

UNIVERSITÉ DE YAOUNDÉ I

**CENTRE DE RECHERCHE ET DE
FORMATION DOCTORALE EN
SCIENCES HUMAINES, SOCIALES
ET ÉDUCATIVES**

**UNITÉ DE RECHERCHE ET DE
FORMATION DOCTORALE EN
SCIENCES DE L'ÉDUCATION ET
INGÉNIEURIE ÉDUCATIVE**



THE UNIVERSITY OF YAOUNDE I

**POSTGRADUATE SCHOOL FOR
THE SOCIAL AND EDUCATIONALS
SCIENCES**

**DOCTORAL UNIT OF RESEARCH AND
TRAINING IN SCIENCES OF EDUCATION
AND EDUCATIONAL INGENIEERING**

**MENTALISATION ET TRAUMATISME : CAS DES ENFANTS
RÉFUGIÉS CENTRAFRICAINS DE 6 À 11 ANS
SÉPARÉS DES PARENTS**

Mémoire rédigé et présenté en vue de l'obtention du Diplôme de Master en Education spécialisée

Spécialité : Handicap mental, Handicap psychique et Gérontologie

Par

NGABE Jean Marino

Licencié en Psychologie

Sous la Direction de :

Pr. MAYI Marc Bruno

Maître de Conférences

Avril 2017

DÉDICACE

À

Mes deux enfants : Pascal 3 ans et Roger 1 an

SOMMAIRE

DÉDICACE	i
SOMMAIRE.....	ii
REMERCIEMENTS	iv
LISTE DES ABRÉVIATIONS	v
LISTE DES TABLEAUX	vi
RÉSUMÉ	vii
ABSTRACT.....	viii
INTRODUCTION GENERALE	1
PREMIÈRE PARTIE: CADRE CONCEPTUEL.....	4
CHAPITRE 1 : PROBLEMATIQUE DE L'ETUDE	5
1.1. Contexte et justification de l'étude	5
1.2. Formulation du problème	6
1.3. Question de recherche	8
1.4. Hypothèse générale.....	9
1.5. Hypothèses de recherches.....	9
1.6. Objectifs de l'étude.....	10
1.7. Intérêt et pertinence de la recherche	11
1.8. Délimitation de l'étude.....	12
1.9. Définition des concepts	13
CHAPITRE 2 : REVUE DE LA LITTERATURE	18
2.1. Généralités sur la mentalisation.....	18
2.2. Généralités sur le traumatisme	25
CHAPITRE 3: THEORIES EXPLICATIVES DU SUJET.....	48
3.1. La mentalisation	48
3.2. Les approches théoriques du traumatisme.....	53
DEUXIEME PARTIE: CADRE OPERATOIRE.....	60
CHAPITRE 4 : METHODOLOGIE DE L'ETUDE.....	61
4.1. Rappel du problème.....	61
4.2. Rappel des hypothèses.....	61
4.3. Type de recherche ou de l'étude.....	62
4.4. Site de l'étude	63
4.5. Instruments de collecte des données.....	68
4.6. La démarche de collecte des données.....	75
CHAPITRE V : PRESENTATION ET ANALYSE DES RESULTATS	78
5.1. Présentation du cas 1	78
5.2. Présentation du cas 2	79

5.3. Présentation du cas 3	80
5.4. Présentation du cas 4	81
5.5. Présentation du cas 5	82
5.6. Présentation du cas 6	83
5.7. Présentation du cas 7	84
5.8. Présentation du cas 8	85
5.9. Présentation du cas 9	86
5.10. Présentation du cas 10	88
CHAPITRE VI : INTERPRETATION DES RESULTATS	95
6.1. Interprétation et discussion de l'hypothèse de recherche n°1	95
6.2. Interprétation et discussion de l'hypothèse de recherche n°2.....	97
6.3. Interprétation et discussion de l'hypothèse de recherche n°3.....	99
CONCLUSION GENERALE ET RECOMMANDATIONS	102
CONCLUSION GENERALE	103
RECOMMANDATIONS	105
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	107
TABLE DES MATIERES	118

REMERCIEMENTS

L'élaboration de ce travail a été facilitée par l'encadrement, la collaboration et les conseils d'un certain nombre de personnes que Je tiens particulièrement à remercier.

- ❖ Mes remerciements s'adressent singulièrement à mon directeur de mémoire, le Professeur Mayi Marc Bruno, pour m'avoir si bien accompagné durant une année de formation. Ses corrections, commentaires, conseils précieux, mais aussi sa disponibilité, ont guidé et orienté ce mémoire.
- ❖ Cette recherche a été également l'occasion de nombreuses rencontres avec des personnes venant d'horizons divers. Je les remercie pour leur soutien, leurs nombreux conseils et leur amitié. Je remercie particulièrement Song Esaïe Frédéric (mon aîné académique) et Ngueyon Dora Pascal (mon aînée académique). Qu'ils sachent que leurs commentaires et suggestions m'ont permis d'effectuer des modifications qui ont grandement amélioré la qualité de ce mémoire.
- ❖ J'ai également une pensée amicale pour Bandolo Jacqueline Jacqueline, pour Ndi Tsimi Lisette Flore et pour Ndengué Edvige Salomé, pour leur soutien amical.
- ❖ Je ne saurais oublier la parfaite collaboration du Centre International de Formation des Personnels Humanitaires et de L'UNHCR, par lesquels l'obtention d'une autorisation à effectuer cette recherche dans les sites des réfugiés de Yokadouma et Mbilé fut rendue possible.
- ❖ Toute ma reconnaissance va aussi vers nos encadreurs de terrain pour leur accueil, leur disponibilité, et leur enseignement durant les mois de stage de recherche.
- ❖ Je tiens à exprimer toute ma reconnaissance aux réfugiés qui n'ont ménagé aucun effort pour la traduction orale des épreuves psychologiques en sango et en ffuldéd lors de leur passation aux sujets.
- ❖ Je souhaite aussi remercier mes camarades de promotion, avec qui nous avons partagé des bons moments et vécu des bonnes expériences durant un an de formation.
- ❖ Je veux finalement remercier mes proches et ma famille pour leur soutien moral. En particulier Biloa Toulou Georgette (ma mère) pour son soutien affectif, financier et matériel pour la production de ce mémoire.

LISTE DES ABRÉVIATIONS

A.P.A: American Psychiatric Association

AV : Avant

CIM : Classification Internationale des Maladies

CP : Cours Préparatoire

CODE : Coordination des ONG pour les Droits de l'Enfant

DESNOS: Disorders of Extreme Stress Not Otherwise Specified

DSM: Diagnostic and statistical manual of mental disorders

ESPT : Etat de Stress Post Traumatique

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONG : Organisation Non Gouvernementale

PAM : Programme Alimentaire Mondial

PBS: Personne à Besoins Spécifiques

PTSD : Post Traumatic Stress Disorder

R : Rarement

RCA : République Centrafricain

S : Souvent

SGBV : Sexual Gender Based Violences

SIL : Section d'Initiation à Lecture

TSI: Trauma Symptom Inventory

UNHCR: United Nation High Commission for Refugees

UNICEF: United Nation International Children's Emergency Fund

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 01. Présentation de notre échantillon d'étude.....	68
Tableau 02. Distribution réponse du sujet 1 au TSI.....	78
Tableau 03. Distribution réponse du sujet 2 au TSI.....	79
Tableau 04. Distribution réponse du sujet 3 au TSI.....	80
Tableau 05. Distribution réponse du sujet 4 au TSI.....	81
Tableau 06. Distribution réponse du sujet 5 au TSI.....	82
Tableau 07. Distribution réponse du sujet 6 au TSI.....	84
Tableau 08. Distribution réponse du sujet 7 au TSI.....	85
Tableau 09. Distribution réponse du sujet 8 au TSI.....	86
Tableau 10. Distribution réponse du sujet 9 au TSI.....	87
Tableau 11. Distribution réponse du sujet 10 au TSI.....	88
Tableau 12. Synthèse des distributions des réponses des sujets au TSI.....	89
Tableau 13. Synthèse de distribution des scores des sujets au Social Stories Test.....	90
Tableau 14. Synthèse des distributions des réponses des sujets 1, 4, 6, 9 au TSI.....	91
Tableau 15. Synthèse de distribution des scores des sujets 1, 4, 6 et 9 au Social Stories Test	91
Tableau 16. Synthèse des distributions des réponses des sujets 2, 5, 7 au TSI.....	92
Tableau 17. Synthèse de distribution des scores des sujets 2, 5 et 7 au Social Stories Test....	93
Tableau 18. Synthèse des distributions des réponses des sujets 3, 8, 10 au TSI.....	93
Tableau 19. Synthèse de distribution des scores des sujets 3, 8 et 10 au Social Stories Test..	94

RÉSUMÉ

La mentalisation est un concept qui réfère à la capacité qu'a un individu d'interpréter les comportements des autres sous forme d'états mentaux, soit des croyances, des désirs, des émotions et des intentions. Cette capacité implique que la mentalisation est associée au développement de la régulation émotionnelle, à la construction d'une identité cohérente, stable et différenciée ainsi qu'au maintien des relations saines et réciproques. Cependant, dans notre étude dont l'objectif est de vérifier si la mentalisation contribue comme facilitateur du traumatisme chez les enfants réfugiés de 6 à 11 ans et qui sont séparés de leurs parents, nous sommes partis d'un constat à partir duquel on a observé la cause du traumatisme chez les enfants réfugiés séparés des parents au travers de la mentalisation. C'est ce qui nous a amené à nous poser la question de recherche suivante : quelle est l'influence de la mentalisation sur le du traumatisme chez les enfants réfugiés séparés de leurs parents ?

A cette question nous avons émis l'hypothèse selon laquelle la mentalisation contribue comme facilitateur du traumatisme chez les enfants réfugiés de 6 à 11 ans séparés des parents. Cette hypothèse, nous l'avons appelé hypothèse générale, que nous avons opérationnalisée en trois hypothèses de recherche :

- **HR1** : La capacité à distinguer ses propres états mentaux et ceux des autres contribue comme facilitateur du traumatisme chez les enfants réfugiés séparés des parents.
- **HR2** : La conscience des affects contribue comme facilitateur du traumatisme chez les enfants réfugiés séparés des parents.
- **HR3** : Les biais de mentalisation contribue comme facilitateur du traumatisme chez les enfants réfugiés séparés des parents.

Pour vérifier ces hypothèses nous avons utilisé le social stories test de Sharp pour mesurer la mentalisation et le Trauma Symptom Inventory de John Briere pour mesurer le traumatisme. Ces deux instruments ont été passés à dix enfants tirés sur une population de 54 du site des réfugiés de Ngarisingo à l'Est du Cameroun. Les résultats des tests, leurs analyses et interprétations ont donné lieu à la confirmation de toutes nos hypothèses. Ce qui signifie que la mentalisation a une influence sur le du traumatisme chez les enfants réfugiés de 6 à 11 ans séparés des parents.

Mots clés : Enfants Séparés, Mentalisation, Traumatisme, Affect, Régulation émotionnelle.

ABSTRACT

Mentalization is a concept that refers to an individual's ability to interpret the behaviors of others in the form of mental states, such as beliefs, desires, emotions and intentions. This ability implies that mentalization is associated with the development of emotional regulation, the construction of a coherent, stable and differentiated identity, and the maintenance of healthy and reciprocal relationships. However, in our study, which examines whether mentalization contributes as facilitator of trauma in refugee children between the ages of 06 and 11 years of age and who are separated from their parents, we started with an observation from which we observed the cause of trauma in refugee children separated from parents through mentalisation. This led us to ask the following research question: What is the influence of mentalization on the trauma in refugee children separated from their parents?

To this question we hypothesized that mentalization contributes as facilitator of trauma in refugee children aged 6 to 11 years separated from parents. This hypothesis, we have called it a general hypothesis, which we have operationalized in three hypotheses of research:

- **RH1:** The ability to distinguish one's own mental states and those of others contributes as facilitator of trauma in refugee children separated from parents.
- **RH2:** Affective awareness contributes as facilitator of trauma in refugee children separated from parents.
- **RH3:** Mentalization bias is contributes as facilitator of trauma in refugee children separated from parents.

To verify these hypotheses we used the social stories test of Sharp to measure the mentalization and the Trauma Symptom Inventory of John Briere to measure the trauma. These two instruments were passed to four children drawn from a population of 54 in the Ngarisingo site in eastern Cameroon. The results of the tests, their analysis and interpretations have given rise to confirmation of all our assumptions. This means that mentalization has an influence on the trauma in separated 6-to-11-year-old refugee children.

Key words: Separated Children, Mentalization, Trauma, Affect, Emotional regulation

INTRODUCTION GENERALE

Il en est de certaines notions et entités pathologiques dont le domaine de signification déborde de toutes parts leur espace originel de création et de validité car elles passent dans le langage commun ou elles acquièrent d'autres sens, désignent et symbolisent de nouvelles sphères de l'expérience et de la pensée, autant individuelles que collectives. Ceci vaut particulièrement pour le trauma ou le traumatisme psychique, dont l'histoire laisse à penser qu'aucune autre notion issue du monde médico-psychologique n'a eu son destin autant partie liée à sa fonction sur la scène sociale, aussi bien d'ailleurs dans ses moments de développement que dans ses éclipses.

Pour s'en convaincre, il suffit de constater le volume exponentiellement croissant, depuis vingt-cinq ans, de travaux, d'écrits, de formations, etc., qui lui sont spécifiquement consacrés ainsi que la diversité des domaines s'y intéressant, importance qui contraste pour le moins avec sa quasi disparition de la scène psychiatrique pendant la longue période qui a précède cette effervescence. La notion de traumatisme, pourtant, n'est pas neuve puisqu'elle est née des premiers essais d'appréhension des troubles consécutifs aux accidents de chemin de fer et du travail, puis intimement associée à la grande révolution à l'origine de la psychologie clinique et de la psychopathologie que fut l'invention de l'inconscient au dix-neuvième siècle ; mais jamais sans doute aucune entité clinique n'avait suscité une telle multiplicité d'usages et connu un tel succès. Le terme, en tant que concept, relève certes du domaine scientifique : il y trouve son origine et continue d'alimenter les interrogations

Il s'y agira en effet pour nous de soutenir la nécessité d'aborder, sous un angle renouvelé dans quelques-uns de leurs aspects, un certain nombre de questions posées à la psychologie et jusqu'à présent traitées, pour dire vite, sous les termes de traumatisme et de mentalisation. Et si un long détour par les conditions liées aux processus d'apparition de ces questions, ainsi que par l'histoire des modalités suivant lesquelles elles ont été jusqu'au aujourd'hui théoriquement, cliniquement et institutionnellement abordées, s'est avéré représenter un préalable incontournable, leur raison et leur matière, si l'on peut dire premières, méritent cette fois d'être examinées dans le cadre d'une recherche plus approfondie, pour répondre à la question de l'existence d'un lien qui incite à la recherche sur le thème de «Mentalisation et traumatisme chez les enfants réfugiés centrafricains de 6 à 11 ans séparé des parents », et dont la nature reste encore à supposer, ou si non, à déterminer au terme de l'étude où les résultats, les analyses et les interprétations seront présentés, et par conséquent permettront aux institutions publiques de penser à la création de dispositifs de

consultation hospitalier spécifique à destination de personnes dites victimes de conflit armé et/ou psychotraumatisées .

En effet, pour le faire, nous avons articulé notre recherche autour de deux grandes parties :

- La première partie intitulée « cadre conceptuel » contient :
 - Le problème, les objectifs, l'intérêt et la délimitation de l'étude (chapitre 1) ;
 - La revue de la littérature (chapitre 2) ;
 - Les théories qui sous-tendent notre étude (chapitre 3).
- la deuxième partie intitulée « cadre opératoire » comprend :
 - Le rappel de nos hypothèses de recherche, notre organisation méthodologique en termes de description de l'outil de collecte des données, de population et du site de l'étude, de la méthode d'analyse et de traitement des données regroupé dans le chapitre 4 ;
 - La présentation et l'analyse des résultats (chapitre 5) ;
 - L'interprétation des résultats (chapitre 6).

PREMIÈRE PARTIE: CADRE CONCEPTUEL

CHAPITRE 1 : PROBLEMATIQUE DE L'ETUDE

Dans ce chapitre de notre recherche, nous allons présenter le contexte et la justification de notre étude, formuler et poser le problème que tentera de solutionner notre recherche. Il s'agit aussi pour nous de présenter l'intérêt et les objectifs poursuivis par l'étude, le corpus d'hypothèses que nous tentons de résoudre et sa délimitation.

