

## L'impact du travail posté semi-continue « trois huit » sur La santé des salariés

Ali AMIAR \*

Université de Bejaia (Algérie), amiarali2@gmail.com

Réception : 25/06/2020

Acceptation : 07/12/2020

Publication : 30/01/2021

**Résumé:** L'objet de la recherche porte sur l'impact de système de travail « trois-huit » sur la santé des travailleurs de la SARL RAMDY, l'objectif de cette étude est de montrer l'impact de ce système de travail « trois-huit » sur la santé des, travailleurs de la SARL RAMDY, et d'avoir une vision beaucoup plus large et nette du fonctionnement de ce système au sein de la SARL RAMDY.

En référence à notre thème de recherche nous avons opté pour la méthode quantitative et afin de collecter les données dans la réalité, nous avons utilisé le questionnaire comme technique principale dans notre recherche; L'étude a conclu aux conclusions suivantes: Le système du travail de « trois-huit » (3X8), adoptée par l'entreprise influe négativement sur la santé physique des travailleurs ainsi que Le système du travail de « trois-huit » (3X8), adoptée par l'entreprise influe négativement sur la santé mental des travailleurs

**Mots-clés:** Le travail ; Le travail posté (3X8) ; santé mentale; santé physique.

**Abstract:** The purpose of the research is the impact of the "Three-Eight" work system on the health of the of SARL RAMDY's workers, The objective of this study is to show the impact of this system of work (3X8) on the health of the workers of SARL RAMDY. We also aimed to have a much broader and clear vision of the operation of this system within the SARL RAMDY.

In reference to our research theme, we opted for the quantitative method, Besides, we used the questionnaire as the main technique in our research in order to collect the data. The study ended up with the following conclusion: The "three-eight" (3X8) work system adopted by the company negatively affects the physical health of workers as well as their mental health.

**Keywords:** work; (3X8) work system; mental health; physical health.

\* Auteur correspondant :

## 1. Introduction:

La phobie est une peur non raisonnée, continue et obsédante, envers des objets ou des situations sans danger véritable, et est sans doute le symptôme psychopathologique le plus répandu, Toutefois, les troubles anxieux de l'enfant restent peu connus et reconnus.

Des hypothèses psychodynamiques sont élaborées quant au trouble anxieux chez l'enfant, On cite notamment les travaux de S. Freud, A. Freud, Klein, Bowlby, Spitz, Winnicott et plus récemment les conceptions développementalistes de Lebovici, Diatkine, Misès, et Lang. Cependant, des modèles cognitivo--comportementaux ont vu le jour, quoique relativement récente, l'approche TCC en psychopathologie de l'enfant attire de plus en plus de cliniciens dans le domaine, y compris chez nous, en Algérie.

Par ailleurs, ce type de trouble semble être favorisé par la nature de la structure familiale dont on connaît maintenant l'impact des parents sur le développement de l'enfant, particulièrement à travers, les interactions dyadiques: mère-enfant et père-enfant puis les interactions triadiques père-mère-enfant, L'enfant, ne peut donc être envisagé en dehors de son environnement familial et des phénomènes interactifs enfant-famille.

L'objectif de cet article est d'illustrer à travers un cas clinique, le lien existant entre une phobie individuelle et une phobie familiale, En d'autres termes, consolider l'interaction entre les deux registres psychopathologiques individuel et familial, donnant lieu à une transmission mère-fille dans le cas présenté.

## 2. Troubles anxieux chez l'enfant: définitions et psychopathologie

### 2.1. Définition et critères diagnostiques:

Nous allons à présent interroger la notion de phobie chez l'enfant, Ce point comporte un arrêt sur les critères diagnostiques en vigueur, notamment ceux du manuel nosographique DSM dans sa dernière version, Il comporte également un bref détour concernant les travaux explorant le lien éventuel entre une phobie relevant du registre psychopathologique individuelle et celle s'inscrivant dans le registre psychopathologique familiale.

