا كل ليلة, حيث أن بعض أعراض قلة النوم قد تظهر على الطفل.
- اختر الجواب الصحيح إذا كانت هناك صعوبة في النوم
- 0 = لا توجد أية صعوبة.
- 1 = في بداية النوم.
- 2 = في وسط النوم.
- 3 = الاستيقاظ المبكر.
- 12-مشاكل في الأكل (0-3).
- 0 = لا توجد أية معلومة.

1 = عادي.

2 = الإحساس بالعياء أحيانا.

3 = عياء متكرر. لا يبدو أن الطفل مهتم بأي نشاط ممتع.

4 = أوجاع دائمة, مما يمنع الطفل من ممارسة أنشطة أخرى.

15-نقص الحيوية و النشاط (0-3). يتعين مقارنة نشاط الطفل بدرجة النشاط العادية للأطفال في سنه, و التأكد من ذلك من طرف الممرضين و المعلمين.

0 = لا توجد أية معلومة.

1 = عادي.

2 = تأخر قليل في مستوى النشاط.

3 = الطفل يتكلم, يمشى, و يتحرك ببطء أثناء اللعب.

16-إلغاء المشاعر (0-2).

0 = لا توجد أية معلومة.

1 = لا.

2 = نعم.

1 = ليس هناك أي مشكل.

2 = تشتكي الأم من تغير النظام الغذائي لدى الطفل أو أنه لا يتغذى جيدا أو يفرط في ذلك.

3 = مشكل كبير في الأكل يرافقه نقص في الوزن لاسيما إذا كان الطفل لا يتغذى جيدا أو هناك زيادة في الوزن إذا كان الطفل يفرط في الأكل. يمكن ملاحظة بعض السلوكيات غير العادية مثل تخزين الأكل أو البحث في القمامة.

13- الطفل يشتكي من أوجاع البطن أو الرأس أو غيرها (0-4).

0 = لا توجد أية معلومة.

1 = ليس هناك أي مشكل.

2 = أحيانا.

3 = تتكرر عدة مرات لكن سرعان ما يطمئن الطفل.

4 = أوجاع دائمة, مما يمنع الطفل من ممارسة أنشطة أخرى.

14-الصحة العامة (0-4).

0 = لا توجد أية معلومة.

Annexe 3 SCARED

	2 صحيح جدا او صحيح الى غالب الاحيان	1 صحيح الى حد ما او صحيح احيانا	0 غير صحيح او في الغالب غير صحيح	
PN				1. عندما اشعر بالخوف , اجد صعوبة في التنفس
SH				2. احس بصداع في راسي , عندما أكون في المدرسة
SC				3. لا احب ان أكون مع أناس لا اعرفهم
SP				4. أحس بالخوف اذا لم اتم في منزلي
GD				5. اقلق بشأن من يحبونني
PN				6. عندما أخاف احس انني سأفقد الوعي
GD				7. انا عصبي
SP				8. ارافق دائما ابي و امي أينما ذهبنا
PN				9. يقول لي الناس انني ابدو عصبي
SC				10. اشعر بالعصبية عندما أكون مع أناس لا اعرفهم
SH				11. احس بالم في بطني عندما أكون في المدرسة

PN				12. عندما أخاف احس كأنني ساجن
SP				13. اخاف ان انام بمفردي
GD				14. اخاف الا أكون جيدا مثل الأطفال الاخرين
PN				15. عندما أخاف احس ان الكون حولي ليس حقيقي
SP				16. لدي كوابيس بشأن ان احداث سيئة ستحصل لوالدي
SH				17. انا قلق بشأن الذهاب الى المدرسة
PN				18. عندما أخاف يدق قلبي بسرعة
PN				19. جسمي يرتعش
SP				20. لدي كوابيس بشأن ان احداث سيئة ستحصل معي
GD				21. انا قلق بشأن الأمور التي تهمني
PN				22. عندما أكون خائفاً, اعرق كثيرا
GD				23. انا خواف
PN				24. انا حقا أخاف بدون أي سبب
SP				25. اخاف ان ابقى لوحدي بالبيت
SC				26. من الصعب علي ان اتحدث مع اشخاص لا اعرفهم جيدا
PN				27. عندما أكون خائفاً, احس بالاختناق