1.1. Contexte et justification de l'étude

Le traumatisme psychique est un énorme problème de santé publique qui affecte la santé d'individus, de familles et de communautés partout au monde. Le traumatisme impose une lourde charge aux systèmes de soins de santé et de services sociaux. Le traumatisme est un problème de santé mentale, mais il touche également d'autres secteurs de la santé, notamment la santé primaire/physique, la santé mentale et la santé spirituelle. Vu l'effet énorme du traumatisme sur la santé, il importe que chaque prestataire de soins de santé et de services sociaux sache ce qu'est un traumatisme, puisse reconnaître les symptômes d'un traumatisme, les causes éventuelles en œuvre et comprenne son rôle dans le processus de rétablissement. Les domaines des soins de santé et des services sociaux, et surtout les personnes qui font appel à ces services, peuvent bénéficier des approches sensibles au traumatisme.

Parmi les réfugiés dans le monde, le traumatisme est répandu à un point tel que les prestataires de service en santé mentale dans les camps de réfugiés peuvent s'attendre à ce que beaucoup de leurs réfugiés aient été traumatisés d'une manière ou d'une autre. Or, même si dans le contexte humanitaire le traumatisme est souvent à l'origine d'un problème de santé communautaire ou d'un problème social dans notre société, certaines ONG ne font pas souvent le lien entre le traumatisme, les défis, et les problèmes que les réfugiés présentent. À compter du moment où le traumatisme a eu lieu, la personne peut éprouver des effets au cours de toute sa vie et jusque dans ses activités quotidiennes : son rôle parental, le travail, les activités sociales, les rendez-vous, ses relations. Il convient de noter que la majorité des réfugiés qui vivent un événement traumatisant ne finissent pas par développer les symptômes du trouble de stress post-traumatique. Toutefois, chez bon nombre d'entre eux, c'est une faible santé mentale et physique, la dépression et l'anxiété qui deviennent les problèmes les plus graves.

Le réfugié qui a vécu un traumatisme est à risque d'être traumatisé de nouveau à chaque fois qu'il sollicite des services sociaux et des soins de santé. Le manque de connaissances et de compréhension quant à l'impact d'un traumatisme peut entraver l'efficacité des services, des soins et des interventions. Lorsque la personne est de nouveau traumatisée, c'est un constat d'échec pour le système envers la personne concernée. Par conséquent, celle-ci peut se sentir incomprise, non soutenue et même responsable de sa situation. Tel est le cas des enfants réfugiés séparés des parents suite aux différents constats que nous avons observés parmi eux. Cela peut aussi perpétuer un cycle néfaste qui empêche la guérison et la croissance, un cycle qui peut être prévenu grâce à des connaissances de base et à l'adoption de pratiques et d'un langage sensibles au traumatisme. Tout le monde vit des événements traumatisants; cela fait partie de l'expérience humaine. Les accidents, les catastrophes naturelles, les guerres, les conflits de famille, l'exploitation sexuelle, la maltraitance et la négligence des enfants, et de mauvaises conditions sociales, sont tous inéluctables.

Toutefois, ses antécédents sociaux, par exemple la séparation brutale d'avec les parents en ce qui concerne les enfants séparés qui font l'objet de cette étude, peuvent avoir de lourdes conséquences dans le développement mental des sujets entraînant une altération partielle ou totale de la personnalité. C'est pourquoi nous avons été poussé à mener cette étude pour examiner ces enjeux et permettre d'identifier la manière dont les soins de santé et les services sociaux peuvent bénéficier des approches sensibles au traumatisme chez les enfants réfugiés séparés, établir des politiques et encourager l'interaction avec les patients afin de favoriser la guérison et la croissance.

1.2. Formulation du problème

Concrètement, le traumatisme psychique renvoie à la présence de symptômes psychopathologiques pour lesquels aucun diagnostic médical ne peut être émis. (Perucchi 2008, p.1) laisse découvrir dans ses analyses que classiquement, l'on considère le traumatisme comme un trouble relevant de la médecine et de la psychologie. Mais, bien que les deux disciplines reconnaissent une connexion entre le corps et l'esprit, elles sous estiment grandement la relation profonde qui les unit dans la guérison du traumatisme. Ce caractère indissoluble de l'unité du corps et de l'esprit soutenu par la pensée philosophique et pragmatique de la majorité des systèmes de thérapie dans le monde, fait malheureusement défaut à notre compréhension actuelle du traumatisme.

En effet pour (Perucchi, 2008, p.2), « la psychologie classique aborde le traumatisme à travers ses effets sur l'esprit, ce qui ne constitue au mieux que la moitié du problème et est totalement inadéquat : si nous ne considérons pas le corps et l'esprit comme un tout ; nous ne pourrions jamais comprendre en profondeur ni guérir un traumatisme ».

Pour résoudre le problème, de nouveaux chercheurs se sont intéressés à la question en tentant d'apporter des éclaircissements sur les effets de la relation entre le corps et l'esprit. Par exemple dans sa récente thèse de doctorat en psychologie, soutenue en 2014 à l'université de Sherbrooke, Eliane Paquin a travaillé sur la « conscience des affects et biais de mentalisation chez les enfants manifestant des plaintes somatiques ». Pour ce faire elle a utilisé cinq questionnaires mesurant ces construits auprès de 112 enfants âgés de 8 à 12 ans et à leurs parents. Puis les données obtenues, qui ont été analysées par les d'analyse de corrélation, de régression multiple et de variances produisent des résultats qui démontrent que « la conscience des affects, plus spécifiquement la dimension relative à la conscience des sensations corporelles associées aux émotions et à l'analyse des émotions, de même que les biais de mentalisation sont liés significativement aux plaintes somatiques ».

Toujours dans les mêmes travaux Paquin rapporte qu'une première étude avait été effectuée en 2005 auprès d'enfant et adolescents âgés de 8 à 18 ans souffrant de douleur chroniques inexplicables, et les résultats obtenus ont été les suivants : 44% présentaient des maux de tête, 30% avaient plutôt des douleurs musculo-squelettiques et 23% souffraient de douleurs abdominales. Elle continue en démontrant par autre étude menée en 1999, que parmi les enfants qui présentent un seul symptôme de façon récurrente, soit au moins une fois par semaine, une cause organique est trouvée uniquement dans 10% des cas. En plus, au niveau du sexe des enfants, il apparaît qu'il n'y aurait pas de différence durant les premières années de vie, mais que vers la fin de l'enfance et à l'adolescence, les filles manifestent plus souvent des plaintes somatiques que les garçons.

Il mérite d'être souligné que ces études partagent plusieurs communs éléments avec celle que nous avons menée sur le site des réfugiés de Ngarisingo à l'Est du Cameroun durant les trois mois de stage effectués à l'UNHCR. Nous avons ici observé un pourcentage élevé des cas d'enfants séparés présentant non seulement des plaintes somatiques mais aussi différents symptômes psychopathologiques du traumatisme. Nous les avons tous reçus dans nos entretiens cliniques de recherche qui par moment se sont terminés par des séances de prise en charge thérapeutique et de soutien psychosocial, vue la nécessité de prise en charge

en attendant l'arrivée d'un partenaire de mise en œuvre du programme de santé mentale. D'après les données recueillies sur le terrain, il semblerait qu'entre 6 et 11 ans, sur les 54 cas que compte le site, 10 réalisent davantage la portée de l'événement vécu, c'est-à-dire la séparation d'avec les parents survenue pendant ou après la crise. Donc pendant les entretiens, les plaintes psychosomatiques ont été rapportées par ces derniers et dans la plus part des cas, nous avons surtout relevé les céphalées, les troubles du sommeil, la fièvre et les problèmes d'énurésie. De même chez les même enfants, nous avons observé la manifestation des symptômes psychopathologiques tels que : l'émotivité excessive, la faible capacité à gérer le stress, l'hypervigilance, hyperactivité, comportement d'évitement, des réactions agressives avec accès de colère, trouble d'attention, l'incohérence identitaire et des difficultés dans la régulation émotionnelle.

C'est par un tel constat qu'avec Freud, la psychanalyse a trouvé sa place et a permis de montrer que les dysfonctionnements, les tensions, les traumatismes et les conflits, pouvaient parfois ce traduire dans le corps (par exemple la conversion hystérique).

Le problème qui pourrait se dégager de ce constat est celui de la cause du traumatisme chez les enfants réfugiés séparés des parents au travers de la mentalisation.

Or, jusqu'ici, il n'existe dans la littérature que très peu de travaux qui mettent en évidence l'existence d'un possible lien entre la mentalisation et le traumatisme, en dehors des travaux sur la mentalisation et la somatisation; si bien que le constat qui a été fait chez les enfants réfugiés séparés, nous pousse à mener la présente étude.

1.3. Question de recherche

Le regard social sur l'évolution du monde permet de penser que l'être humain a connu l'expérience du traumatisme dès le début de son apparition sur terre, que ce soit en réaction aux accidents, à l'expérience de la mort, aux phénomènes naturels effrayants, aux violences entre les hommes. En psychopathologie et singulièrement dans la clinique du traumatisme, on admet que les excitations attenantes à l'événement traumatisant ont fait effraction au travers des défenses du psychisme.

Or, le traumatisme psychique se produit suite à une menace grave pour la vie ou pour l'intégrité psychique ou physique, la personne y réagit avec effroi et dans un sentiment d'impuissance, ensuite l'événement effrayant reste non intégré au psychisme, revenant de façon compulsive dans des sensations de reviviscence ou comme menace imminente. Dès

lors, on peut donc en psychologie, définir le traumatisme psychique ou trauma comme un phénomène d'effraction du psychisme, et de débordement de ses défenses par les excitations violentes afférentes à la survenue d'un événement agressant ou menaçant pour la vie ou l'intégrité (physique ou psychique) d'un individu, qui y est exposé comme victime, témoin ou acteur.

Partant de ce postulat, la question qui fait l'objet de notre recherche est la suivante : quelle est l'influence de la mentalisation sur le traumatisme chez les enfants réfugiés centrafricains de 6 à 11 ans séparés des parents ? Nous proposons une réponse à cette question par l'émission de l'hypothèse suivante :

1.4. Hypothèse générale

L'hypothèse est une réponse provisoire de la question de recherche. Dans cette étude notre hypothèse générale est la suivante : la mentalisation contribue comme facilitateur du traumatisme chez les enfants réfugiés centrafricains âgés de 6 à 11 séparés des parents.

Cette hypothèse se comprend mieux lorsqu'on considère la définition de la mentalisation donnée par (Marty, 1991). En effet, pour cet auteur, la mentalisation s'intéresse à des dimensions de l'appareil mental qui concernent la quantité et la qualité des représentations des individus. Or, tout en constituant le phénomène clé qui sert de critère au psychosomaticien dans son évaluation des capacités de mentalisation mobilisables sur le champ chez un patient donné, la représentation nous conduit vers certaines difficultés conceptuelles. En effet, grâce à la pratique de la cure analytique, il a été prouvé que la représentation ne constitue qu'un élément instantané et ponctuel du processus de mentalisation, une étape, fût-elle répétée (Freud, 1914) de polymorphe, mais dans tous les cas jamais une fin en soi. Elle donc a pour fonction de constituer le support, voire le pivot de la pensée et de la communication, avec soi-même et avec autrui.

1.5. Hypothèses de recherches

Selon (Sharp, 2006), on peut considérer la mentalisation selon deux composantes : une composante cognitive et une composante affective. La composante cognitive réfère à la capacité à distinguer ses propres états mentaux et ceux des autres et la composante affective quant à elle, réfère à la mentalisation des affects et renvoie aussi au concept de conscience des affects. Nous aurons ainsi les hypothèses de recherche suivantes :

RH1 : La capacité de distinguer ses propres états mentaux et ceux des autres contribue comme élément facilitateur du traumatisme chez les enfants réfugiés séparés des parents.

RH2 : La conscience des affects contribue comme élément facilitateur du traumatisme chez les enfants réfugiés séparés des parents.

RH3 : Les biais de mentalisation contribuent comme élément facilitateur du traumatisme chez les enfants réfugiés séparés des parents.

1.6. Objectifs de l'étude

L'objectif est une communication d'intention qui décrit ce que l'on se propose d'atteindre et de réaliser à la fin d'une étude. Autrement dit, l'objectif d'une étude est ce que l'on se propose d'atteindre, en précisant la démarche utilisée pour démontrer un phénomène. Dans cette étude, nous en avons fait deux types: l'objectif général et les objectifs spécifiques.

1.6.1. Objectif général

L'objectif général de cette étude est de vérifier si l'élaboration mentale des comportements internalisés et externalisés, et les biais de mentalisation influencent comme facilitateur du traumatisme chez les enfants réfugiés de 06 à 11 ans séparés des parents. L'objectif de l'étude est le but que l'on se propose d'atteindre dans une investigation. Dans le cadre de ce travail, nous avons un objectif général et des objectifs spécifiques.

1.6.2. Objectifs spécifiques

De notre objectif général dérivent trois objectifs originaux ou spécifiques qui sont en congruence avec nos hypothèses de recherches. Ce sont :

- Montrer que la capacité de distinguer ses propres états mentaux et ceux des autres, contribue comme élément facilitateur du traumatisme chez les enfants réfugiés séparés des parents.
- Examiner que la conscience des affects contribue comme élément facilitateur du traumatisme chez les enfants réfugiés séparés des parents.
- Vérifier que les biais de mentalisation contribuent comme élément facilitateur du traumatisme chez les enfants réfugiés séparés des parents.

1.7. Intérêt et pertinence de la recherche

Selon Sillamy (2006 :145), l'intérêt est « ce qui importe à un moment donné ». Vue sous cette perspective, cette étude revêt d'un triple intérêt : thérapeutique, psychologique et l'intérêt pour l'UNHCR.

1.7.1. Intérêt thérapeutique

La pertinence suscitée par cette étude, est l'élément nouveau qu'elle tient à apporter dans la pratique clinique. La présente recherche vise ainsi à outiller les cliniciens à reconnaître les déficits de mentalisation pouvant contribuer à la construction du traumatisme. Les biais de mentalisation doit être considéré comme des indices d'une vulnérabilité chez les enfants séparés. Une meilleure connaissance du phénomène permettra indubitablement aux cliniciens de mieux dépister les individus à risque et d'orienter la prise en charge thérapeutique.

1.7.2. Intérêt psychologique

La mentalisation est définie par (Bateman et Fonagy, 2004) comme étant la capacité d'un individu à reconnaître et à nuancer ses états mentaux ainsi que ceux de l'autre. En effet, l'examen de la victimisation révèle qu'il est très difficile de s'en tenir à un facteur psychologique en particulier, car on constate que tout changement cognitif a une incidence sur l'ensemble de la personnalité. Les capacités de mentalisation d'un individu lui permettent dès lors de considérer son vécu et celui de l'autre comme des perspectives différentes. L'intérêt psychologique que compte apporter cette recherche est qu'elle ajoute des nouveaux éléments en psychanalyse. Elle permettra d'approfondir la réflexion sur des éventuelles causes du traumatisme chez les enfants séparés en âge scolaire. Car jusqu'ici il y a très peu d'étude mettant en cause la mentalisation, en dehors de celles qui ont cherché d'établir un lien entre la mentalisation et la somatisation pour expliquer les problèmes d'ordre psychologique dont rencontrent les enfants en âge scolaire ayant connu des difficultés, des maltraitances et des abandons de toute sorte durant leur enfance. La présente recherche postule donc l'influence des processus de mentalisation sur le bien-être subjectif d'un individu, par le biais des processus dynamiques fondamentaux de sa personnalité. Encore faut-il préciser que l'une des stratégies possibles permettant d'aborder les traumatismes chez les victimes est la gestion du stress. Elle consiste en une fusion de modèles d'intervention en cas de crise et de techniques de verbalisation psychologique de. Grâce à l'application de méthodes à grande échelle de préparation à la crise, à du counselling de crise aiguë individuel, à un processus de

désamorçage, à des séances de verbalisation, à des interventions en cas de crise familiale et à des procédures de suivi, on espère pouvoir éviter les pires effets du traumatisme.