Chez l'enfant, les manifestations anxieuses sont différentes de chez l'adulte, l'anxiété se manifestera alors par des réactions de pleurs, de colère, de retrait, parfois de refus complet de communication avec mutisme (Vera, 2009, 90).

En effet, le trouble anxieux se manifeste de manière différente selon les enfants, leur âge, leur personnalité et le type de perturbation, Soulignons d'emblée combien l'angoisse est potentiellement masquée par l'hyperactivité, l'agitation ou d'autres troubles du comportement, Le trouble anxieux est aussi souvent associé à des difficultés d'apprentissage (Becker, 2019) Par ailleurs, le refus scolaire est une complication commune de l'anxiété chez l'enfant.

La CIM 10 regroupe les principaux troubles névrotiques de l'enfant dans les chapitres « troubles émotionnels débutant spécifiquement dans l'enfance » (anxiété de séparation trouble anxieux phobique de l'enfance, anxiété sociale de l'enfance) et « troubles du fonctionnement social débutant spécifiquement durant l'enfance ou l'adolescence » (mutisme sélectif, trouble réactionnel de l'attachement de l'enfance, trouble de l'attachement de l'enfance avec dés inhibition, autres troubles du fonctionnement social de l'enfance) (Braconnier, 2006, 117).

Le DSM 5 (2015) décrit les troubles anxieux dans trois chapitres distincts, Le chapitre sur les troubles anxieux comporte l'anxiété de séparation, le mutisme sélectif, la phobie spécifique, la phobie sociale, le trouble panique et l'anxiété généralisée, Le chapitre sur le trouble obsessionnel-compulsif décrit le trouble obsessionnel-compulsif et le chapitre sur les troubles associés aux traumatismes et au stress décrit l'état de stress post-traumatique.

La CFTMEA quant à elle reste proche de la nosographie traditionnelle (d'approche psychanalytique) avec un chapitre intitulé « troubles névrotiques » qui répertorie successivement les troubles névrotiques à dominante anxieuse, à dominante hystérique, à dominante phobique, à dominante obsessionnelle, avec prédominance des inhibitions, la

dépression névrotique, les caractères névrotiques et les troubles névrotiques avec perturbations prédominantes des fonctions instrumentales (Braconnier, 2006, 117).

On distingue plusieurs types de troubles anxieux chez l'enfant selon le sujet spécifique sur lequel se fixe l'anxiété, On cite notamment l'anxiété de séparation, la phobie spécifique, le trouble anxieux généralisé, l'anxiété sociale, le mutisme sélectif, le trouble panique, l'état de stress post-traumatique et le refus scolaire anxieux.

Pour les besoins de notre article, nous allons nous suffire à une brève présentation des principales caractéristiques (tirées du DSM 5) qui composent le tableau clinique du cas présenté ci-dessous:

- **Trouble d'anxiété sociale (phobie sociale)**

Les critères retenus sont: A. Peur ou anxiété intense d'une ou plusieurs situations sociales durant lesquelles le sujet est exposé à l'éventuelle observation attentive d'autrui, Des exemples de situations incluent des interactions sociales (p. ex. avoir une conversation rencontrer des personnes non familières), être observé (p. ex. en train de manger ou boire) et des situations de performance (p. ex. faire un discours), N.B.: Chez les enfants, l'anxiété doit apparaître en présence d'autres enfants et pas uniquement dans les interactions avec les adultes. B. La personne craint d'agir ou de montrer des symptômes d'anxiété d'une façon qui sera jugée négativement (p. ex. humiliante ou embarrassante, conduisant à un rejet par les autres ou à les offenser). C. Les situations sociales provoquent presque toujours une peur ou une anxiété, N.B.: Chez les enfants, la peur ou l'anxiété peuvent s'exprimer dans les situations sociales par des pleurs, des accès de colère, ou des réactions de jugement; l'enfant s'accroche, se met en retrait ou ne dit plus rien. D. Les situations sociales sont évitées ou subies avec une peur ou une anxiété intense. E. La peur ou l'anxiété sont disproportionnées par rapport à la menace réelle posée par la situation sociale et compte tenu du contexte socioculturel. F. La peur, l'anxiété ou l'évitement sont persistants, durant habituellement 6 mois ou plus. G. La peur, l'anxiété ou l'évitement entraînent une détresse ou une altération cliniquement significative du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants. H. La peur, l'anxiété ou l'évitement ne sont pas imputables aux effets physiologiques d'une substance (p. ex. substance donnant lieu à abus, médicament) ni à une autre affection médicale. I. La peur, l'anxiété ou l'évitement ne sont pas mieux expliqués par les symptômes d'un autre trouble mental tel qu'un trouble panique, une obsession d'une dysmorphie corporelle, un trouble du spectre de l'autisme. J. Si une autre affection médicale (p. ex. maladie de Parkinson, obésité, défigurement secondaire à une brûlure ou une blessure) est présente, la peur, l'anxiété ou l'évitement sont clairement non liés à cette affection ou excessifs, Spécifier si: Seulement de performance: Si la peur est limitée aux situations de performance ou de parler en public (DSM 5, 2015, 253-254).