GD				28.الناس يقولون لي انني أخاف و اقلق كثيرا
SP				29.لا احب ان أكون بعيدا عن عائلتي

PN				30 أخاف ان أصاب بنوبة ذعر او قلق
SP				31. أنا قلق من ان يحدث شيء سيء لوالدي
SC				32.اشعر بالخجل عندما أكون مع أناس لا اعرفهم جيدا
GD				33.انا قلق بشأن ما سيحدث في المستقبل
PN				34.عندما أكون خائفا اشعر برغبة في التقيؤ
GD				35.انا قلق بشأن مدى حسن افعالي
SH				36.انا أخاف من الذهاب الى المدرسة
GD				37.انا قلق بشأن احداث واقعية مر
PN				38.عندما أكون خائفا احس بالدوار
SC				39.أشعر بالوتر عندما أكون مع أطفال اخرين , او كبار و يجب علي ان افعل شيئا بينما هم يشاهدون (مثلا القراءة بصوت عال , الكلام , اللعب بممارسة الرياضة)...
SC				40.أشعر بالتوتر عندما اذهب الى حفلة, او أي مكان حيث سيكون هنالك أناس لا اعرفهم جيدا
SC				41. انا خجول

التقيد

نتيجة اجمالية اكثر من 25, تدل على وجود اضطرابات القلق
النتائج الأكبر من 30, تعتبر اكثر دقة

المجموع	نتيجة تساوي 7, بالنسبة للبنود 1,6,9,12,15,18,19,22,24,27,30,34,38 تدل على وجود اضطرابات الهلع مع اعراض جسدية هامة
PN	نتيجة تساوي 9, بالنسبة للبنود 5.7.14.21.23.28.33.35.37 تدل على وجود اضطراب القلق العام
GD	نتيجة ساوي 5, بالنسبة للبنود 4,8,13,16,20,25,29,31 تدل على وجود قلق الانفصال
SP	نتيجة تساوي 8, بالنسبة للبنود 3,10,26,32,39,40,41 تدل على وجود اضطراب القلق الاجتماعي
SC	نتيجة تساوي 3. بالنسبة للبنود 2.11.17 تدل على وجود رفض كبير للمدرسة
SH	

Annexe 4

Peds QL

طبيعة الحياة عند الطفل

تقرير الطفل (السن 8 – 15)

إرشادات

في الورقة التالية لائحة عن الأشياء التي من الممكن أن تشكل مشكلة لديك.
من فضلك اذكر كيف كانت كل مشكلة عندك خلال الشهر الماضي.

0 لا مشكلة أبدا

1 تقريبا لا مشكلة

2 بعض الأحيان مشكلة

3 تقريبا دائما مشكلة

4 دائما مشكلة

ليست هناك أجوبة صحيحة أو أجوبة خاطئة

إذا لم تفهم أي سؤال اطلب المساعدة

في الشهر اللي فات إلى أي حد كان عندك مشكل في

أبدا	تقريبا أبدا	أحيانا	كثيرا ما	دائما	على صحتي و أنشطتي (مشاكل مع...)
0	1	2	3	4	صعب عليا نتمشي أكثر من كولووار واحد
0	1	2	3	4	صعب علي نجري
0	1	2	3	4	صعب عليا ندير أنشطة رياضية و نتمرن
0	1	2	3	4	صعب عليا نهز شي حاجة ثقيلة
0	1	2	3	4	صعب عليا ناخذ حمام أو دوش بوحدتي
0	1	2	3	4	صعب عليا ندير الشغل ديال الدار
0	1	2	3	4	أتألم أتوجع
0	1	2	3	4	عندي طاقة ضعيفة

أبدا	تقريبا أبدا	أحيانا	كثيرا ما	دائما	عن مشاعري (مشاكل مع...)
0	1	2	3	4	تتحس بالخوف أو الذعر
0	1	2	3	4	حزين أو كئيب
0	1	2	3	4	تنشعر بالغضب
0	1	2	3	4	عندي اضطراب في النوم
0	1	2	3	4	مقلق على اللي غادي يوقع لي