1.7.3. Intérêt de l'UNHCR

Avant de montrer l'intérêt de l'UNHCR, il mérite tout d'abord de présenter sa définition d'un enfant séparé. Selon le code de vulnérabilité simplifié de l'UNHCR un « Enfant Séparé » est toute « personne âgée de moins de 18 ans qui est séparé de ses deux parents (père et mère) ou de la personne qui est initialement chargée, selon la loi ou la coutume, de subvenir à ses besoins ; elle n'est pas nécessairement séparée d'autres membres de sa famille. Certains « enfants séparés » peuvent donc être accompagnés par des membres adultes de leur famille ».

L'intérêt de l'UNHCR dans cette étude consistera à savoir différencier en dehors des critères généraux évoqués dans la définition précédente, des critères spécifiques de vulnérabilité propres à chaque enfant. A ce titre l'UNHCR peut également ajouter les biais de mentalisation, les problèmes de développement de la capacité de mentalisations comme d'autres critères spécifiques de vulnérabilité rencontrés par certains enfants séparés. L'organisation pourra ainsi améliorer sa qualité d'assistance psychosociale et de protection au service de cette couche vulnérable en bénéficiant des approches sensibles au traumatisme que nous allons proposer en guise de recommandation, en établissant des politiques, et en encourageant ses partenaires dans la manière de l'interaction avec les victimes pour favoriser la guérison et la croissance.

1.8. Délimitation de l'étude

Ce travail porte sur la mentalisation et le traumatisme chez les réfugiés centrafricains de 6 à 11 ans séparés des parents. La recherche que nous menons nécessite une délimitation sur les plans thématique et géographique.

1.8.1. Sur le plan thématique

Du point de vue thématique, nous nous sommes intéressés à la notion de traumatisme comme une sorte de victimisation de l'enfant en situation de conflit armé. En effet, le processus de la victimisation ne s'arrête pas après la perpétration du crime. Les traumatismes associés au comportement criminel peuvent avoir des répercussions sur la façon dont les victimes se perçoivent et entendent leur monde et leurs relations. Les traumatismes et les pertes qui les accompagnent risquent de mettre en péril la perspective que l'on a de soi dans la

vie. En outre, les effets psychologiques des traumatismes peuvent être de longue durée et risquent d'avoir un effet débilant. La présente étude porte sur les processus de mentalisation qui ont des répercussions sur toute la personne. La capacité de régler des problèmes, les habiletés d'adaptation, les relations personnelles, sociales et professionnelles, tout cela peut être compromis par la mentalisation. La présente étude et synthèse vise à repérer les processus de mentalisation liés à la victimisation découlant du crime et à les relier aux enjeux cliniques entourant les interventions humanitaires. Dans cette étude donc, les processus de mentalisation sont mis de l'avant comme étant au cœur du fonctionnement de la personnalité abordée selon une conception psychodynamique contemporaine.

1.8.2. Sur le plan géographique

Notre étude s'est déroulée uniquement dans le site des réfugiés de Ngarisingo, un village de l'arrondissement de Ngarigombo à l'Est du Cameroun et situé à la frontière entre le département de la Kadei et le département de la Boumba et Ngoko. Bien qu'elle soit une étude de cas, elle s'est focalisée seulement sur les enfants réfugiés centrafricains séparés de ce site. C'est la raison pour laquelle nous pensons lui reconnaître quelques limites. L'importance de notre sujet comme toute sorte d'actualité nous aurait conduit à sillonner l'ensemble des sites et camps des réfugiés du Cameroun, mais la modicité de nos moyens et le temps matériel imparti à la réalisation de cette œuvre y ont constitué une sérieuse entrave. Aussi, avons-nous choisi de travailler uniquement avec les enfants réfugiés séparés de Ngarisingo vue que l'étude s'est déroulée au moment du stage. Ainsi, nous avons les moyens et le temps nécessaire pour pouvoir la réaliser.

1.9. Définition des concepts

Il est convenable avant d'aborder les concepts clés de cette étude, de les définir à priori. Dans cette partie, nous allons ainsi définir le concept de mentalisation, de traumatisme, d'enfant séparé, de réfugié et de parent.

1.9.1. Mentalisation

(Theis, 2006, p.71), nous a permis de comprendre qu' « il n'existe pas de définition univoque de la mentalisation ».

Ce pendant, telle que définie par (Bateman et Fonagy, 2004), la mentalisation réfère à la capacité d'un individu à reconnaître et à élaborer ses propres états mentaux (besoins, peurs, intentions, pensées et affects) et ceux des autres. Mentaliser, c'est être en mesure de se

représenter de façon dynamique sa propre vie psychique et celle de l'autre et de s'en servir pour nuancer, pour «jouer avec la réalité» au sens de (Winnicott, 1975).

Ensuite, Pierre Marty qui fait partie des co-fondateurs de l'Ecole de psychosomatique de Paris créée en 1962, introduit la notion de mentalisation de 1970 à 1975, lors de l'élaboration de sa théorie psychosomatique (1918-1993). Pour Pierre Marty cité par (Theis, 2006, p.72) « le terme mentalisation utilisé en psychosomatique désigne l'ensemble des opérations symboliques par lesquelles l'appareil psychique assure la régulation des énergies instinctuelles et pulsionnelles, libidinales ou agressives ».

Quant à (Fonagy et Target, 2007), la mentalisation encore nommée fonction réflexive, se définit comme « la capacité de l'enfant à interpréter, à se représenter les états mentaux (sentiments, désirs idées etc.) des auteurs, lui permettant alors d'anticiper et d'agir de manière adaptée ». Ces deux auteurs soutiennent que cette exploration du sens des actions est liée « à la capacité qu'a l'enfant de nommer sa propre expérience et de la mettre en sens. Cette capacité peut contribuer de façon essentielle à la régulation des affects, au contrôle des pulsions, à la maîtrise de soi, et à l'expérience de l'organisation du soi » (Theis, 2006, p.75).

Sans partager entièrement la définition de Pierre Marty, Rosine Debray, suggère que « la mentalisation soit rapportée à la capacité qu'a le sujet de tolérer voir de traiter ou même de négocier l'angoisse intrapsychique et les conflits représentationnels ou intrapsychiques. Il s'agit en définitive d'apprécier quel type de travail psychique est réalisable face aux angoisses, à la dépression et aux conflits inhérents à la vie ». (Tychev et al., 2000, p. 471) nous font découvrir que l'intérêt que revêt cette définition se trouve sur « la nécessité du travail d'élaboration des affects, en particulier des affects de déplaisir (angoisse, dépression) ».

1.9.2. Traumatisme

Le mot « traumatisme » vient du grec ancien « traumatismos », qui peut être traduit par « blessure ». Transposé à la pathologie chirurgicale, il signifie « transmission d'un choc mécanique violent exercé par un agent physique extérieur sur une partie du corps et provoquant une blessure ou une contusion » (L. Crocq, 2007). Transposé ensuite à la psychopathologie, le mot assorti de sa précision « psychique » signifie « transmission d'un choc psychique (et non plus mécanique) exercé par des agents extérieurs psychiques (et non

plus physiques) sur le psychisme (et non plus sur le corps), et y provoquant des désordres psychiques (et non plus somatiques) (L. Crocq, 2007).

Le traumatisme est donc une sorte de blessure. Quant à la notion de « trauma », du grec « trou », « percé », c'est non seulement la plaie, mais c'est aussi l'effet qui s'ensuit. Le traumatisme est donc plus profond que la blessure seule.

L'étymologie grecque définit le traumatisme comme une sorte de blessure avec effraction de la peau, une brèche dans l'enveloppe corporelle. En médecine, il dénote une lésion des tissus.

Officiellement, la définition la plus utilisée parmi les psychologues et les psychiatres est celle (Lorenzo Perucchi, 2008). Selon (Lorenzo Perucchi, 2008, p. 2) le traumatisme est une pathologie causée par « un événement hors du commun et qui provoquerait des symptômes évidents de détresse chez la plus part des individus ». (Perucchi, 2008) trouve cette définition englobant à cause des caractéristiques telles qu' « une menace sérieuse pour la vie ou l'intégrité physique, un danger ou un malheur importants pour ses enfants, son conjoint, d'autres parents proches ou amis, une destruction soudaine de son domicile ou de son quartier, la découverte de quelqu'un de gravement blessé ou mort dans un accident ou des suites d'une agression physique ».

Cependant, bien que cette définition soit déjà très connue dans la profession de santé mentale, elle pose néanmoins quelques limites. Par rapport aux limites dans cette définition nous retenons avec (Perucchi, 2008) que : « les événements qui sont mentionnés dans cette définition donnent des indications utiles mais laissent dans l'ombre beaucoup d'autres événements potentiellement traumatisants. Même si les accidents, chutes, maladies et intervention chirurgicales peuvent être considérés comme faisant partie du champ habituel des événements de l'expérience, ces événement que le corps perçoit comme menace à son intégrité son souvent source du traumatisme. Par contre, viol, fusillades et autres tragédies sont fréquentes dans des nombreuses communautés et peuvent être considérés comme faisant partie de leur expérience habituelle. Ils seront cependant toujours traumatisants. »

1.9.3. Enfant séparé

Selon le code de vulnérabilité simplifié de l'UNHCR, un « Enfant Séparé » est toute « personne âgée de moins de 18 ans qui est séparé de ses deux parents (père et mère) ou de la personne qui est initialement chargée, selon la loi ou la coutume, de subvenir à ses besoins ;

elle n'est pas nécessairement séparée d'autres membres de sa famille. Certains « enfants séparés » peuvent donc être accompagnés par des membres adultes de leur famille ».

Quant à la Fondation Suisse du Service Social International, l'appellation « enfants séparés » désigne les enfants de moins de 18 ans qui se trouvent en dehors de leur pays d'origine, séparés de leurs parents ou de leur représentant autorisé par la loi/par la coutume. Les enfants peuvent arriver seuls ou avec des membres de leur famille ou d'autres adultes. Bien que certains enfants soient « accompagnés » à leur arrivée, les adultes en question ne sont cependant pas nécessairement en mesure d'assurer leur protection et leur bien-être.

1.9.4. Réfugié

D'après l'Article 2 de la Loi n°2005/006 du 27 juillet 2005 Portant statut des réfugiés au Cameroun : « est considérée comme "réfugiée" au sens de la présente loi et conformément à la convention de Genève du 28 juillet 1951 relative au statut des réfugiés telle qu'amendée par son protocole de New York du 31 janvier 1967 et la convention de l'OUA régissant les aspects propres aux problèmes des réfugiés en Afrique signée à Addis-Abeba le 10 septembre 1969 :

- toute personne qui, craignant avec raison d'être persécutée à cause de sa race, de sa religion, de sa nationalité, de son appartenance à un certain groupe social ou de ses opinions politiques, se trouve hors du pays dont elle a la nationalité et qui ne peut ou, du fait de cette crainte, ne veut se réclamer de la protection de ce pays ; ou qui, si elle n'a pas de nationalité et se trouve hors du pays où elle avait sa résidence habituelle, à la suite de tels événements, ne peut ou, en raison de la dite crainte, ne veut y retourner ;

- toute personne qui, du fait d'une agression, d'une occupation extérieure, d'une domination étrangère ou d'événements troublant gravement l'ordre public dans une partie ou dans la totalité de son pays d'origine ou du pays dont elle a la nationalité, est obligée de quitter sa résidence habituelle pour chercher refuge dans un autre endroit à l'extérieur de son pays d'origine ou du pays dont elle a la nationalité. »

1.9.5. Parent

Selon (Larousse, 2008), un parent est une « personne qui a des liens familiaux plus ou moins étroits avec quelqu'un ». Ici, les liens familiaux étant des liens de consanguinité ou d'alliance.

En 2011, la Coordination des ONG pour les Droits de l'Enfant (CODE) considère le parent comme celui qui est de la même famille. Dans le langage commun, le terme « parent » fait référence aux parents biologiques ou adoptifs d'un individu (que celui-ci soit mineur ou majeur). La notion de parent suppose donc une filiation, naturelle ou non.

Les parents, ce sont les personnes desquelles on descend, autrement dit les géniteurs, mais surtout ceux qui exercent, au regard de la loi, leur autorité sur l'enfant. Sous cet aspect le droit envisage des droits et des obligations des parents en ce qui concerne :

- 1) la personne de l'enfant (autrement dit toutes les décisions relatives à son éducation, sa santé, ses loisirs, ses orientations religieuses ou philosophiques) ;
- 2) les biens de l'enfant (dès lors que les parents sont chargés de la gestion du patrimoine appartenant à leur enfant).

Concernant le législateur, il investit les parents du pouvoir et de la responsabilité des décisions concernant leur enfant. De celui-ci, ils sont civilement responsables; et, au besoin, ils le représentent légalement en justice.

De son côté, la sphère psycho-médico-sociale définit le parent comme toute personnes adulte exerçant cette fonction dans ses aspects juridiques, mais également politiques, socio-économiques, culturels, institutionnels et psychologiques (affectifs). Derrière ce rôle ou cette fonction parentale se profilent en réalité une série de comportements de soins et d'éducation (des compétences, diront certains), mais aussi des réaménagements de toutes sortes (psychiques, affectifs, organisationnels, spatiaux) permettant aux adultes de répondre aux besoins de leur(s) enfant(s) (CODE, 2011).

CHAPITRE 2 : REVUE DE LA LITTERATURE

La revue de la littérature est l'état des connaissances sur un sujet donné. Elle vise à mettre en exergue les contributions des auteurs qui ont traité des thèmes similaires à celui-ci et d'envisager les nouvelles orientations. D'après Aktouf (1987, p55), « c'est l'état des connaissances sur un sujet ». C'est le bilan de la documentation existante, résumé des connaissances actuelles sur le sujet de l'étude et l'identification des lacunes de ces connaissances. Dans cette revue de la littérature nous allons aborder premièrement le concept de mentalisation, en suite nous nous intéresserons à la notion de traumatisme.

2.1. Généralités sur la mentalisation

Mettre en exergue la contribution des auteurs au sujet de la mentalisation consistera donc à présenter la compréhension de la mentalisation selon les conceptions françaises et anglo-saxonnes ; à montrer les travaux qui ont mis en évidence les composantes de la mentalisation, le développement pathologique de la capacité de mentalisation, les défauts de mentalisation, le lien entre les défauts de mentalisation et psychopathologie, et le lien entre la mentalisation et la somatisation.

2.1.1. La mentalisation : les courants français et anglo-saxons

La mentalisation est comprise de différentes façons selon les auteurs. Les définitions sont multiples; elles se complètent parfois bien et ne se recouvrent que partiellement à d'autres moments. (Rebourg, de Tychey et Vivot, 1991) constatent qu'il n'y a pas de consensus entre les auteurs. Les conceptions influencées par la psychanalyse française seront présentées, suivi de la compréhension de Fonagy, compréhension qui domine dans la recherche anglo-américaine.

2.1.1.1. Courant français.

Les psychanalystes français Marty et Faim ont introduit le concept de mentalisation au début des années soixante pour « rendre compte de l'activité précoce de transformation des excitations pulsionnelles somatiques et des affects en contenus mentaux symbolisés. » (C. de Tychey, Diwo et Dollander, 2000, p.469). Selon Marty, la quantité et la qualité des représentations psychiques est au cœur de la mentalisation. Il s'agit de la qualité de l'articulation des représentations et aussi de leur mise en réseaux. La mentalisation permet ainsi la mise en pensée de l'excitation interne; les fantasmes et les éléments de rêve s'appuient sur elle (Diguer, 2005). Proche au départ de Marty, (Rosine Debray, 1991) s'écarte quelque

peu de sa définition pour y inclure un aspect plus interpersonnel. Pour (Debray, 1991) la mentalisation est la capacité de tolérer, de traiter et de négocier l'angoisse intrapsychique et les conflits interpersonnels ou intrapsychiques. Il s'agit du travail psychique que l'individu effectue face aux angoisses, à la dépression et aux conflits inhérents à la vie. De nombreux auteurs ont réfléchi sur la transformation des expériences primaires brutes en des représentations mentales verbales et non verbales plus élaborées (Lecours, 2005). Leur dénominateur commun selon (Lecours, 2005, p.92) est « l'accumulation et l'organisation des représentations qui favorisent le passage [...] à des niveaux supérieurs de mentalisation ». (Lecours et Bouchard, 1997) se sont attelés à bien cerner la notion de mentalisation en prenant soin de définir les termes représentation et symbolisation, comme des processus prenant part à la mentalisation. Pour eux, la mentalisation réfère à une fonction de liaison du préconscient/conscient consistant en une connexion d'excitations corporelles avec des représentations endopsychiques. Plus précisément, la mentalisation réfère à une classe générale d'opérations mentales, incluant la représentation et la symbolisation, qui mène à la transformation et à l'élaboration des expériences pulsionnelles chargées d'affects en des structures mentales de mieux en mieux organisées. Dans classe générale d'opérations mentales, (Lecours et Bouchard, 1997) incluent des notions familières tels que processus mentaux secondaires, fonction alpha, acting-out, etc. Ces deux auteurs ajoutent aussi que la mentalisation peut être considérée comme le système immunitaire de la psyché : « elle absorbe les stress intérieurs et extérieurs, les excès traumatiques et les pressions internes en traitant mentalement leurs effets sur le corps somatique et en les élaborant davantage ». Enfin, les enjeux non symbolisés et non mentalisés s'actualisent dans le corps (psycho-somatisation), dans l'action motrice et dans l'expérience subjective concrète et les psychopathologies tel que le dysfonctionnement opératoire, l'impulsivité, les troubles de la pensée et du langage, les troubles relationnels, etc. trouvent leur origine dans des contenus peu ou non mentalisés.