- **Le mutisme sélectif:**

Les critères retenus sont: A. Incapacité régulière à parler dans des situations sociales spécifiques, situations dans lesquelles l'enfant est supposé parler (p. ex. à l'école) alors qu'il parle dans d'autres situations. B. Le trouble interfère avec la réussite scolaire ou professionnelle, ou avec la communication sociale. C. La durée du trouble est d'au moins 1 mois (pas seulement le premier mois d'école). D. L'incapacité à parler n'est pas imputable à un défaut de connaissance ou de maniement de la langue parlée nécessaire dans la situation sociale ou le trouble se manifeste. E. La perturbation n'est pas mieux expliquée par un trouble de la communication (p. ex. trouble de la lucidité verbale apparaissant durant l'enfance) et elle ne survient pas exclusivement au cours d'un trouble du spectre de l'autisme, d'une schizophrénie ou d'un autre trouble psychotique (DSM 5, 2015, 244).

## **2.2. Enfant anxieux et sa famille:**

Ce présent point représente une revue de la littérature, non exhaustive, concernant la problématique de la transmission de la phobie au sein d'un groupe familial.

Nezelof (2014) considère que l'impact de la psychopathologie des parents sur le développement des enfants est un sujet particulièrement actuel.

Braconnier (2006) estime que dans le cadre des troubles anxieux chez l'enfant, la propre expérience d'attachement des parents intervient, comme un schéma qui tendrait à se répéter à travers les générations.

Bursztejn et Grillat (1995) estiment que si la compréhension du monde interne de l'enfant et de son évolution est un éclairage essentiel des phobies, il faut aussi tenir compte de leur dimension relationnelle. Certaines phobies de l'enfant semblent, en effet, en relation étroite avec l'angoisse de l'entourage, au point d'apparaître parfois davantage comme un symptôme de l'un des parents présentant lui-même des troubles phobiques - que comme un symptôme propre à l'enfant.

Granger (2002) va dans le même sens en admettant qu'on retrouve souvent un facteur familial dans l'étiologie des phobies (plus de phobiques dans les familles phobiques).