أبدا	تقريبا أبدا	أحيانا	كثيرا ما	دائما	كيف أنسجم مع الآخرين (مشاكل مع...)
0	1	2	3	4	عندي مشكل في التفاهم مع أطفال آخرين
0	1	2	3	4	أطفال آخرون ما يغاوش يكونوا أصدقائي
0	1	2	3	4	الأطفال الآخرين تيسخروا مني
0	1	2	3	4	ما تنقدرش ندير شي أعمال تيديروها أطفال مثل عمري
0	1	2	3	4	ما تنقدرش نستمر منين كنلعب مع أطفال آخرين

أبدا	تقريبا أبدا	أحيانا	كثيرا ما	دائما	عن المدرسة (مشاكل مع...)
0	1	2	3	4	صعب عليا نتبه في القسم
0	1	2	3	4	كنسى أشياء
0	1	2	3	4	عندي مشكل باش نساير الدروس
0	1	2	3	4	تنتغيب عن المدرسة لأنني لست في حالة جيدة
0	1	2	3	4	تنتغيب عن المدرسة باش نمشي للطبيب أو السبيطار

Annexe 5

Peds QL

طبيعة الحياة عند الطفل

تقرير الوالدين عن الطفل (السن 4 - 7)

إرشادات

في الورقة التالية لائحة عن الأشياء التي من الممكن أن تشكل مشكلة لدى طفلك.
من فضلك اذكر كيف كانت كل مشكلة عند طفلك خلال الشهر الماضي.

0 لا مشكلة أبدا

1 تقريبا لا مشكلة

2 بعض الأحيان مشكلة

3 تقريبا دائما مشكلة

4 دائما مشكلة

ليست هناك أجوبة صحيحة أو أجوبة خاطئة

إذا لم تفهم أي سؤال اطلب المساعدة

في الشهر اللي فات إلى أي حد كان عند ولدك مشكل مع

الوظائف البدنية (مشاكل مع...)	أبدا	تقريبا أبدا	أحيانا	كثيرا ما	دائما
المشي أكثر من بلوك واحد	0	1	2	3	4
الجري	0	1	2	3	4
المشاركة في الأنشطة الرياضية أو التمرن	0	1	2	3	4
حمل شي حاجة ثقيلة	0	1	2	3	4
أخذ حمام أو دوش لوحده أو لوحدها	0	1	2	3	4
القيام بالأعمال المنزلية	0	1	2	3	4
إحساس بألم أو أوجاع	0	1	2	3	4
طاقة ضعيفة	0	1	2	3	4

الوظائف العاطفية (مشاكل مع...)	أبدا	تقريبا أبدا	أحيانا	كثيرا ما	دائما
الإحساس بالخوف أو الذعر	0	1	2	3	4
الإحساس بالحزن أو الكآبة	0	1	2	3	4
الإحساس بالغضب	0	1	2	3	4
اضطراب في النوم	0	1	2	3	4
القلق مما سيحصل له أو لها	0	1	2	3	4

الوظائف الإجتماعية (مشاكل مع...)	أبدا	تقريبا أبدا	أحيانا	كثيرا ما	دائما
الإنسجام مع أطفال آخرين	0	1	2	3	4
أطفال آخرون لا يريدون أن يكونوا أصدقاء له أو لها	0	1	2	3	4
الأطفال يسخرون منه أو منها	0	1	2	3	4
غير قادر على الأعمال التي يقوم بها الأطفال الآخرون	0	1	2	3	4
الاستمرار عندما يلعب مع الأطفال الآخرين	0	1	2	3	4

الوظائف المدرسية	أبدا	تقريبا أبدا	أحيانا	كثيرا ما	دائما
الانتباه في القسم	0	1	2	3	4
نسيان أشياء	0	1	2	3	4
مواكبة العمل المدرسي	0	1	2	3	4
الغياب عن المدرسة لأنه ليس في حالة جيدة	0	1	2	3	4
الغياب عن المدرسة للذهاب لطبيب أو للمستشفى	0	1	2	3	4