2.1.1.2. Courant anglais et américain.

Selon la conception anglo-saxonne, la mentalisation consiste en l'habileté à attribuer des états mentaux, des pensées et des émotions à soi-même et aux autres afin d'expliquer et de prédire le comportement. (Fonagy et Target, 2006) ont commencé à travailler sur la mentalisation et le soi autoréflexif. Leurs travaux ont essaimés, et leur compréhension de la mentalisation est maintenant le point de départ de nombreux travaux théoriques et empiriques. Elle est également au cœur de plusieurs programmes d'interventions auprès de mères à haut risque psychosocial. Brièvement définie, la capacité de mentaliser est la capacité de concevoir

les états mentaux comme les sources de son propre comportement et du comportement d'autrui (Fonagy et Target, 2006). Cette capacité de mentaliser, qui se place sur un continuum, est un déterminant central dans l'organisation du soi. Le Soi autoréflexif ou soi mentalisant permet d'entrer dans le monde des représentations. Ainsi, le soi mentalisant peut construire des représentations sur ses propres actions et celles des autres, ce qui se distingue du soi préreflexif où l'individu expérimente la vie de façon immédiate, sans intermédiaire psychique. Nous retrouvons ici « l'expérience subjective concrète » qu'évoquait (Lecours, 2005). Si (Lecours et Bouchard, 1997) comprennent la mentalisation comme une classe générale d'opération mentale incluant plusieurs processus bien étudiés en psychanalyse (représentation, symbolisation), (Fonagy et Target, 2006) affirment que la mentalisation s'appuie sur un grand nombre d'habiletés cognitives spécifiques, dont la compréhension des états émotionnels, un contrôle de l'attention, la capacité d'exercer un jugement sur des états subjectifs ainsi que la capacité de penser explicitement à des états d'esprit, ce que ces chercheurs appellent à proprement parler la mentalisation. L'ensemble de ces fonctions offrent à l'enfant et à l'adulte plusieurs « avantages » : une démarcation claire entre la réalité interne et la réalité externe, ou entre processus mentaux et émotionnels internes et événements interpersonnels (Fonagy et Target, 2006), la capacité de manipuler des représentations internes, la possibilité de trouver un sens aux actions des gens et ainsi une qualité améliorée de contact intersubjectif avec autrui. Après avoir présenté la notion de mentalisation, ses origines développementales seront maintenant abordées.

2.1.2. Composantes de la mentalisation

(Sharp, 2006) considère que la mentalisation comporte deux composantes : les aspects cognitif et émotif. La composante cognitive réfère à la capacité de distinguer ses propres états mentaux de ceux des autres. La composante affective, pouvant être appelée mentalisation des affects, est reliée à la capacité d'empathie. La mentalisation des affects peut donc être apparentée au travers du concept de conscience des affects. Cependant, bien que ces deux concepts traitent de l'habileté à percevoir, réfléchir et exprimer adéquatement un affect (Mohaupt et al., 2006), quelques distinctions peuvent être portées.

Si la capacité de mentalisation n'est pas développée adéquatement, il est possible de parler de biais ou de défaut dans la capacité de mentalisation. Ainsi, nous pouvons soit, ne pas savoir mentaliser inadéquatement, ou encore utiliser la mentalisation à mauvais escient comme le souligne (Allen et al., 2008). Ces biais cognitifs dans le processus de gestion des

états mentaux peuvent entraîner divers désordres émotionnels (Sharp et al., 2007). Par exemple, l'enfant peut encoder les informations sociales de façon inadaptée en interprétant un stimulus ou un indice social comme étant hostile envers soi, ou encore, en interprétant une situation sociale ambiguë comme étant menaçante ce qui entraînera un biais négatif. De tels biais négatifs au niveau de la capacité de mentalisation peuvent provoquer des affects aussi négatifs, de la rumination et de l'hypervigilance, qui peuvent à leur tour animer de l'anxiété ou des symptômes dépressifs. Cela signifie que l'enfant utilisera un locus d'attribution interne, stable et global (Sharp et al., 2007) dans l'interprétation de ses états mentaux et ceux des autres. D'un autre côté, l'enfant peut avoir tendance à surestimer et centrer les intentions des autres sur soi de façon égocentrique, ce qui entraîne, inversement, un biais positif. Ce dernier biais serait associé principalement aux problèmes de comportement comme l'agressivité, la paranoïa, l'égoïsme et l'opposition (Sharp et al., 2007).

2.1.3. Développement ou inhibition de la capacité de mentalisation

Les bébés naissent avec une capacité limitée à s'autoréguler. Ils comptent sur les parents pour les ramener à un état d'homéostasie lorsqu'ils sont débordés par des affects positifs ou négatifs. Le monde intrapsychique du bébé se développe à partir des interactions parents-enfants qui façonnent l'organisation de son monde interne. Les conditions qui permettent le développement de la capacité de mentalisation seront présentées suivi des conditions qui inhibent son développement.

Pour de (Tychev et al., 2000), l'habileté à se percevoir comme agent mental émerge des expériences répétées avec les premiers objets: la compréhension de ses propres états émotionnels s'étaye sur ce que l'enfant a découvert dans le miroir constitué du visage et des paroles de ses parents. Sans employer le terme de mentalisation, (Winnicott, 1956) soutient que le développement du soi de l'enfant est optimal quand la mère peut accepter et contenir les expériences et émotions de l'enfant, incluant l'amour et la haine, sans représailles. L'activité de pensée naît de la rencontre entre la recherche du sein, ou recherche de la satisfaction, et la frustration. Si la capacité de tolérer la frustration est suffisante, le « non-sein » ou non satisfaisant devient une pensée en même temps que l'appareil à penser cette pensée se développe. S'il y a incapacité à tolérer la frustration ou si la frustration est trop forte, au lieu d'une pensée il y aura un mauvais objet. (Fonagy et al., 1996) décrivent comment les mauvais traitements empêchent le développement de la mentalisation chez l'

enfant. Selon eux, quand un enfant est maltraité et traumatisé, afin d'éviter de penser que ses parents sont malveillants face à lui et qu'ils ont des intentions de le blesser, il se protège en inhibant le développement de ses capacités de mentalisation. L'enfant arrête de penser aux autres en termes d'intentions, de croyances et de désirs, car les pensées risquent de devenir réalité. La suspension de la mentalisation est ainsi une réponse défensive à un environnement continuellement traumatisant. Aussi, quand la violence physique est le moyen de communication entre l'enfant et l'adulte, le corps devient le lieu de gestion des idées et émotions. L'incapacité de l'enfant à penser ou à donner du sens aux actions le rend enclin aux agirs, augmentant son impulsivité et sa violence face à son corps et à celui des autres. L'échec de l'enfant à trouver un autre monde mental dans lequel le sien est représenté amène une recherche continuelle d'autres contenants. À l'âge adulte, il y aura un recours important à l'identification projective, moins de séparation entre soi et l'autre, et plus de dépendance à l'autre. Si la capacité de mentalisation demeure faible, l'enfant devenu adulte peut devenir le parent maltraitant.

2.1.4. Défauts de mentalisation et psychopathologie chez l'enfant

Les défauts de mentalisation peuvent se manifester de plusieurs façons. De ce fait, certains auteurs suggèrent l'existence de différents types de défauts de mentalisation. Par exemple, (Sharp et Venta, 2012) proposent que les patients souffrant de psychopathologies peuvent présenter une **absence de mentalisation**, une **sous-mentalisation** ou une **pseudo-mentalisation** dont les **distorsions** (Sharp, 2006) et l'**hyper-mentalisation** peuvent être comprises comme des sous-types.

D'abord, **une absence de mentalisation** peut s'observer dans certaines pathologies. Par exemple dans l'autisme, elle se manifeste par l'incapacité de l'enfant à réussir la tâche typique de la théorie de la pensée (Sharp, 2006) et à comprendre les fonctions du cerveau et de leurs propres états mentaux (Baron-Cohen, 1994). Cette incapacité à percevoir soi-même et autrui comme étant habités par des états mentaux est le défaut de mentalisation le plus marqué. L'absence de mentalisation entraverait significativement l'émergence d'un sens cohérent de soi-même et d'autrui ainsi que le développement de la capacité d'autorégulation émotionnelle.

Une **sous-mentalisation** renvoie à la présence de déficits de la capacité de mentalisation, malgré la capacité à concevoir l'humain comme étant habité par des états mentaux (Sharp et Venta, 2012). Certains enfants ayant un trouble du spectre de l'autisme

sont par exemple en mesure de réussir la tâche de la théorie de la pensée, étant donc aptes à se faire une idée des croyances d'autrui et à anticiper ses comportements. Toutefois, un niveau plus complexe de la capacité de mentalisation n'est pas atteint par ces enfants. En effet, ils présentent une lacune à tenir compte de la dimension affective de la mentalisation, entravant significativement l'empathie et l'ajustement social.

Une **pseudo-mentalisation** signifie l'actualisation des aspects préservés de la capacité de mentalisation, dissimulant temporairement des déficits aux autres dimensions (Sharp et Venta, 2012). Par exemple, il est observé chez certains autistes un développement tardif de la mentalisation explicite. Certains adolescents et adultes autistes sont donc en mesure de se questionner consciemment sur les états mentaux d'autrui afin d'ajuster leur comportement en conséquence. Cette aptitude acquise peut voiler temporairement leur déficit important à se représenter les états mentaux de façon spontanée, soulignée par l'échec de la capacité de mentalisation implicite et ce, même à l'âge adulte.

Une autre forme de pseudo-mentalisation est l'**hyper-mentalisation**, signifiant une attribution excessive et inadéquate d'états mentaux à autrui ou encore à une hypervigilance et une préoccupation excessive pour ses propres états mentaux et ce, de manière dissociée de l'expérience affective. Les individus hyper-mentalissant surinvestissent certains indices par rapport à d'autres, contribuant ainsi à la construction d'une interprétation erronée, voire irréaliste de leurs états mentaux ou de ceux d'autrui.

Ensuite, la notion de **distorsion** (Sharp, 2006) est aussi proposée pour rendre compte de défauts de mentalisation chez les enfants ou les adolescents dont certaines composantes de la capacité de mentalisation sont préservées, mais dont d'autres sont déficitaires. Par exemple, des distorsions peuvent s'observer chez les enfants présentant des troubles graves du comportement, dont le trouble des conduites (trouble du comportement), le trouble d'opposition avec provocation (trouble oppositionnel) et la présence de traits de personnalité antisociale. (Sharp, 2006) propose que lorsqu'ils sont dépourvus d'indices externes permettant d'inférer les intentions ou les états mentaux des gens, ces enfants leur attribuent des intentions hostiles. Plutôt que d'utiliser leur capacité à décoder pour ajuster leur comportement de façon à entretenir des relations positives, ils tendent à s'en servir pour manipuler ou blesser autrui, chez qui ils perçoivent des intentions hostiles (Sharp, 2006). Ces enfants semblent donc présenter des déficits au niveau de la dimension affective de la capacité de mentalisation, qui

implique l'empathie, ainsi qu'au niveau de la considération des caractéristiques internes pour se faire une idée des états mentaux des autres.

2.1.5. Mentalisation et somatisation

De nombreuses études cherchent à appréhender la façon dont un déficit au niveau de la gestion des émotions peut causer des plaintes somatiques (Kellner, 1990). Ces études démontrent qu'une mauvaise conscience des affects est reliée à plus de manifestations de plaintes somatiques tant chez les adultes (Subic-Wrana et al., 2010) que chez les enfants (Subic-Wrana, 2011). Également, plusieurs recherches permettent d'associer la somatisation à l'alexithymie, auprès d'adultes présentant des troubles psychosomatiques (Afrapoli et Verbanck, 2011), de même que chez les enfants. D'autres études permettent de mettre en relation certaines variables médiatrices entre la somatisation et la conscience des affects ou l'alexithymie, comme l'humeur négative, l'anxiété et la dépression. (Lecours et al., 2009) affirment quant à eux que les patients alexithymiques possèdent un niveau de mentalisation des affects inférieur à celui observé chez des patients non alexithymiques. Plus précisément, une seule étude permet de conclure que les adultes qui possèdent un trouble de somatisation ont un déficit dans leur capacité de mentalisation (Subic-Wrana et al., 2010).

Enfin, la notion de mentalisation peut être utilisée comme l'un des facteurs explicatifs de la somatisation, puisqu'il est démontré que si elle n'est pas bien développée chez l'enfant, il ne peut pas comprendre que ses manifestations physiques peuvent être représentées psychiquement (Fonagy et al., 2002). Il est donc possible de croire que l'enfant qui présente des plaintes somatiques ne peut traiter mentalement les représentations primaires afin de leur donner un sens, de les interpréter et de les conceptualiser (par exemple, associer l'augmentation du rythme cardiaque, le tremblement des membres du corps et la transpiration au fait qu'il a peur). La mise en place de ce processus de représentations internes d'une expérience émotionnelle permettrait donc à l'esprit de l'enfant de se dégager de l'unique réalité physique, c'est-à-dire de réfléchir plutôt que de donner des réponses automatiques, viscérales et non réflexives (Domon-Archambault et Terradas, 2012). De ce fait, nous pouvons croire que l'enfant qui somatise fonctionne au plan psychologique selon les modes téléologique et équivalent psychique de la pré-mentalisation, car il est aux prises avec des représentations primaires qui sont plus proches du corps et non symbolisées au plan mental, entraînant donc possiblement plus de plaintes somatiques. D'ailleurs, cela concorde avec les résultats de l'étude menée par (Subic-Wrana et al., 2010), auprès d'un groupe de 30 patients

adultes souffrant d'un trouble de somatisation en comparaison avec un groupe de 30 adultes de la population générale, en lien avec leur niveau de conscience des affects. Les résultats de cette étude stipulent que ces patients possèdent un niveau de représentation mentale de leurs émotions qui est moins élaboré, car ils associent leurs symptômes physiques à des sensations corporelles, plutôt qu'à un niveau de représentations mentales plus élevé qui leur permettraient d'intégrer et différencier leurs états mentaux et leurs symptômes physiques.

2.2. Généralités sur le traumatisme

Dans cette deuxième partie de la revue de la littérature consacrée au traumatisme, il mérite mieux de présenter premièrement l'évolution du concept de traumatisme. Ensuite, les écrits des différents auteurs et en fin présenter la description clinique du syndrome psychotraumatique.

2.2.1. Evolution historique du concept de traumatisme

Il existe de nombreuses recherches qui ont déjà pu établir un lien entre le traumatisme et des circonstances terrifiantes et effroyables à l'instar des conflits armés, le terrorisme, des catastrophes, etc. Ainsi, toujours selon les travaux du professeur (L. Crocq, 1999), nous distinguons quatre périodes dans l'histoire du traumatisme :

2.2.1.1. La période des précurseurs : de l'antiquité à 1880, récit légendaires, rêves de bataille, « vent de boulet » et « cœur du soldat »

Dès l'antiquité, « on retrouve déjà les premiers écrits racontant des expériences d'effroi face à la mort et des rêves traumatiques dans certains récits légendaires notamment dans l'épopée de Gilgamesh (Sumer, 2200 av JC) et l'Iliade d'Homère (900 av JC). ». Crocq montre « par exemple qu'Hérodote, (450 av JC) a rapporté un cas de cécité survenue après effroi en pleine bataille de marathon. De même Hippocrate (420 av JC) et Xénophon à Athènes, en suite Lucrèce à Rome (De natura rerum, 55 av JC), et Froissard au moyen âge (chronique, 1388) font mention dans leurs différents récits des rêves de bataille chez les guerriers. » Plus tard, en 1572, Ambroise Paré rapporte une observation d'un roi assailli d'hallucinations et cauchemars dans les suites d'un massacre.