De son côté, Petot (2008) écrit que les données concernant les aspects familiaux de la phobie sociale sont peu nombreuses en raison de l'identification relativement récente de ce trouble. Cependant les quelques recherches dont nous disposons (c'est toujours Petot qui souligne) comme celle de James Reich et Yates (1988) montrent une fréquence de la phobie sociale, chez les parents du premier degré des sujets phobiques sociaux (6,6%) significativement plus élevée que chez les parents du premier degré des sujets avec trouble panique (0,4 %). Ainsi l'étude de Fyer et ses collègues (1993) trouve ce même rapport de trois contre un, quand on compare le nombre de phobiques sociaux dans la famille des phobiques sociaux et dans la famille des sujets témoins (16 % contre 5 %). Prenant les choses en sens inverse, l'étude pilote canadienne de Catherine Mancini et de ses collègues (1996) suggère que les enfants de parents phobiques sociaux présentent un risque élevé de développer des troubles psychiatriques et notamment des troubles anxieux. Une troisième étude va exactement dans le même sens: Lieb et ses collègues (2000) ont examiné une population de 1 047 adolescents de la région de Munich, âgés de 14 à 17 ans. Ils montrent que les enfants de parents phobiques sociaux (diagnostiqués selon les critères du DSM-IV) ont un taux de phobie sociale quatre à cinq fois plus élevé que les enfants de parents sans troubles psychopathologiques (9,6 contre 2,1 %). Les auteurs ont également trouvé que le style d'interaction entre parents et enfants joue un rôle dans la production de la phobie sociale. Ainsi, l'hyperprotection élevée et le rejet parental sont significativement associés à la fréquence de la phobie sociale chez les enfants. Comme toujours, les auteurs de certaines de ces études estiment que la dimension familiale du trouble est un argument en faveur de son déterminisme génétique et de sa transmission héréditaire. On ne saurait évidemment souscrire à ce genre d'affirmation, tant il paraît évident que les explications concurrentes par l'imitation et l'identification sont tout aussi pertinentes (Petot, 2008, 114-115).

Marcelli et Cohen (2012) considèrent quant à eux le rôle de la gestion familiale de l'anxiété dans son devenir au cours du développement. Ils écrivent à ce sujet « *d'autant que l'agrégation familiale constatée dans les études cliniques, si elle ne semble pas relever de facteurs génétiques, renforce cette perspective; tout comme les études qui montrent que les styles et les modèles des parents jouent un rôle certain dans la transmission de pattern d'anxiété de parents à enfants, La famille peut intervenir à plusieurs niveaux différents. Toutes croyances qui promeuvent l'anxiété, On ne peut ignorer que la perspective proposée par la théorie de l'attachement, dont certains fondements sont psychodynamiques mais pas exclusivement, est très séduisante pour témoigner au plan théorique de cette fragilité anxieuse retrouvée chez certains enfants et transmises au plan familial* » (Marcelli, Cohen 2012, 387).

Les théories écologiques proposent que le développement des troubles anxieux pédiatriques découle de facteurs environnementaux, y compris ceux liés à l'observation de membres de la famille et les facteurs présents dans l'ensemble de la communauté (Flament 2014, 298).

Romano et Payen de la Garanderie (2015) estiment que l'augmentation des consultations familiales concernant les phobies scolaires ou sociales, ces dernières années pose la question du rôle de la famille à la fois comme agent causal du symptôme, et comme

ressource thérapeutique, les deux étant intimement liés, Les deux auteurs rajoutent qu'on ne peut en effet se cantonner à l'exploration d'une dynamique intrapsychique individuelle pour expliquer ces symptômes phobiques, En effet, même si on manque de données pour objectiver ce type de facteurs éducatifs et de vie, il apparaît clairement dans la pratique clinique que deux types de fonctionnement se retrouvent dans l'histoire familiale des personnes souffrant de phobie (Pelissolo, 2016, 4).

Il est donc tout à fait possible de croire à l'existence de liens l'anxiété parentale maternelle ou parentale, et l'anxiété de l'enfant (Darcourt, 1993, 261).

Pour expliquer la transmission de la phobie dans la famille, les auteurs cités ci-dessus se réfèrent à plusieurs notions, La première est le « *mythe familial* », Le mythe est un organisateur du rapport au monde des membres de la famille qui permet de savoir qu'on appartient à telle famille et pas à telle autre, Le mythe détermine dans chaque famille une tonalité de l'ambiance. La deuxième est donc « *l'ambiance* ». L'ambiance familiale, c'est entre autres, la façon dont circulent les émotions entre les parents et aussi entre parents et enfants.

Enfin, le DSM 5 (2015) note que l'inhibition sociale de la part des parents peut servir de modèle à la réticence sociale et au mutisme sélectif chez les enfants, De même, l'anxiété sociale est héritable.