REFERENCES

1. Les enfants réfugiés sont plus sujets aux troubles mentaux, IRIN le 16/08/2011
2. Syrie : Les conséquences de la guerre civile sur la santé mentale des réfugiés - Vues d'ailleurs - Actualités - Psycom le 3 janvier 2017
3. Jordanie Le médecin colonel Mohammed Gartoum La prise en charge psychiatrique des réfugiés syriens en ;prix comité scientifique,encéphale 2014.
4. Louis Crocq ,Liliane Daligand ,Loïc M. Villerbu ,Cyril Tarquinio ,Clara Duchet, Jean-Michel Coq, Nayla Chidiac ,Michèle Vitry ;Traumatismes psychiques Prise en charge psychologique des victimes :. 2007, *Elsevier-Masson*
5. S.Dorhmi, G.Benjelloun, service de pédopsychiatrie, Hôpital d'enfants A.Harouchi, CHU Ibn Rochd, Casablanca – la dépression de l'enfant et de l'adolescent –Revue Marocaine des Maladies de l'Enfant 2013 ; 31 : 40-44
6. Daniel Marcelli, « La dépression chez l'enfant », in Serge Lebovici et al., Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, Presses Universitaires de France « Quadrige », 2004 (2e éd.), p. 1437-1461. DOI 10.3917/puf.diatk.2004.01.1437
7. JP Visier, P Mazet, M Myquel, C Vidailhet, JP Visier ;1ère partie-Module3 : Modules transdisciplinaires: Maturation et vulnérabilité : Troubles anxieux et de l'adaptation chez l'enfant et l'adolescent (symptômes névrotiques), Relecture : D Sauvage - Relecture 2008 : JP Raynaud.
8. Pr P Duverger, Dr J.Malka- Service de pédopsychiatrie CHU Angers) ;Module3 : Maturation et vulnérabilité- troubles anxieux et troubles de l'adaptation chez l'enfant et l'adolescent-.
9. Inserm (dir.). Troubles mentaux : Dépistage et prévention chez l'enfant et l'adolescent. Rapport. Paris : Les éditions Inserm, 2002, XXII- 887 p. - (Expertise collective). - <http://hdl.handle.net/10608/165> - See more at: <http://www.ipubli.inserm.fr/handle/10608/165#sthash.CRmbwt1P.dpuf>
10. Ana Figueroa, Cesar Soutullo, Yoshiro Ono & Kazuhiko Saito, Traduction : Alexis Revet ; Manuel de la IACAPAP pour la Santé Mentale de l'Enfant et de l'Adolescent- chapitre F.2 – Anxiété de séparation -
11. Ronald M Rapee. Manuel de la IACAPAP pour la Santé Mentale de l'Enfant et de l'Adolescent – Chapitre F.1-troubles anxieux chez l'enfant et l'adolescent : nature, développement, traitement et prévention-

12. .-L. Sudres, G. Brandibas, R. Fourasté - La phobie scolaire : symptôme, entité spécifique, syncrétisme ou syndrome d'inadaptation ? JNeuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence 52 (2004) 556–566
13. L. Holzera*, O. Halfonb - Le refus scolaire, Archives de pédiatrie 13 (2006) 1252–1258
14. Taryn L. Mayes, M.S, Ira H. Bernstein, Psychometric Properties of the Children's Depression Rating Scale–Revised in Adolescents journal of child and adolescent psychopharmacology,2010 (20) 6:513-516 .
15. Elva O. Poznanski, Janet A. Grossman, Yael Buchsbaum, Marta Banegas, Linda Freeman, Robert Gibbons. Preliminary Studies of the Reliability and Validity of the Children's Depression Rating Scale. Journal of the American Academy of Child Psychiatry, 23,2:191-197, 1984.
16. Shanahan KM, Zolkowski-Wynne J, Coury DL, Collins EW, O'Shea JS. The Children's Depression Rating Scale for normal and depressed outpatients. Clin Pediatr (Phila). 1987 May;26(5):245-7. PUBMED
- 17.S. Gueddari , B. Amine , D. Badri , N. Mawani , M. Ezzahri , F. Moussa , S. Shyen , W. Abimou , B. Chkirat , R. Abouqal , S. Rostom , N. Hajjaj-Hassouni La relation entre l'anxiété, la dépression, la capacité fonctionnelle et l'activité de l'arthrite juvénile idiopathique ;25e Congrès français de rhumatologie 2012 Paris
18. Birmaher B, Khetarpal S, Brent DA et al. (1997), The Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED): scale construction and psychometric characteristics.] Am Acad Child Adolesc Psychiatry 36:545-553, PMID: 9100430, DOI: 10.1097/00004583-199704000-00018
19. DSM-IV, Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux "Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders" , publié par l'American Psychiatric Association
20. Birmaher, B., Brent, D. A., Chiappetta, L., Bridge, J., Monga, S., & Baugher, M. Psychometric properties of the Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED): A replication study. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry,1999,38(10):1230–6
21. H. Tazi Lachhab, S. Rostom, B. Amine, N. Bensaoud, D. Khnaba, L. Bouhouche, R. Bahiri, N. Hajjaj-Hassouni. Cross-Cultural Adaptation and Validation of the Screen for Child Anxiety Related Disorders Test (SCARED) in