Ensuite, Pinel, en 1808 : dans « Nosographie philosophique » décrit des observations de traumatisés dans les suites de la Révolution. Et il définira pour la première fois la « névrose de la circulation et de la respiration » où il insiste sur la dimension neurovégétative et l'importance de l'anxiété réactionnelle. À l'époque des guerres napoléoniennes on parle du

«syndrome du boulet» avec Desgenettes, Percy, Larrey (médecins militaires) : il s'agit du syndrome correspondant à l'état de stupeur observé suite au coup d'air lié au passage d'un boulet juste à côté de la tête.

Les guerres du milieu du dix-neuvième siècle vont aussi être à l'origine de plusieurs descriptions d'états d'hébétude ou de désespoir des soldats face à l'horreur, ou de cas d'hystérie réactionnelle à des frayeurs (Briquet : traité clinique et thérapeutique de l'hystérie).

2.2.1.2. La courte période des fondateurs (1880-1900) : autour des leçons cliniques de Charcot, la découverte de l'inconscient traumatique :

En 1888 : naissance de «la névrose traumatique» avec H. Oppenheim, suite aux accidents de chemin de fer. Première description de troubles dominés par la reviviscence, des troubles neurovégétatifs, une labilité émotionnelle, de troubles phobiques, ou encore des syndromes hystériques consécutifs à ces accidents.

Il développe alors la thèse psychogénique pour expliquer ces symptômes et parle déjà de la notion d'effroi, avec ébranlement psychique « tellement intense qu'il en résulte une altération psychique durable ». Il note alors le contraste entre l'absence de trouble somatique et l'importance des troubles observés chez des patients ayant eu seulement un choc psychique. Il insiste donc sur la dimension causale émotionnelle, bien différente de la conception insistant sur la pathogénie commotionnelle traumatique liée à un trauma de l'encéphale : « Railway Brain ».

En 1890, Charcot à la Salpêtrière va insister sur la reconnaissance de l'origine émotionnelle de certains troubles, devant la disproportion entre l'absence de trouble physique et l'importance des pathologies des patients. Mais pour lui, cette description est à rattacher à l'hystérie, il n'existe pas encore de concept de névrose traumatique « autonome ».

Janet, en 1889, dans sa thèse «Automatisme psychologique » décrit des cas d'hystérie, de neurasthénie, liés à des chocs émotionnels. Il attribue leur psychogénèse à la « dissociation de la conscience » avec une partie de la conscience liée au souvenir du traumatisme qui va susciter des actes et cauchemars inadaptés et automatiques, alors que le reste de la conscience continue de progresser et permet les actes et pensées adaptés.

De même, il est le premier à cerner ce qu'est le traumatisme psychique : « des excitations liées à un événement violent viennent frapper le psychisme, y pénètrent par

effraction, et y demeurent ensuite comme un corps étranger ». (P. Janet, 1889) avance les hypothèses du souvenir traumatique parasite et de la dissociation du conscient. Il invoque la présence d'idées fixes, vagues souvenirs du traumatisme, évoluant isolément dans l'inconscient à la manière d'un parasite. En effet, en 1919, P. Janet propose dans son ouvrage *Les médications psychologiques* une théorie explicative séduisante de la névrose traumatique : « ce qui caractérise essentiellement le névrosé traumatique, c'est l'impossibilité de se détacher du souvenir de son trauma. Il s'agit d'un souvenir brut, sensoriel, subconscient, et non pas d'une représentation mentale construite ». P. Janet donne à cette souvenance le nom « d'idée fixe ».

Enfin, en 1895 Freud (avec Breuer) écrit que le traumatisme joue un rôle dans la genèse des troubles mentaux (*Etudes sur l'Hystérie*). Ils proposent alors un traitement par l'hypnose à visée cathartique. Puis il reconnaît l'autonomie de la névrose traumatique. Elle est alors différente des névroses de transfert (hystérie, phobie, etc.) qui trouvent leur origine dans l'enfance.

2.2.1.3. La période des continuateurs (1900-1980) : du shell shock à la névrose traumatique

Avec la première guerre, on retrouve différents écrits sur ces symptômes : Milian, en 1915, décrit « l'hypnose des batailles » pour illustrer l'état confuso-stuporeux suite aux situations d'effroi, de frayeur dans les combats du début de la guerre. Après c'est l'apparition de « l'hystérie de guerre » puis de la « névrose de guerre » correspondant à une hyperréactivité comportementale, décrite comme forme particulière de la névrose traumatique. À ce moment, à nouveau, l'hypothèse commotionnelle pour expliquer la pathogénie, laisse la place à l'hypothèse émotionnelle.

Avec la longueur de la guerre, les psychiatres vont parler de « changement de la personnalité » avec mouvement régressif, sentiment de non-sens, de passivité, d'épuisement permanent, reviviscences, cauchemar, etc. C'est à ce moment que la psychanalyse commencera à être utilisée comme moyen thérapeutique. Freud proposera d'ailleurs la création de centre de psychothérapie d'inspiration analytique.

O. Fénichel, en 1945 dans « la théorie psychanalytique des névroses », en reprenant les conceptions de Freud, détermine le tableau clinique de la névrose traumatique : symptômes de répétitions, « complications psychonévrotiques » anxiphobiques, ou hystériques et le blocage des fonctions du moi.

Ainsi, en s'inspirant du modèle énergétique freudien, (O.Fenichel, 1945), dans son livre « la théorie psychanalytique des névroses », distingue trois cas :

- 1- Le pare-excitation du sujet est capable de faire face à l'afflux d'excitation de l'événement.
- 2- Le sujet est sain mais conjoncturellement épuisé et son pare-excitation ne pouvant repousser ni filtrer les agressions fait une névrose traumatique pure.
- 3- Il s'agit d'un sujet déjà névrosé et dont toute l'énergie est toujours accaparée par la tâche de maintenir ses refoulements névrotiques, il développe ainsi une névrose traumatique « colorée » ou « compliquée » des symptômes de la névrose antérieure.

Avec la deuxième guerre mondiale, la névrose traumatique devient le « syndrome d'épuisement » qui fait plus référence à une cause externe pour expliquer un trouble qu'à un conflit intrapsychique. C'est une réaction normale de rupture en réponse à une situation de stress extrême.

Avec la fin de la guerre et l'horreur, la déshumanisation, les camps de concentration, apparaît le « syndrome des déportés » qui se caractérise par une hypermnésie émotionnelle, une asthénie, des algies diverses, des perturbations fonctionnelles, cardiaques, digestives, la présence de dyssomnie, de cauchemars et enfin une incapacité à raconter, une attitude de retrait silencieux lié à la culpabilité d'avoir survécu.

2.2.1.4. La période des novateurs (1980 à aujourd'hui) : le post-traumatic Stress Disorder et son dépassement

Suite aux Guerres post-coloniales (Indochine/Algérie /Vietnam) et de l'apparition du terrorisme : il y a un changement de stratégie guerrière avec attentats, otages, terrorisme... L. Crocq parle alors de la « névrose d'insécurité » ou « névrose de guérilla ».

Depuis les années 1970 apparaît en Europe et aux Etats-Unis le terrorisme, nouvelle forme de guerre. On décrit alors le « Syndrome de soumission ». On observe aussi des comportements particuliers comme l'attachement des victimes aux ravisseurs en échange de survie (ce qui rappelle le « syndrome de Stockholm »). C'est dans les années soixante-dix avec la guerre du Vietnam, que va naître aux Etat- Unis le « Post Traumatic Stress Disorder », conséquences psychologiques présentées par les soldats du front puis par les vétérans de retour à la vie civile.

En 1980, le traumatisme est intégré dans la pathologie mentale en tant que trouble anxieux, première classification dans le DSM III, c'est l'Etat de Stress Post Traumatique (ESPT) ou Post Traumatic Stress Disorder (PTSD). Cette terminologie insiste sur l'origine exogène du trouble, et refuse donc l'idée de névrose qui implique une psychopathologie psychanalytique. L'ESPT est alors seulement une description des symptômes retrouvés.

Ensuite dans le DSM IV, le trouble est précisé : On différencie l'Etat de Stress Aigu : du deuxième jour à un mois après le stress (qui exclut la réaction immédiate du premier jour), et l'ESPT : après un mois d'évolution. Et surtout, le DSM IV donne des critères en rapport avec le traumatisme, ce qui n'était pas pris en compte dans le DSM III.

Enfin, l'OMS avec la CIM 10 (Classification Internationale des Maladies dixième version) en 1992, proposera trois diagnostics de réaction à un trauma : la réaction immédiate (deux premiers jours), puis l'état de stress post traumatique (équivalent du PTSD ou ESPT américain) et la «modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe».

En France, après avoir longtemps parlé d'ESPT, d'après l'appellation américaine, on tend de plus en plus à parler de « Syndrome Psycho-Traumatique ». En effet, le concept de trauma devient primordial, comme un phénomène d'effraction dans les défenses psychiques du sujet, mais aussi comme « une confrontation non préparée avec le réel de la mort, le trauma ne pourra être résolu, que par une psychothérapie cathartique pendant laquelle la verbalisation de l'expérience traumatique permet de réintroduire du sens là où le défaut de signifiant avait laissé place à l'indicible.»

Ainsi, il y a actuellement une remise en question des termes jusque-là utilisés, et on préfère faire apparaître la notion de trauma à celle de stress. Avec les cliniciens français Louis Crocq, Charles Barrois et François Lebigot on parlera donc de syndromes psycho-traumatiques. Mais bien avant que ces auteurs ne viennent à s'intéresser à la question du traumatisme, l'on doit beaucoup aux travaux de Freud. Au lendemain de la guerre, Freud en 1920 dans « Au-delà du principe de plaisir », fait l'hypothèse d'un appareil psychique véritablement débordé et dans l'incapacité de lier les excitations. Selon le modèle freudien, ce débordement du parc-excitation n'est pas une conséquence biophysique empruntant les voies neuro-endocriniennes et neuro-végétatives. La névrose traumatique constitue dans ce cas, la résultante d'un afflux d'émotion bien trop intense venant faire « effraction » dans la psyché lors des situations où le sujet est confronté au risque ultime.

Ce dernier se trouve alors démuni face au trop plein d'excitation psychique qui déborde et menace son intégrité, le laissant dans l'incapacité et menace de répondre à une décharge« somatique » ou une« élaboration » mentale. On retrouve donc un appareil psychique débordé, dans l'incapacité à lier cet excès, se fixant au trauma qu'il répètera ainsi de manière compulsive en tentant de l'élaborer.

Alors que de nombreux caciques de la pensée freudienne n'ont envisagé le trauma sous son seul aspect énergétique, quelques psychanalystes et psychiatres aux armées, furent plus particulièrement concernés par l'absence de signification. Ainsi, pour (Barrois, 1988) et le trauma renvoie à une confrontation brutale et directe avec le réel de la mort alors que notre espérance n'est vécu qu'aux travers d'un réel fantasmée et halluciné (Crocq, 1999), laissant le sujet désemparé, dans l'incapacité de se représenter l'événement traumatique et sans possibilité de solliciter l'écran protecteur de son système de signifiant.

Partant de la métaphore freudienne d'une effraction du pare-excitation, perforant l'appareil psychique et dépassant le niveau de l'inconscience. Grace à une thérapie, le trauma pourrait accéder à une représentation et atteindre le lieu du refoulé originaire, par essence inaccessible à la conscience où sont déposées expériences brutes du nourrisson (d'anéantissement et de jouissance dans la complétude alimentaire).

Avec l'apparition du langage, ces expériences ont fait l'objet d'un premier refoulement au cours duquel ces angoisses d'anéantissement cèderont la place à celles de pertes de satisfaction, d'objet et de castration toujours référées au principe de plaisir (d'où l'intitulé de l'essai de Freud).

L'expérience traumatique vient ici court-circuiter le recours au langage et de fait ce refoulement originaire, laissant un sujet à la fois horrifié parce que confronté au néant de ses origines et fasciné par les retrouvailles avec « l'objet perdu » qu'est le sein maternel, d'où un attachement à son trauma à la fois morbide et empreint de culpabilité.

2.2.1.5. La conception du traumatisme de S. Ferenczi

(S. Ferenczi, 1931) disciple de S. Freud, souligne la valeur traumatique des événements violents de la réalité. Il reste attaché à la théorie de la sexualité « neurotica » abandonnée par S. Freud dans sa conception du traumatisme. Il reprend le modèle de traumatisme proposé par Freud, mais élabore une théorie dans laquelle le concept de trauma subit un complet bouleversement. Insistant sur les facteurs interpersonnels impliqués dans la construction

précoce du psychisme humain, il met l'accent sur la prise en compte du trauma, et introduit une vision explicite des troubles du développement de l'enfant en lien avec les qualités de son environnement affectif. Selon lui, ce sont toujours de réels bouleversements et conflits avec le monde extérieur, qui sont traumatiques et ont un effet de choc, qui donnent la première impulsion à la création de directions anormales de développement. Fondant son approche sur l'étude des enjeux des temps premiers de la naissance à la vie psychique, il postule que le trauma doit être considéré comme résultant d'une absence de réponse de l'objet face à une situation de détresse. Il semble ainsi avoir été pionnier dans l'étude des interactions précoces et de leurs enjeux. Cependant il admet la conception freudienne des effets de sidération du moi, d'asphyxie voire d'agonie de la vie psychique, causés par les conséquences de l'effraction par des quantités excessives d'excitation violente, vécues dans la détresse et la solitude. Il décrit le traumatisme comme un choc violent, inattendu, une « commotion psychique », qui anéantit le sentiment d'identité subjective, ainsi que la capacité de réagir et de penser. Il écrivait en 1931 : « Ceci nous permet d'entrevoir ce qui constitue le mécanisme de la traumatogénèse : d'abord la paralysie complète de toute spontanéité, puis de tout travail de pensée, voire des états semblables aux états de choc, ou de coma même, dans le domaine physique, puis l'instauration d'une situation nouvelle – déplacée – d'équilibre . » Il admet également les effets de la confrontation récurrente et prolongée à ce type d'expériences sur le développement du moi. Ainsi, il évoque aussi les blessures narcissiques par atteinte précoce du moi, influencé par la pensée de S. Freud, par l'idée d'une très grande précocité du traumatisme sur l'enfant, en particulier du fait des « inadéquations » des réponses maternelles. La vulnérabilité s'imprimera durablement sur le narcissisme et ses ressources.

(S. Ferenczi, 1932) conçoit le traumatisme comme un choc équivalent à l'anéantissement du sentiment de Soi, de la capacité de résister, d'agir et de penser en vue de défendre le Soi propre. Le Soi représente l'ensemble de la personnalité d'un individu, c'est-à-dire son inconscient et son conscient. Le choc est une réaction immédiate et, malgré son caractère précipité dans le temps, il projette l'individu dans un état très archaïque.

En effet, (S. Ferenczi, 1932) soutenait que le trauma réel était beaucoup plus fréquent que S. Freud ne le pensait et même toujours présent si l'on parvenait à aller suffisamment au fond des choses. Il décrit la première réaction au choc comme une « psychose passagère », une rupture avec la réalité. (S. Ferenczi, 1932) insiste sur la soudaineté, le caractère inattendu de l'événement traumatique. Le sujet répond par un clivage psychotique ainsi qu'une destruction du sentiment de soi, des défenses, voire de la forme propre. On observe une

paralysie de toute activité psychique, de la motilité, des perceptions, de la pensée ; un état de passivité, de non-résistance s'installe. Le sujet peut alors se faire malléable, pour mieux encaisser le choc, ou bien réagir par la fragmentation, voire l'atomisation de sa personnalité, comme dans le cas de traumatismes répétés. L'enfant traumatisé, physiquement et psychiquement plus faible, se trouvant sans défense, n'a d'autre recours que de s'identifier à l'agresseur, se soumettre à tous ses désirs, voire les prévenir, même y trouver finalement une certaine satisfaction.