### **3. Illustration clinique: le cas de Manel:**

Il s'agit ici d'illustrer nos propos à la lumière des données d'évaluation psychologique d'une fille âgée de 5 ans que nous avons rencontré dans le cadre d'un examen psychologique demandé par une collègue psychologue, Cette dernière l'a reçu dans sa consultation pour le motif de difficultés d'adaptation de l'enfant dans son nouveau milieu scolaire, Manel affiche en effet, une réticence marquante, qui a nécessité la présence de sa mère dans sa classe, pour qu'elle accepte de rejoindre les bancs de l'école lors des premières semaines de la rentrée scolaire. Pendant les premiers jours, il était extrêmement difficile pour elle de se séparer de sa mère, La présence de sa sœur dans la même école ne l'a pas rassuré, Comme nous allons le voir, l'enfant a déjà manifesté dans son milieu familial et social une inhibition dans ses relations interpersonnelles, Sa difficulté de se séparer de ses figures d'attachement s'est explicitement manifestée lors de nos rencontres cliniques, D'emblée, il nous semble tout-à-fait légitime d'invoquer les critères d'angoisse de séparation de DSM-5 pour inscrire les symptômes de Manel dans le cadre d'un diagnostic sémiologique.

Par ailleurs, ses parents la décrivent comme « *une fille qui ne parle pas beaucoup; qui est très timide et peureuse* », Manel manifeste une inhibition intellectuelle et elle n'arrive pas à avoir accès aux premiers apprentissages scolaires (couleurs, lettres, chiffres), Également, il semble qu'elle prononce mal certains mots rendant compte de la répercussion de son inhibition sur la qualité de son langage.

Les données anamnestiques et les observations cliniques issues de l'examen clinique ont orienté notre compréhension de la problématique de cette enfant vers l'importance et la pertinence d'envisager ses difficultés non seulement dans le cadre d'un diagnostic sémiologique isolé, en l'occurrence un trouble anxieux, mais comme un enfant symptôme d'une dynamique familiale dysfonctionnelle comme diraient les praticiens de la thérapie familiale systémique, La littérature, présentée dans la première partie de cet article, nous a bien montré que le trouble d'un enfant n'est pas dissociable de son environnement et de la dynamique qui caractérise les relations au sein de sa famille. Ainsi, s'attarder sur quelques éléments de la propre histoire de l'un des parents ou des deux et sur la dynamique de la relation au sein de la famille, est très instructif quant à la compréhension des difficultés que présentent certains enfants, Cela permet de compléter l'évaluation psychologique de l'enfant par une évaluation globale de la dynamique familiale, L'évaluation de la dynamique familiale sera systématiquement reprise par le thérapeute de famille chez qui l'enfant et sa famille sont orientés dans la mesure où l'indication d'une thérapie familiale nous a semblé la piste thérapeutique la plus appropriée, La symptomatologie de Manel rentre en écho avec certains éléments de l'histoire de sa mère qui semble reproduire la même ambiance « *anxieuse* »

qu'elle a vécu au sein de sa famille, Nous donnerons plus de détails sur ce dernier point dans le paragraphe suivant.

- **Quelques éléments d'anamnèse**

Manel est la benjamine dans sa fratrie, Elle a un frère âgé de 18 ans, et trois sœurs âgées respectivement de 16, 13, et 8 ans, Son père est commerçant et sa mère est femme au foyer, Les parents décrivent une ambiance familiale et une relation de couple sans particularités, On ne rapporte pas d'antécédents de psychopathologie dans la famille, mais il est à noter que la mère est traitée pendant des années pour des crises épileptiques; sa propre tante est aussi traitée pour le même type de crises, Si nous n'avions pas noté des éléments particuliers du côté de la ligne paternelle, la mère en revanche nous décrit un vécu anxieux au sein de sa propre famille, Elle se rappelle alors comment les membres de sa famille préféreraient se retrouver ensemble et s'enfermer dans leur maison dès la tombée de la nuit. Une conduite qui les rassure, La mère pense que c'est de cette ambiance qu'elle tient son caractère de « peureuse », Elle est plutôt consciente de sa tendance exagérée à se montrer anxieuse à l'égard de la sécurité de ses enfants et de son conjoint, Actuellement, avec ses enfants, elle peut se montrer inquiète même à l'intérieur de la maison. Ainsi, elle se sent obligée d'aller vérifier que les enfants sont bien dans leur chambre, Elle précise que ça lui arrive même d'arrêter sa prière au milieu pour s'assurer qu'une situation banale comme un simple cri n'est pas grave.