Juvenile Idiopathic Arthritis. *Ann Rheum Dis* 2015;74:615-616
doi:10.1136/annrheumdis-2015-eular.5797

22. http://www.pedsql.org/about_pedsql.html

23. Ezzahri M, Amine B, Rostom S, Badri D, Mawani N, Gueddari S, Shyen S, Wabi M, Moussa F, Abouqal R, Chkirate B, Hajjaj-Hassouni N. Factors influencing the quality of life of Moroccan patients with juvenile idiopathic arthritis. *Clin Rheumatol*. 2014 Nov;33(11):1621-6. doi: 10.1007/s10067-014-2489-2. Epub 2014 Jan 21.

24. M. Hamilton, « A rating scale for depression », *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 1960 (23): 56-62

25. Pr Mhamed Harif - Le cancer chez l'enfant : aspects pratiques

26. Diagnostic précoce des cancers de l'enfant au Maroc – Manuel de formation à l'attention des médecins de proximité – Empreintes édition – Septembre 2008

27. Brousse et al., —Lymphomes Non Hodgkiniens de L'enfant. || 2004

28. T. Leblanc -Lymphome de Hodgkin de l'enfant: stratégies thérapeutiques en Europe - *Archives de Pédiatrie* 2009;16:672-674

29. Georges Delsol - Classification OMS 2008 des lymphomes - *Annales de pathologie* (2008) 28S, S20—S24

30. J. Aucourt, S. Aubert, A. Lesage, G. Lefebvre, A. Renaud, C. Maynou, A. Cotten – *Imagerie musculosquelettique - Pathologies générales*, 2e édition - Chapitre 15 – Tumeurs osseuses - pages 461-520

31. G. Bollini, C. Kalifa, M. Panuel / Tumeurs osseuses malignes de l'enfant et de l'adolescent - Session : Tumeurs 670 osseuses : de la découverte au traitement - *Archives de pédiatrie* 13 (2006) 669–671

32. Catherine Epelbaum, Pierre Ferrari ; *Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*, Réactions psychologiques à la maladie chez l'enfant p443-451

34- M Champion - *J Pddiatr Pudriculture* ; Le deuil chez l'enfant 1996;9:495-501- Elsevier, Paris

33. Özer, Şirin, and Oppedal, *Bahçeşehir Study of Syrian Refugee Children in*

Turkey.

34. Susan Nolen-Hoeksema and Joan S. Girgus, "The Emergence of Gender Differences in Depression during Adolescence," *Psychological Bulletin* 115, no. 3 (1994): 424–43; Selcuk R. Sirin, Patrice Ryce, Taveeshi Gupta, and Lauren Rogers-Sirin, "The Role of Acculturative Stress on Mental Health Symptoms for Immigrant Adolescents :A longitudinal investigation", *Developmental Psychology* 49, no. 4 (2013) :736-48

35 V. Papageorgiou A. Frangou-Garunovic R. Iordanidou W. Yule P. Smith P. Vostanis. War trauma and psychopathology in Bosnian refugee children. *European Child & Adolescent Psychiatry* 9:84±90 (2000) Ó Steinkopf Verlag 2000

36. DeeAnn Visk PhD May Meeting Coverage > APA : Syrian Refugee Children Have High Burden of Anxiety Vast majority experienced separation anxiety 28, 2017