2.2.1.6. Crocq et la naissance du traumatisme

La notion de traumatisme est ainsi née des besoins d'une société industrielle en plein développement, contrainte de penser une gestion collective des risques et de leurs conséquences possibles, les accidents. Dès lors que ces accidents ne furent plus considérés comme relevant d'un destin, de Dieu ou de lois de la nature, se posa le problème de la prise en charge de leurs retombées par la société solidaire suivant un principe de responsabilité collective progressivement assumée par l'Etat.

Dans un article datant de 1998, L. Crocq et J. De Verbizier se sont attachés à dégager l'importance du traumatisme psychologique dans l'œuvre de P. Janet. Ayant recensé les différents cas exposés dans les quatre ouvrages publiés par celui-ci entre 1889 et 1932, au nombre de 592, ils relèvent que 257 d'entre eux, soit près d'un sur deux, « ont été déclenchés ou déterminés par une « émotion violente » ou « un choc moral », et que ceux-ci seraient aujourd'hui inscrits dans la rubrique des troubles d'origine psychotraumatique, exception faite du dernier type de situation mentionné par Janet. Ces rubriques sont les suivantes : frayeurs liées à un traumatisme physique, frayeur seule provoquée par un événement accidentel, choc émotionnel éprouvé à l'occasion d'une agression sexuelle (viol ou inceste), sidération au spectacle de la mort ou de l'agression physique d'une personne, choc émotionnel à l'annonce du décès d'un proche, émotion violente à l'occasion d'une dispute, d'un conflit, d'une colère.

Ils relèvent également que Janet n'emploiera le terme « traumatisme psychologique » que tardivement, en 1919 dans *Les médications psychologiques* et en 1923 dans *La médecine psychologique*. Pour lui, Si la psychotraumatologie en milieu civil connaît ses premiers pas dans les années 1985-1990 pour véritablement se développer de façon généralisée, du moins en France, à partir de 1995 avec le dispositif de l'urgence médico-psychologique, il faut remonter aux années 1960-1970 pour trouver trace des premiers travaux sur lesquels s'appuieront ce mouvement ultérieur.

2.2.1.7. Traumatisme primaire et traumatisme secondaire chez René Roussillon

(R. Roussillon, 1999) présente le modèle du traumatisme primaire qui est un développement du modèle du « traumatisme » de S. Freud élaboré en 1920. Dans son livre *Agonie, Clivage et Symbolisation*, il élabore la notion de « traumatisme primaire » qui affecte l'organisation des processus de symbolisation. En effet, le modèle de la névrose ne peut rendre compte de l'intégralité des souffrances narcissiques-identitaires. Certains pans de la vie psychique ne sont pas refoulables parce que non représentés ou non intégrés dans la subjectivité. Un autre terme, « le clivage », est employé pour décrire leur situation topique par rapport au moi.

R. Roussillon propose un modèle théorique des « pathologies du narcissisme » et des « souffrances identitaires-narcissique » à la base desquelles se trouve un traumatisme primaire clivé. Suivant le modèle de l'expérience subjective en trois temps de (D. Winnicott, 1971), (R. Roussillon, 1999) propose un modèle en trois temps adaptable aussi bien aux traumatismes précoces, voire archaïques, qu'à tout autre type de traumatisme.

(R. Roussillon, 1999) précise que « ces états traumatiques primaires rencontrent donc une impasse subjective, ils provoquent un état de désespoir existentiel, une honte d'être, qui menace l'existence même de la subjectivité et de l'organisation psychique. Le sujet se sent « coupable » (culpabilité primaire pré-ambivalente) et responsable de n'avoir pas pu faire face à ce à quoi il était confronté, il risque de « mourir de honte » au constat de la blessure identitaire narcissique primaire que lui inflige la situation traumatique »

Le traumatisme secondaire peut se définir comme une expérience qui entrave la symbolisation à une étape de son processus. L'autre étant indispensable à la « dé-concrétisation » du symbole. Lorsqu'il n'y a pas reconnaissance du symbole dans l'acte de l'enfant par l'adulte, il y a une blessure et une destruction des capacités de l'enfant. Il y a un traumatisme secondaire chaque fois que la réponse de l'environnement ne reconnaît pas la tentative de symbolisation de l'enfant. La symbolisation primaire est la mise en symbole à partir du concret tandis que la symbolisation secondaire est la « dé-concrétisation » du symbole. Le traumatisme secondaire rend l'enfant confus sur le symbole et la réalité. Le Moi a été blessé dans son travail de symbolisation.

Il faut définir le traumatisme comme quelque chose qui entrave la symbolisation à un moment de son processus. Pour que la symbolisation continue, il faut dégager le symbole de l'acte et de la perception avec l'aide de l'environnement.

2.2.2. Les différents types de traumatisme

Il faut prendre en compte la nature de l'événement traumatisant. La valeur traumatique dépend aussi du type d'événement vécu. Plusieurs classifications existent :

2.2.2.1. Classification de (Terr, 1991) selon la fréquence d'exposition au traumatisme

Les traumatismes de type I

C'est à Lenore Terr (cité par Josse, 2004), dans le Journal International de Victimologie de juillet 2007, que l'on doit la première catégorisation des traumatismes en deux types. Elle entend par traumatisme de type I un événement traumatique unique présentant un commencement net et une fin clairs. Ce type de traumatisme est induit par un agent stressant aigu, non abusif.

Notons qu'un traumatisme de type I peut avoir des conséquences à long terme, elles-mêmes à l'origine d'une souffrance psychique, voire traumatique. Ainsi, une personne blessée lors d'une agression peut garder un handicap physique ; une famille déplacée pour cause de destruction de son logement par un tremblement de terre souffrira probablement des conditions de vie précaires dans un camp.

Les traumatismes de type II

(Lenore Terr, 1991) parle de traumatisme de type II lorsque l'événement s'est répété, lorsqu'il a été présent constamment ou qu'il a menacé de se reproduire à tout instant durant une longue période de temps. Il est induit par un agent stressant chronique ou abusif.

Tout traumatisme est, au départ, de type I. Les réactions présentées par les victimes sont identiques à celles faisant suite à un agent stressant de type I mais lentement, avec le développement d'un type II, se manifestent des mécanismes d'adaptation de plus en plus pathologiques.

Il est important de ne pas confondre une personne dont la vie est émaillée de nombreux traumatismes de type I (par exemple, perdre ses biens dans un incendie puis, quelques années plus tard, être délestée de son argent lors d'une agression, être témoin d'un accident grave, échapper à la mort dans un carambolage, etc.) avec celle qui souffre de traumatisme de type

II. Les traumatismes induits par un abus sexuel ou par la torture doivent être assimilés aux traumatismes de type II, voire aux traumatismes de type III (voir infra), même si l'agent stressant ne s'est présenté qu'une seule fois dans la vie de la personne.

Les traumatismes de type III

(Solomon E.P. et Heide K.M., 1999) ont différencié une troisième catégorie de traumatisme. Ils parlent de traumatisme de type III pour désigner des événements multiples, envahissants et violents présents durant une longue période de temps. Ils sont induits par un agent stressant chronique ou abusif.

Les traumatismes simples et complexes

Les traumatismes simples : peuvent être définis comme des traumatismes de type I tels que précisés par (Terr, 1991).

Les traumatismes complexes : c'est grâce à (Judith Herman, 1997), que l'on a pu établir la distinction entre traumatismes complexes et traumatismes simples. Elle définit les traumatismes complexes comme le résultat d'une victimisation chronique d'assujettissement à une personne ou à un groupe de personnes. Dans ces situations, la victime est généralement captive durant une longue période (mois ou années), sous le contrôle de l'auteur des actes traumatogènes et incapable de lui échapper. Les traumatismes complexes sont à rapprocher des traumatismes de type III définis par (Solomon et Heide, 1999).

Les traumatismes directs et indirects

On parle de **traumatisme direct** lorsque la victime a été confrontée au chaos, au sentiment de mort imminente ou d'horreur. Elle peut avoir été sujet (avoir subi), acteur (avoir provoqué volontairement ou involontairement) ou témoin (avoir vu) de l'événement traumatique.

Les traumatismes indirects, la traumatisation vicariante ou traumatisme par ricochet. En 1939, au début de la seconde guerre mondiale, devant la menace de bombardement des grandes villes (particulièrement de Londres), le gouvernement britannique a pris la décision d'évacuer 1.500.000 enfants vers les campagnes (notamment vers Cambridge). Les premiers résultats sur les effets de l'évacuation rapportés par la Société britannique de psychologie sont rassurants, le pourcentage d'enfants évacués présentant des troubles étant comparable à celui de la période antérieure de paix (8%). Mais dès les premiers mois de 1941, lorsque surviennent les bombardements, la prévalence des troubles atteint 45 à 50% des enfants qu'ils

aient été évacués ou non ! Les enfants pris sous le feu des bombardements auraient manifesté les réactions les plus intenses tandis que les enfants évacués auraient souffert de conséquences plus persistantes et plus pernicieuses. Eloigner les enfants du danger ne les avait donc pas épargnés de la souffrance traumatique. On découvrait ainsi qu'un enfant, même très petit, pouvait être « contaminé » par le vécu de son entourage. Il est aujourd'hui admis qu'un sujet, enfant comme adulte, qui n'a pas subi de traumatisme direct peut présenter des troubles psychotraumatiques consécutifs aux contacts qu'il entretient avec une personne ou un groupe de personnes traumatisées. Dans ce cas, la rencontre avec la personne traumatisée constitue en elle-même l'événement traumatique. On parle de traumatisme vicariant, de traumatisme vicariante, de traumatisme par ricochet ou de traumatisme secondaire.

2.2.2.2. Caractéristiques psychopathologiques et cliniques du syndrome psychotraumatique

Les syndromes psycho-traumatiques présentent les dimensions cliniques et psychopathologiques suivantes : l'étiologie traumatique, les symptômes de répétition, l'altération de la personnalité.

- L'étiologie traumatique

Le critère étiologique est le fait d'avoir vécu un événement violent, inattendu et menaçant pour la vie ou l'intégrité physique ou psychique de l'individu, c'est-à-dire un événement qui a provoqué la mort ou qui aurait pu provoquer la mort ou des blessures graves. La réaction du sujet est marquée par une peur intense et un sentiment d'impuissance. Ce type d'événement peut être un accident, une agression violente, un événement de guerre, un viol, une prise d'otage, un incendie, un tremblement de terre, etc. Le traumatisme peut également survenir chez une personne spectatrice de la scène. Les personnes réagissent différemment face aux scènes traumatisantes.

Au vécu ou à la vue, les réactions sont de différents degrés, elles peuvent aller de réactions normales à des réactions pathologiques. Les différences sont dues aux personnalités, à la sensibilité des personnes et au degré d'intensité de la scène traumatisante.

Selon (L. Crocq, 1999), ce qui fait trauma, c'est l'effraction du système de défense qui consiste à attribuer du sens à l'insensé de l'événement, le trauma comme effraction dans le signifiant.

Les symptômes de répétition apparaissent après une phase latente chez une personne traumatisée. Le temps de latence est une forme de temps d'incubation du trauma psychique, le

temps que met la psyché à prendre réellement conscience du trouble subi. Cette période varie en fonction des individus. Pendant cette période, le sujet semble normal, cet état précède ainsi l'apparition des symptômes pathologiques. Certains indices permettent de détecter le début de cette période (le repli sur soi, le sentiment d'incompréhension, ou même une euphorie paradoxale).

- **Les syndromes de répétition**

Le syndrome de répétition se traduit par des reviviscences de l'évènement traumatique. Selon (F. Lebigot, 2005), le syndrome de répétition « est le retour dans la conscience de l'image sensorielle, sensitive ou cénesthésique, qui a fait effraction dans l'appareil psychique au moment du traumatisme ».

Les symptômes de répétition sont considérés comme le symptôme central, le noyau essentiel et pathognomonique des syndromes psycho-traumatiques.

La signification du syndrome de répétition

➤ **La répétition de l'histoire traumatique**

Il s'agit d'une modalité de transmission, d'une modalité de réorganisation par rapport à ce que le traumatisme a désorganisé. Cette réorganisation va néanmoins échouer en répétant: la répétition est un échec de réorganisation.

Comment comprendre la répétition ? Elle est une fixation au traumatisme. Elle montre aussi une tentative de maîtriser le traumatisme, une tentative d'appropriation, de symbolisation. C'est également un échec de la symbolisation.

La répétition commémore (empêche) ce que la symbolisation pourrait oublier. Par la répétition, le sujet commémore ce qu'il cherche à oublier.

En effet, la mémoire a pour fonction d'enregistrer, de stocker et de rappeler les expériences vécues, c'est le souvenir. La mise en mémoire constitue l'oubli. Mémoire et oubli sont indéniablement liés. Les blessures psychiques sont un obstacle dans le travail de mémoire. Par un phénomène de fixation, les images du passé sont souvent sans dialogue, figées dans un temps mort qui traduit la violence de ce passé destructeur. Lorsque l'individu est blessé psychiquement, la mémoire ne fait plus son travail ; il y a une fixation sur le traumatisme vécu et le passé est dès lors vécu comme un événement présent par la répétition

du traumatisme. Autrement dit, la mémoire traumatisée est une mémoire verrouillée, qui ne lâche pas facilement le passé pour en faire un souvenir (G.-N. Fischer, 2003).

(S. Freud, 1953) disait à ce propos que « les situations qu'on n'avait pu intégrer à la trame du Moi se répétaient ».

En effet, dans le temps du traumatisme ou de l'irruption de la représentation effrayante, l'abréaction, décharge émotionnelle par laquelle un sujet se libère de l'affect attaché au souvenir d'un événement traumatique lui permettant ainsi de ne pas devenir ou rester pathogène, est impossible. Autrement dit, il est impossible de produire des paroles ou des actes capables de produire une décharge de l'affect. Il est impossible pour le sujet de nommer ce qui dans le traumatisme a provoqué l'effroi et/ou d'abréagir à cet affect en faisant appel aux ressources de l'association symbolique et du refoulement. C'est cette dissociation entre le traumatisme initial et l'affect qui est à la source des symptômes.

Il y a donc répétition de ce qui n'a pu être symbolisé. (R. Roussillon, 2001) indique à ce propos que « quand la situation extrême a cessé au-dehors, elle « revient » de l'intérieur, elle hante le sujet, elle est compulsivement réactivée de manière hallucinatoire par la contrainte de répétition, par un automatisme de réinvestissement des traces ».

Lorsque la symbolisation n'a pas été possible, il y a répétition du traumatisme.

Les syndromes de répétition surviennent brusquement et montrent un retour persistant à un passé douloureux. Chez certains traumatisés, les syndromes de répétition surviennent en réponse à un stimulus qui rappelle l'événement.

La répétition peut être aussi perçue comme une tentative de maîtrise de l'événement, une tentative d'élaboration non aboutie, un moyen d'intégrer psychiquement ce qui n'a pas eu lieu.

Selon (S. Freud, 1920), le traumatisme psychique se traduit d'un point topique comme une rupture de l'enveloppe psychique, du pare-excitation. Cela désorganise la psyché durablement et facilite l'intrusion du traumatisme dans l'appareil psychique comme un « corps étranger » qui ne peut être assimilé. L'incessant retour de ce corps étranger à travers les symptômes de répétition peut être compris comme une tentative d'assimilation par le sujet.

Ce que S. Ferenczi avait déjà énoncé en 1932 lorsqu'il écrivit que « la tendance à la répétition dans la névrose traumatique a aussi par elle-même une fonction utile, elle va

conduire le traumatisme à une résolution si possible définitive, meilleure que cela n'avait été possible au cours de l'événement originaire commotionnant ».

(S. Freud, 1920), dans son ouvrage *Au-delà du principe de plaisir*, aborde la répétition comme maîtrise d'une situation de déplaisir. L'absence de préparation, de représentation concernant la situation traumatique, confronte le sujet à une perte de son emprise narcissique sur le monde extérieur, sur le monde des objets. La compulsion de répétition est une façon de tenter, comme dans le jeu répétitif de l'enfant à la bobine, de rétablir cette emprise par le biais de la représentation, de la mise en scène du trauma.

(R. Roussillon, 2001) souligne que « si la répétition traduit l'échec de symbolisation, la contrainte de répétition pourra être signifiée comme le mouvement même de celle-ci qui pousse toujours à reprendre pour le poursuivre, le travail de symbolisation et d'appropriation de la part d'inconnu qui le constitue... ».