Il nous semble important de préciser que l'absence du père pour des raisons professionnelles aurait favorisé la réémergence de la problématique anxieuse chez la mère et participé à installer une ambiance familiale teintée d'insécurité.

Quant à l'histoire de Manel, la mère précise qu'elle n'avait pas vraiment eu envie d'avoir un cinquième enfant. C'est le père qui a voulu un cinquième enfant disait-elle. Elle décrit ses grossesses dont celle de Manel comme difficiles. Elle dit avoir eu toujours, pendant les périodes de grossesse, des problèmes somatiques (anémie, vomissements), et se sentait toujours irritable. Mais, l'accouchement était normal. Manel est née avec une bonne santé.

Son développement psychomoteur est marqué par un retard dans l'acquisition de la parole, mais le développement des autres fonctions était dans les normes.

- **Socialisation et vie quotidienne**

En dehors de son frère et de ses sœurs avec qui elle aime jouer et échanger, les parents décrivent une fille exagérément réticente dans ses relations avec les enfants de la famille. Manel évite les interactions. Elle n'a pas été placée dans une crèche. A l'âge de 4 ans, elle n'a pas apprécié de se rendre à la mosquée du quartier. Une année après, elle a manifesté, comme signalé en haut, une grande résistance pour se rendre à son école, mais elle a fini par s'y habituer. Elle est actuellement dans une classe préscolaire. Selon ses parents, elle entretient des relations réticentes mais adéquates avec ses pairs, et il semble qu'elle est surtout réticente dans ses relations avec les adultes, notamment son enseignante, avec qui elle échange à peine quelques mots.

Il semble qu'elle était exposée aux écrans depuis son jeune âge. Elle s'est montrée particulièrement sensible aux scènes « de peur » qu'elle regardait à la télévision qui se trouvait dans la chambre de ses parents. Selon la mère, Manel n'avait pas eu un contact permanent avec la télévision, mais elle avait commencé à visionner des vidéos (pour les bébés) sur le téléphone portable dès son jeune âge.

Apparemment son retard de parole n'a pas nécessité une prise en charge orthophonique. Un examen EEG réalisé en décembre 2019 s'est avéré négatif.

- **Mode de contact et modalités relationnelles lors de l'évaluation clinique**

Manel s'est montrée très réticente sur le plan verbal (à peine elle a prononcé quelques mots pendant toutes les séances), et sur le plan comportemental (elle est restée collée à ses parents et elle a refusé de rester avec nous sans leur présence), Dans ce contexte, la passation d'épreuves psychologiques ne peut pas se faire dans des conditions standardisées, Elle produit un dessin dont le graphique est satisfaisant, En présence de la mère, elle a pu repérer la

majorité des réponses banales au Rorschach, et nous avons pu lui proposer le Test de Maturité Scolaire qui n'exige pas de réponses verbales.

- **Au Test de maturité scolaire**

Ce test n'est pas une « mesure de l'intelligence », il apporte une indication sur le développement intellectuel, facteur principal, mais non unique, de la réussite scolaire.

Cette indication est valable à un moment précis qui est celui d'entrée en école préscolaire (5 ans), et en première année primaire (6 ans).

Voici les résultats de Manel à ce test:

**Tableau (1) Résultat de Manel**

<b>1- Différences</b>	<b>4</b>	<b>1</b>
<b>2- Information-Vocabulaire</b>	<b>20</b>	<b>5</b>
<b>3- Code</b>	<b>2</b>	<b>1</b>
<b>Total</b>	<b>7</b>	<b>2</b>
	<b>Note</b>	<b>Classe</b>

Manel a eu de faibles résultats à ce test, Elle a eu une note standard totale aux trois subtests (*Différences*, *Information-Vocabulaire*, *Code*) de 7, Cette note correspond à la classe 2. Le niveau intellectuel est exprimé en termes de classes, En tout, nous avons 11 classes la plus inférieure est la classe 0, la moyenne est la classe 5, et la plus supérieure est la 10.

L'enfant a eu 4 au premier subtest, Cela correspond à une note standard de 1 qui indique une classe très inférieure, Le subtest *Différences* consiste en 24 groupes d'objets l'enfant doit éliminer l'objet auquel manque une caractéristique présente chez les quatre autres, L'opération consiste donc à isoler les aspects présents dans les cinq termes du groupe à les réunir en concepts distincts, et à découvrir parmi ces concepts celui qui permet de rassembler quatre des termes par opposition au cinquième, Ce genre de tâche donne l'une des mesures les plus fidèles de l'aptitude intellectuelle, Elle est sans aucun doute liée au langage et exige un minimum de compréhension verbale, sans que cette contribution soit la plus importante.

Au deuxième subtest, elle a eu une note de 20 qui correspond à 5 comme note standard, Le but de subtest *Information-Vocabulaire* est d'obtenir une estimation du niveau du langage de l'enfant, dont on reconnaît depuis longtemps qu'il est une expression du développement intellectuel, et dont on sait quelle importance il a dans la réussite scolaire.

Il s'agit de définir, par l'intermédiaire du langage, un niveau global de développement culturel, Le niveau de Manel à ce subtest s'inscrit dans la classe moyenne.

Enfin, au dernier subtest elle a eu une note brute de 2 correspondant à la note standard de 1. Le test de *Code* se compose d'associations images-symboles assez simples, L'enfant doit marquer d'un trait le symbole qu'il faut associer à l'image présentée, Ce subtest constitue un moyen d'approche de la capacité de concentration, d'attention, et de la rapidité d'apprentissage, ensemble d'aptitudes particulièrement nécessaires à la tâche scolaire et, de plus, en liaison non négligeable avec le développement intellectuel.

- **Une configuration familiale anxieuse d'allure phobique**

Comme nous l'avons déjà souligné, Manel aurait une tendance à n'avoir un échange verbal qu'avec les membres de sa famille, À la maison où elle se sent en sécurité, elle parle d'une manière spontanée et sans aucun problème, et elle se prête à des activités ludiques tout à fait normales (mise en scène, jeu de faire semblant), En dehors des membres de sa famille proche, il semble qu'elle a du mal à parler avec les autres membres moins familiers comme les tantes ou les oncles, En dehors de la maison, notamment à l'école et dans le contexte de la rencontre avec nous, elle manifeste la même attitude de réticence verbale et comportementale.

Par ailleurs, selon les données de l'anamnèse, l'enfant semble avoir développé une attitude de réaction excessive par la peur dans des contextes variés (scènes de peur à la télévision, peur des endroits publics, peur du vent, peur de toucher les images représentant certains animaux comme les reptiles (crocodile), Tenant compte de l'ensemble de tableau

clinique décrit, nous pensons que l'enfant présente un trouble anxieux associé à un mutisme sélectif.

Mais, l'exploration clinique met une évidence une forme d'une configuration phobique familiale, La mère se décrit comme une personne anxieuse et phobique.

À la maison, elle décrit une ambiance teintée de peur. Le grand frère a peur du noir et il ne peut pas dormir seul, Toute la fratrie partage la même chambre, et pourtant il y a des chambres non occupées, Manel a manifesté des plaintes somatiques quand elle a quitté la chambre des parents l'année passée, Actuellement, elle se réveille parfois la nuit pour rejoindre les parents en leur disant qu'elle a peur.