Répéter pour reconstruire, si la répétition est constructive, cela permet à la personne de donner du sens, c'est-à-dire que la répétition représente un moyen de parvenir à une symbolisation : le passage de la répétition (traumatique) à la répétition – symbolisation (sens).

➤ **Les sept manifestations du syndrome de répétition**

Selon (L. Crocq, 1999), les manifestations de reviviscence peuvent se manifester sous une ou plusieurs formes et elles sont toujours vécues dans une grande détresse psychique (peur, impuissance) et souvent accompagnées de nombreux troubles neurovégétatifs (pâleur, sueur, etc.) et de raidissement de l'attitude du corps.

On présente la description la plus complète développée par (L. Crocq 1999) :

a- La reviviscence hallucinatoire : il s'agit d'images qui surgissent brusquement (en dehors du contrôle du sujet) et qui reproduisent visuellement la scène traumatique. Les images sont très précises « comme un film » reproduisant le même décor, présentant les mêmes scènes (scènes dynamiques) avec tout l'éprouvé de détresse qui avait marqué son expérience de la scène inaugurale, parfois avec la même odeur (par exemple l'odeur du sang), les mêmes sons (cris, etc.), la même chaleur, comme l'impression de ressentir une sensation calorifique, d'entendre des bruits, de sentir des odeurs ; cette forme renvoie à des images intrusives ou flashes visuels.

b- La reviviscence par illusion : Il s'agit de reviviscences qui constituent non pas des images mais une interprétation erronée d'une situation réellement perçue ; le sujet hallucine la scène traumatique.

c- Les souvenirs forcé : c'est l'idée de l'événement qui surgit à l'esprit, sans image ni son. Il s'agit de souvenirs et de pensées liées à l'événement traumatisant qui surviennent contre la volonté du sujet et envahissent l'espace psychique durant la journée.

d- Les ruminations mentales : ce sont des pensées concernant l'événement, les causes, les circonstances, souvent sous forme d'interrogations incessantes : « pourquoi est-ce arrivé à moi ? Pourquoi ce changement, ne suis-je plus comme avant ?

e- Le vécu comme si l'événement allait se reproduire : tout à coup avec une détresse, le sujet a l'impression d'être replongé au sein de l'événement.

f- L'agir comme si l'évènement se reproduisait : réaction de sursaut, une réaction particulière de l'individu révèle qu'il est perdu dans la reviviscence du trauma, l'individu est imprégné des images, sons et hallucinations liés au trauma, l'obsession est telle que parfois il peut perdre le contact avec le réel. Cela peut consister en un agir plus complexe : fugue ou errance, récit répétitif.

g- les cauchemars de répétitions : il s'agit de cauchemars très intenses et répétitifs de l'événement. L'individu revit avec brutalité des parties ou la scène entière du traumatisme. Le sommeil est agité, l'individu gesticule sans cesse, transpire fortement, émet des cris. La charge émotionnelle intense explique cet état de panique.

- **L'altération de la personnalité**

On entend souvent les traumatisés dire qu'ils ne sont plus comme avant, qu'ils ont changé. En effet, le traumatisme attaque la vie psychique en profondeur qui fait ressentir à la victime comme un changement des rapports avec soi et avec le monde. Il ne se sent plus être le même et ce sentiment provoque une douleur intense. La vision du monde et de la vie est souvent affectée. Le monde n'est plus aussi sûr. Il devient plein de dangers selon le traumatisme vécu. La vie quotidienne du sujet se construit autour de ces traumatismes. Fixation exclusive à la souvenance du trauma. La charge émotionnelle, le caractère majoritairement sensoriel et l'absence d'élaboration mentale du souvenir traumatique empêcheraient qu'il s'insère dans le sentiment d'unité personnelle et de continuité temporelle de la personne.

L'approche phénoménologique met en avant les modifications d'un rapport au monde, dans un vécu d'aliénation, une expérience de Non-sens.

L. Crocq, (1999) cite l'altération de la personnalité selon (O. Fenichel, 1945) qui se traduit par un blocage de la fonction du Moi se manifestant à travers trois types de blocage :

- Le blocage de la fonction de filtration de l'environnement (correspond au DSM : symptômes d'évitement). Le sujet n'est plus capable de filtrer dans l'environnement ce qui est dangereux et ce qui ne l'est pas, tout lui paraît danger, d'où son attitude d'alerte permanente, son hyper vigilance, ses sursauts et sa résistance à l'endormissement. Ainsi, la victime inspecte sans cesse l'environnement, pour y détecter les signaux de danger (les objets, les personnes susceptibles de leur rappeler le trauma).

- Le blocage de la fonction de présence : le sujet se sentant détaché du monde d'où son impression d'un monde lointain ou déréel, sa perte de motivation pour les activités jadis motivantes et son impression d'avenir bouché (correspondance DSM à l'émoussement de la réactivité générale).

- Le blocage de la fonction d'amour et de relation à autrui. (Correspondance DSM à la restriction des affects). Le sujet étant devenu dépendant, quêtant l'affection d'autrui, récriminateur insatisfait, mais incapable d'aimer les autres, de les comprendre et de se faire comprendre. (L. Crocq, 1999) indique que « le traumatisé a perdu sa capacité de relation objectal avec autrui, c'est à-dire la capacité de considérer autrui comme un être libre ».

L'altération de la personnalité est la dimension la plus profonde du syndrome psychotraumatique.

À ces trois dimensions de l'étiologie traumatisante, du syndrome de répétition et de l'altération de la personnalité, on intègre les symptômes non spécifiques

2.2.3. Les symptômes non spécifiques

De nombreux troubles sont associés aux troubles psycho-traumatiques, le DSM américain les considère comme « symptômes associés », extérieurs au diagnostic du PTSD.

Il s'agit de :

- **L'asthénie** : le traumatisé se sent fatigué au moindre effort, cette fatigue est liée au trouble déclenché par le traumatisme : état de vigilance, troubles du sommeil (insomnies, cauchemars), etc.

(L. Crocq, 2012) explique qu'il s'agit d'une triple asthénie : physique, psychique et sexuelle. En effet, le traumatisé se sent dès le matin épuisé, la fatigue s'impose irréductible comme un symptôme majeur. Il se plaint aussi de problème d'attention et de concentration. Il est incapable de maintenir son attention sur une conversation et la mémoire du sujet traumatisé est également marquée par des amnésies de la vie quotidienne. Il se plaint aussi de baisse de libido et de perte du désir sexuel (impuissance, frigidité, etc.).

- **L'anxiété** : les traumatisés deviennent des anxieux, ils ont toujours l'impression qu'un drame va survenir (danger imprécis mais imminent). Selon (L. Crocq, 1999), « ils vivent dans un état de tension anxieuse intercritique, ils ne sont plus capables de vivre sans souci ni crainte ».

- **Des troubles somatiques** : la souffrance parle à travers le corps. Le traumatisé se plaint de divers troubles : troubles fonctionnels digestifs, ulcères, conversions céphalées, aménorrhées, troubles psychosomatiques (asthme, ulcère gastrique, hypertension, psoriasis, diabète) et plaintes somatiques diverses.

- **Des troubles de conduite et des troubles caractériels** : troubles de conduite alimentaire (anorexie, boulimie), tabagisme, drogue, alcool, agressivité, par exemple lorsqu'ils sont victimes d'un acte criminel, ils vivent souvent de façon intense une grande révolte, de l'agressivité, un désir de vengeance et un sentiment d'injustice.

- **Des troubles dépressifs** : le traumatisé sombre dans un état dépressif (épisodes dépressifs majeurs, deuils traumatiques). La dépression peut se manifester à travers un moral bas et une perte d'intérêt pour des activités que le sujet aimait pratiquer auparavant. La vie devient sombre. Ces états dépressifs peuvent être très intenses et peuvent donner lieu à des idées suicidaires.

- **Des troubles névrotiques** : beaucoup de traumatisés développent suite aux événements traumatiques des troubles névrotiques avec un développement des phobies ou de rituels protecteurs vérificateurs obsessionnels.

- **Des délires post-traumatiques** qu'on peut observer dans des situations très spécifiques en milieu médical et en contexte d'exil.

Nous pouvons également observer chez le traumatisé une altération importante de la vie relationnelle et sociale. En effet, les victimes souffrent souvent aussi d'un sentiment

d'incommunicabilité. Leur expérience, les émotions vécues et leurs réactions sont tellement hors du commun, intenses et inconnues jusqu'à présent que les mots semblent difficiles à trouver pour décrire ce qui a été vécu et il est souvent difficile pour l'entourage de comprendre ce que la personne vit.

Le traumatisme bouleverse la vie psychique du sujet et impacte son équilibre somato-psychique. Il provoque des changements dans ses croyances, son identité, ses relations avec lui-même et avec les autres. Ainsi, le traumatisme pourrait être défini à partir de l'effet catastrophique qui en a résulté, et qui peut être réactivé en après-coup.

2.2.4. Spécificité clinique chez les enfants de 03 -12 ans

Selon (Josse, 2004), entre 3 et 6 ans, les enfants peuvent manifester des symptômes pathognomoniques du traumatisme (amnésies intrusives, évitements, hyperactivation neurovégétative), des signes de dépression (tristesse, inhibition, perte de d'intérêt, sentiments de culpabilité), des troubles anxieux (crises d'angoisse, agitation désordonnée, surveillance inquiète de l'environnement, attachement anxieux), des comportements agressifs tournés contre eux-mêmes et contre autrui, des troubles du sommeil, des troubles alimentaires et des troubles somatoformes.

Entre 6 et 12 ans, leur registre de réaction s'élargit. Plus que leurs cadets, ils peuvent exprimer des idées de vengeance et de culpabilité, présenter de l'irritabilité, de la colère, de l'agressivité et des comportements provocateurs ainsi que des troubles dépressifs. Avec l'entrée à l'école, apparaissent les perturbations scolaires et les difficultés d'apprentissage.

2.2.5. Situation traumatique des enfants victimes de la guerre

Le ravage de la guerre touche plus que jamais des enfants innocents. Par exemple, durant la Première Guerre mondiale, les victimes civiles se situaient aux environs de cinq pour cent. Elles atteignent aujourd'hui plus de 90 pour cent. « Rien que durant les années quatre-vingt-dix, près de 20 millions d'enfants ont été contraints de quitter leur chez-soi, 2 millions d'enfants ont perdu la vie et 6 millions ont été blessés. D'après les estimations de l'UNICEF, 1 million d'enfants sont devenus orphelins durant la même période » (Sironi, 1999).

Selon Bailly, il arrive souvent que les enfants, témoins des événements catastrophiques, aient la même sensibilité que les adultes. Parfois leurs difficultés à se représenter le concept de mort les protégeront. Parfois, leurs troubles se manifestent par un ensemble de signes dont certains sont pathognomoniques d'un syndrome de stress post-traumatique tels les reviviscences de l'évènement traumatique, cauchemars, sursauts, angoisse, phobies, repli relationnel, des troubles psychosomatiques (de bronchites, d'eczémas, douleurs migraineuses et abdominales). Selon leur âge les symptômes post traumatiques peuvent transparaître dans le comportement, et leur souffrance se manifester de diverses façons comme : agitation motrice, trouble de l'attention, etc. Parfois ils l'expriment sous forme de jeux ou de comportements répétitifs. Chez les plus petits, on retrouve de la régression psychoaffective se manifestant par de l'énurésie, vouloir dormir dans la chambre avec ses parents, etc. Chez les plus grands on trouve des troubles de comportements.

(Grappe, 2002) démontre que « ces enfants malmenés par la vie dès leur plus jeune âge risquent de pâtir gravement, dans leur développement psycho-intellectuel, de la survenue d'une confrontation avec une ou plusieurs expériences traumatiques ».

Après des dizaines d'observations faites en Croatie, en Bosnie et au Kosovo des auteurs ont remarqué chez certains enfants une hyper-maturité. Ce phénomène est observé par différents tests mais aussi par leurs attitudes, leurs discussions, leurs centres d'intérêts, et surtout « les arguments développés à l'aune d'une culture «politique » comparable à des diplomates expérimentés à la négociation » (Grappe, 2002). L'explication de ce phénomène est due à leur investissement d'adulte. C'est une « hyper-maturité réactionnelle au chaos social de la guerre qui aidait à la concentration, certes sur un thème et un temps limité, mais nous pouvons dire que la tension intérieure faisait monter le niveau de l'attention. Quand la tension et donc l'attention se relâchait, les capacités du jeune s'effondraient, le vide était là, les actions les plus simples, les plus routinières devenaient des corvées, des rubiconds infranchissables. Par exemple, aller acheter du pain et vérifier la monnaie rendue devenait hors de portée » (Grappe, 2002).

L'auteur considère que la raison de cette hypermaturité est que la guerre provoque une excitation psychique, ce qui a comme conséquence un basculement de la personnalité. « Tout s'accélère : tout d'un coup, l'enfant d'hier est devenu adulte » (Grappe, 2002).

Pour ces auteurs, les enfants qui s'en sortent le mieux sont ceux qui ont eu une petite enfance heureuse : « ils n'ont pas connu de rupture affective entre zéro et cinq ans. A contrario, les enfants en souffrance affective (déprimés) à cause de ruptures affectives, de troubles de l'attachement à la mère, sont moins forts psychiquement, sont moins capables de faire face à une tragédie. Ces enfants malmenés par la vie dès leur plus jeune âge risquent de pâtir gravement, dans leur développement psycho-intellectuel, de la survenue d'une confrontation avec une ou plusieurs expériences traumatiques » (Grappe, 2002).

Nous avons constaté que la guerre ne se fait pas seulement par des adultes. Les enfants aussi peuvent être guerriers. D'après les observations en Afrique noire et au Liban, (Crocq, 1999) a retrouvé des impulsions agressives sans frein chez ces enfants soldats. Ces enfants se livrent aux intrépidités les plus extravagantes et aux exactions les plus cruelles. Toujours selon l'auteur, les causes de ces comportements sont que ces adolescents ont vécu dans un univers régi par la violence et n'ont pas eu le temps d'acquiescer au moment opportun ni la peur, ni la pitié, ni la morale. L'auteur dit que ces enfants sont traumatisés par la révélation de la mort et par l'impossibilité d'y introduire une signification.

Selon les révélations de Nations Unies (Viognier, 2003), les enfants victimes de tortures et ceux qui ont assisté ou participé de force à des exactions sont les cas les plus extrêmes et subiront des répercussions à long terme sur leur santé mentale.

2.2.6. Le traumatisme aujourd'hui

Il n'est pas aisé de prétendre aujourd'hui pouvoir relier l'ensemble des troubles psychiques traumatiques auxquels font face les individus. Toutefois, les lendemains de conflits armés montrent que parmi les symptômes courants dans une situation potentialisée par les événements traumatiques, apparaissent les symptômes de reviviscence, comprenant les hallucinations, les illusions, les souvenirs forcés, les ruminations mentales, les vécus et agir, le cauchemar de répétition, le cauchemar intensément vécu et agité, voire somnambulique, plutôt que simplement contemplé. Tous ces symptômes sont le plus souvent accompagnés de détresse et d'orage neurovégétatif, et tous pouvant survenir soit spontanément, soit déclenchés par un stimulus évocateur, soit à la faveur d'un fléchissement du niveau de conscience.

On constate alors ici, que la pathologie provoquée par l'exposition à un événement violent, menaçant la vie ou l'intégrité physique ou mentale de l'individu était connue depuis longtemps, et sporadiquement projetée au premier plan de l'actualité lors des deux guerres

mondiales. Mais, une fois la paix revenue, chacun s'en retournait à ses occupations et loisirs d'avant et oubliait la violence guerrière et ses victimes psychiques, leur infligeant le deuxième trauma qu'est l'oubli ou l'indifférence de leurs concitoyens. Cependant, une des découvertes du Post-Vietnam syndrome était l'incapacité pour le soldat traumatisé de pouvoir communiquer avec sa famille retrouvée, comme s'il en était séparé par une « membrane invisible », témoignant de son changement de personnalité. En effet, ce que la notion de traumatisme opère ici, c'est cette subjectivation de l'expérience extrême qu'elle vient certes objectiver, mais surtout à laquelle elle vient donner la consistance d'une réalité presque unanimement admise et partagée. Le « langage nouveau » du traumatisme est d'abord l'expression d'une reconnaissance sociale. L'impératif à dire prend alors dans cette perspective un tout autre sens que celui d'une forme exhibitionniste ou impudique de parler d'une expérience intime ; il vient solliciter l'expression et le partage d'une condition spoliée, dessaisie d'elle-même, d'une subjectivité empêchée et des effets délétères de ce dessaisissement.