#### - Synthèse de l'évaluation et indication de prise en charge

Nous pensons que la résistance de Manel aux premiers apprentissages scolaires instrumentaux (chiffres, lettres, calculs) relève d'une inhibition intellectuelle s'inscrivant dans le cadre d'un trouble anxieux invalidant à caractère phobique avec une composante mutique.

Ainsi, une prise en charge psychologique de l'enfant est nécessaire, Une thérapie de type cognitive et comportementale peut être envisagée, mais compte tenu de la configuration familiale phobique évoquée, nous pensons qu'un travail thérapeutique avec la famille est indiqué dans un premier temps, Il peut prendre la forme d'une thérapie familiale et/ou de consultations thérapeutiques avec la famille.

Un soutien pédagogique dans le but d'améliorer ses apprentissages scolaires pourrait aussi s'avérer nécessaire.

#### 4. Conclusion:

Le trouble anxieux peut entraîner des conséquences négatives chez l'enfant, Les résultats scolaires peuvent en pâtir, en raison des difficultés de concentration, d'attention et de mémorisation, Enfin un retrait social peut en découler, Face à ce type de trouble, le clinicien doit s'intéresser tout autant au contexte psychopathologique parental et familial que celui propre à l'enfant puisque le fonctionnement familial est un facteur déterminant dans l'évolution de l'enfant.

En effet, le cas de Manel illustre très bien l'importance et l'influence du fonctionnement familial sur le fonctionnement singulier à travers cette circulation de la phobie au sein du groupe.

Dès lors, il est plus que nécessaire, de rappeler ici à tous les cliniciens, que l'évaluation de la famille dans le cadre de l'examen clinique de l'enfant est plus que nécessaire. Cela permettra d'avoir un aperçu du fonctionnement de la famille et de son rôle positif ou négatif, dans le développement de l'enfant, Cela permettra également de replacer le symptôme dans la dynamique du groupe familial, premier cocon de tout enfant dans la vie.

Par ailleurs, bien que la prise en charge des troubles anxieux soit aujourd'hui une indication privilégiée pour les TCC, l'abord thérapeutique familial de ce type de trouble n'est pas à négliger.

#### Références bibliographiques:

- Association de psychiatrie américaine. (2015). *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM 5)*. Paris: Masson.
- Becker, E. (2019). La pleine conscience comme premier temps thérapeutique des troubles anxieux chez l'enfant. *Annales Médico-psychologiques*.  
<https://doi.org/10.1016/j.amp.2019.10.01>
- Braconnier, A. (2006). *Introduction à la psychopathologie*. Paris : Masson.
- Bursztejn, C., Grilliat, A-D. (1995). Névroses et troubles névrotiques chez l'enfant. *EMC-Pédopsychiatrie*. 37-201-A-60.
- Darcourt, G. (1993). *Psychiatrie*. Paris: Heures de France.
- Flament, M-F. (2014). Troubles anxieux chez l'enfant et aspects liés au développement. Dans J-Ph. Boulenger (dir.), *Les troubles anxieux* (pp.290-301). Paris: Lavoisier.
- Marcelli, D., Cohen, D. (2012). *Enfance et psychopathologie* (9 é éd). Paris: Elsevier Masson.



- Nezelof, S. (2014). Psychopathologie parentale et développement de l'enfant. *European Psychiatry*, 29(8). <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2014.09.215>
- Pelissolo, A. (2016). Anxiété sociale et phobie sociale. *EMC-Psychiatrie*. 37-370-A-20
- Petot, J. (2008). *L'évaluation clinique en psychopathologie de l'enfant*. Paris: Dunod.
- Romano, E., Payen de la Garanderie, J. (2015). Transmission des phobies dans la famille. *Enfance & Psy*, 1(65), 45-56. Doi :10.3917/ep.065.0045.
- Vera, L. (2009). *TCC chez l'enfant et l'adolescent*. Paris: Elsevier Masson.

**Comment citer cet article par la méthode APA:**

AMIAR, A., (2020). L'impact du travail posté semi-continue « trois huit » sur La santé des salariés. *Journal of Psychological and Educational Sciences*. 6(4). Algérie: Université d'El-Oued 344-352