C'est dans une notion empruntée à la psychologie et à la psychiatrie que cette figure de l'intolérable va trouver son expression forte : le traumatisme. Cette rencontre, si l'on peut dire, entre la reconfiguration de l'expérience de l'anéantissement et le langage psychiatrique de l'intolérable, est le produit de deux histoires parallèles qui se sont croisées au milieu des années 1970 ; lorsque, d'une part, l'impératif de poser un fondement « naturel » à la condamnation morale de l'horreur a trouvé dans le nouveau paradigme de la souffrance psychique la confirmation des limites du tolérable, et que, d'autre part, la redécouverte par la psychiatrie américaine des troubles post-traumatiques, au cours de cette même période, est venue sceller un nouveau rapport entre le régime de vérité de l'intolérable et la narration traumatique (Fassin et Rechtman., 2007, p.179).

Dans ce nouveau paradigme de la souffrance psychique, il apparaissait évident qu'une expérience humainement intolérable était également une expérience psychologiquement intolérable. Dans une telle perspective, le rescapé est un survivant mais aussi celui qui garde la trace mémorielle de l'expérience pathogène. C'est précisément cette marque, ou trace, que vient désigner et objectiver le traumatisme et cela en lien non avec une morbidité personnelle mais avec l'insupportable d'un événement ou d'une situation.

Pour (Rechtman, 2005), l'abandon du paradigme psychanalytique s'accompagne d'un abandon équivalent de la recherche de l'affect traumatique, de la traque de la vérité, de la

fraude ou de la simulation.... Ce ne sont plus les mouvements intrapsychiques qui signent le traumatisme, pas plus que la conjonction entre une personnalité fragile et un événement qui lui serait apparu intolérable, mais, à l'inverse, il s'agit désormais d'un événement intolérable venu ébranler les capacités normales de résistance du psychisme. Plus besoin d'investiguer les profondeurs de l'âme, plus besoin de chercher des facteurs favorisant dans la personnalité ou dans l'histoire du sujet, l'événement est désormais le seul responsable de la pathologie. Le soupçon a définitivement disparu. Le traumatisme n'est plus la marque d'une faiblesse psychologique, d'une lâcheté que d'une éventuelle complicité, ainsi le gain pour les victimes est, à l'évidence, considérable puisqu'il éclipse enfin la douloureuse introspection narrative.

CHAPITRE 3: THEORIES EXPLICATIVES DU SUJET

La théorie est une proposition ou un ensemble de propositions sur le réel qui n'a pas encore été pris en défaut. Elle est un discours cohérent, une formulation de relations entre phénomènes, s'appuyant sur les faits connus et qu'aucun fait connu ne contredit.

La théorie permet de donner un sens aux observations faites sur le terrain. On se sert d'elle pour faire des déductions non observables de prime abord, à partir des données objectivement observables. Force est de souligner que la théorie dans une recherche sert non seulement de modèle explicatif du phénomène étudié, mais aussi de fondement quant à l'interprétation des résultats obtenus. La théorie est aussi un ensemble d'idées, de concepts abstraits, plus ou moins organisés, appliqué à un domaine particulier. C'est une construction intellectuelle méthodique et organisée, de caractère hypothétique et synthétique.

Par théorie explicative ou ancrage théorique, nous entendons un ensemble de propositions cohérentes qui tendent à montrer pourquoi un comportement se produit et quelles peuvent en être les réactions entre tel phénomène et telle attitude (Fisher, 1996).

3.1. La mentalisation

C'est au tour du concept de mentalisation que nous allons à présent nous centrer, en abordant les positionnements théoriques de différents auteurs à son développement. Nous verrons ainsi le développement théorique de la mentalisation avec Allen et la théorie de la mentalisation chez Pierre Marty.

3.1.1. Développement théorique de la mentalisation : La perspective d'Allen (2008)

Pour (F. Haméon, 2015, p15-20), Allen et ses collègues proposent que la capacité de mentalisation résulte de l'intégration de trois modes prémentalitants de la pensée, soit le mode **téléologique**, le mode **équivalence psychique** et le mode **fictif**. Ces précurseurs de la capacité de mentalisation réfèrent à des stades normaux du développement de la pensée de l'enfant et correspondent à différentes façons d'organiser les expériences subjectives et de percevoir les états mentaux. L'enfant adopte dépendamment de son développement cognitif et des situations, l'un ou l'autre de ces modes de pensée jusqu'à l'intégration progressive d'un mode réflexif ou mentalisant débutant vers l'âge de quatre ans (Allen et al., 2008).

3.1.1.1. Mode téléologique

A partir de l'âge d'environ six mois (6 mois), le bébé interprète son environnement selon un mode téléologique (Fonagy et Target, 1997) ; (Sharp et Venta, 2012). Ce mode de pensée réfère à une pensée strictement concrète, basée sur des observations directes. L'action des humains, comme celle des objets, est perçue comme une réponse logique à son environnement immédiat ou aux comportements d'autrui (Fonagy et Target, 1997). Une étude de (Gergely et Csibra, 1997) démontre que le jeune exprime de la surprise si un objet mouvant projeté sur un écran d'ordinateur se comporte de façon irrationnelle, par exemple en faisant des détours malgré l'absence d'obstacle. Ainsi l'enfant s'attend à ce que l'objet réponde à son environnement et tout comportement irrationnel est inexplicable. Un tel mode de pensée téléologique demeurera celui effectif pour traiter du monde des objets (Fonagy et Target, 1997), desquels on ne s'attend pas à ce qu'ils puissent modifier leur comportement à leur gré. Même pour comprendre le comportement des humains le jeune enfant fonctionnant sous un mode téléologique maintient une pensée rationnelle et concrète, sans comprendre que les états mentaux peuvent influencer ses actions ni celles d'autrui (Fonagy et Target, 2000).

A partir de l'âge d'environ deux ans, l'enfant fonctionne parfois sous le mode équivalence psychique et parfois sous le mode fictif.

3.1.1.2. Mode équivalence psychique

Sous le mode équivalence psychique, il ne différencie pas ses états mentaux ou ceux d'autrui de la réalité. Les pensées peuvent donc être perçues menaçantes puisque qu'elles sont vécues comme étant réelles (Allen et al, 2008), (Schmetts, 2008). Par exemple, l'enfant apeuré qui craint qu'un monstre soit caché sous un lit est convaincu qu'il y a effectivement un monstre sous son lit. De même s'il voit son parent inquiet, l'enfant est convaincu de la présence d'un danger réelle. Il n'y a pas d'espace physique entre les réalités subjectives et objectives, donc aucun espace pour le doute.

3.1.1.3. Mode fictif

Au contraire, le mode fictif, mode propre aux jeux symboliques de l'enfant, représente la pensée du jeune enfant pour qui les fantaisies, les émotions ou les désirs sont vécus comme étant complètement dissociés de la réalité et n'ayant donc aucun lien avec elle (Allen et al., 2008). Ce mode de pensée lui permet d'exprimer par le jeu les contenus et les états mentaux qui seraient intolérables s'ils étaient vécus comme réel, donc s'ils étaient envisagés sous le

mode de pensée équivalence psychique (Fonagy et Target, 2000). Sous le mode de pensée fictif, l'enfant perçoit qu'il est habité par une vie psychique, ayant une imagination et des pensées. Toutefois, il ne conçoit pas que ses états mentaux peuvent le renseigner sur lui ni ne conçoit sont jeu comme pouvant représenter en partie ses propres expériences, désirs, pensées et émotions. Les états mentaux et l'imaginaire sont perçus comme étant complètement irréels, fictifs (Fonagy et al., 2002). L'enfant n'est conscient que lorsqu'il joue, il fait semblant. Et donc, fait acte de quelque chose qui représente une perspective de la réalité, et qui pourrait donc être en partie vrai (Allen et al, 2008). La compréhension du faire semblant implique de reconnaître l'existence d'un lien entre la réalité et les fantaisies, tout en comprenant que l'impact des comportements dans le jeu est beaucoup moindre que celui des mêmes comportements dans la réalité (Schmeets, 2008). Au contraire sous le mode de pensée fictive, la vie psychique et la réalité externe sont perçues comme des antipodes ; elles ne peuvent pas cohabiter. Ainsi la moindre intrusion de la réalité dans l'imaginaire, par exemple un commentaire d'un parent hors du jeu, met fin à l'imaginaire de l'enfant (Allen et al, 2008). Peu à peu grâce notamment au jeu avec le parent, l'enfant peut découvrir de quelle façon le monde imaginaire est à la fois différent et relié à la réalité (Fonagy et Target, 2000).

3.1.1.4. Mode mentalisant vers cinq ans

Ici, l'intégration des modes de pensée équivalence psychique et fictif permet à l'enfant de comprendre que le monde interne et la réalité externe ne sont ni équivalents ni dissociés, mais qu'ils sont reliés (Allen et al, 2008). L'enfant conçoit les idées, les pensées et les fantaisies comme appartenant à son monde interne et comme étant distinct de la réalité externe (Fonagy et Target, 2000), perdant ainsi leur aspect menaçant (Schmeets, 2008). Les états mentaux sont alors perçus par l'enfant comme étant représentatif de ce qui l'habite, et comme une portée différents des paroles et des comportements. Les états mentaux qui sont mieux compris comme appartenant à la réalité psychique, comme étant différentes façons de percevoir la réalité externe et comme étant des motivations sous-jacentes aux actions d'autrui (Fonagy et Target, 2000). Un indice de l'amorce d'intégration d'un mode mentalisant est la capacité des enfants, à partir de l'âge d'environ quatre ans, à réussir la tâche typique de la théorie de la pensée. Cette tâche consiste à évaluer la capacité de l'enfant à partir du contexte dans lequel il se trouve et à anticiper les comportements de cet individu (Baron-Cohen, 1994).

Un autre indice du développement du mode pensée mentalisant est la prise de conscience par les enfants que lorsqu'ils jouent, ils font semblant, donc ils mettent en scène

différentes possibilités de la réalité. Le jeu ainsi que les pensées peuvent alors être utilisées par l'enfant comme des stratégies pour évacuer et trouver des solutions à certain aspect de la réalité qui suscite des sentiments difficilement tolérables (Schmeets, 2008). Il est en fin possible de reconnaître l'amorce de cette intégration d'un mode mentalisant par la capacité des enfants, au début de la scolarisation primaire, de s'exprimer en terme d'états mentaux et de se faire une idée de ce à quoi les autres réfléchissent (Ensink et Mayes, 2010).

3.1.1.5. Vers l'âge de six ans et plus

A six ans, le développement cognitif de l'enfant permet l'accès à la mémoire autobiographique (Allen et al., 2008). L'enfant est alors en mesure de se construire un fil conducteur concernant sa propre histoire, en s'appuyant sur un ensemble de représentations mentales qui ont été créées à partir de divers expériences. L'enfant est également en mesure d'organiser de façon cohérente l'ensemble de ses représentations mentales afin de se former une image cohérente et continue de l'autre et de lui-même (Allen et al., 2008), (Fonagy et al., 2002). Ainsi pour l'enfant de six ans et plus, les informations contenues en mémoire biographique peuvent servir d'indice de la même façon que le contexte et ses propres états mentaux, permettant d'émettre des hypothèses plus raffinées concernant les réactions et les comportements d'un individu en particulier. Néanmoins, la capacité de mentalisation demeure rudimentaire chez les enfants de scolarité primaire. Ce n'est que vers la fin de la scolarité primaire, soit vers 10 à 11 ans, que les différents aspects de la capacité de mentalisation sont bien intégrés et utilisés (Ensink et Mayes, 2010), suggérant une diminution importante de l'utilisation des modes de pensée pré-mentalissant et le développement progressif d'une complexité de la capacité de mentalisation.

Ultimement, l'individu pourra émettre des hypothèses sur ce que les gens, dont lui-même, expriment par leurs différentes actions. Il pourra se faire une idée des états mentaux qui sous-tendent les comportements en tenant du contexte situationnel et affectif dans lequel il se trouve, des indices appartenant à la réalité et de ses représentations mentales.

3.1.2. Théorie de Pierre Marty sur la mentalisation

Pour (P. Marty, 1991, p. 168), la mentalisation renvoie à la quantité et à la qualité des représentations psychiques des individus, représentations qui se manifestent dans le système préconscient. Les caractéristiques de ce système peuvent être considérées sous trois aspects distincts :

- **Son épaisseur**, « l'accumulation des couches de représentations pendant les différents temps du développement individuel (...) » ;
- **La fluidité et la souplesse des représentations**, la circulation des représentations au sein d'une même couche et d'une couche à l'autre, c'est-à-dire « lors de leur évocation, de leur liaison à l'autre de la même époque (...) ou d'époque différentes(...) » ;
- **La permanence, la régularité du fonctionnement du système préconscient dans le temps.**

A ces trois critères, il faut en ajouter un quatrième, celui de **la domination de l'activité de représentation par le principe de plaisir-déplaisir ou par l'automatisme de répétition**. Ainsi faut-il distinguer une activité de représentation libre, d'une suractivité de représentation liée à une contrainte impérieuse de répétition.

(P. Marty, 1991) précise que lorsqu'une ou plusieurs de ces dimensions est altérée, la mentalisation du sujet devient défectueuse, l'appareil psychique ne peut plus élaborer les excitations. Néanmoins leur décharge est nécessaire et se fera alors soit par la voie comportementale, soit par la sphère somatique. De plus, il fait remarquer que la confrontation à un événement traumatique éveille chez le sujet des conflits intrapsychiques plus ou moins latents. De même, (P. Marty, 1991) accorde peu de poids à la réalité externe (Rebourg et al, 1991), ce qui compte avant tout c'est l'accumulation, l'excès d'excitations qui ne peuvent plus recevoir un traitement mentalisé. Chez les sujets bien mentalisés, nous dit (P. Marty, 1991, p.167), lorsque le recours par la voie mentale n'est pas immédiatement possible, on voit apparaître une dépression, une augmentation des symptômes mentaux et des manifestations d'angoisse, mais surtout « les excitations et les représentations nouvelles vont rejoindre la masse de l'activité conflictuelle psychique qui les englobe et les assimile dans un temps plus ou moins long, avec plus ou moins de peine. », ce qui a donc fait trauma peut se voir élaborer psychiquement. Il en est tout autrement pour les sujets mal mentalisés, pour lesquels « en l'absence de fonctionnement du système préconscient, les excitations non exprimées et non déchargées persistent et s'accumulent d'une dépression essentielle et la désorganisation progressive du corps.

3.2. Les approches théoriques du traumatisme

3.2.1. Les approches freudiennes du traumatisme

(P. Janet, 1889), (S. Freud, 1893), (S. Ferenczi, 1930) et (O. Fenichel, 1945) ont par leurs réflexions approfondi et enrichi les connaissances sur les processus psychiques en jeu dans les réactions traumatiques.

A la suite de P. Janet, Le traumatisme devient un concept central dans la théorie psychanalytique, qui voit avec Freud son apparition dès les débuts de la psychanalyse, dans les études sur l'hystérie en 1895. Freud tente de formaliser une théorie sur le traumatisme mais nous verrons que tout au long de son œuvre il lui fera subir des modifications. Ce concept sera remanié jusqu'en 1939 dans l'Homme Moïse qui en donne sa dernière version.

❖ Première période : la théorie de la séduction

De même dans les études sur l'hystérie, Freud présente une théorie du traumatisme qu'il développera dans le cadre de la première topique. Le traumatisme est lié à la théorie de séduction : pour Freud, c'est la séduction précoce de l'enfant par l'adulte qui est à l'origine des névroses. Il propose alors un modèle en deux temps :

Dans un premier temps pendant la scène dite de la séduction, l'enfant est victime d'une tentative de séduction par l'adulte. L'enfant reçoit un afflux d'excitation nouvelles qu'il ne peut ni décharger ni traiter car il se trouve démuni, non préparé, de par son immaturité physique et psychique ;

Dans un deuxième temps, après la puberté, une scène le plus souvent banale vient réactiver les traces mnésiques inconscientes. « C'est le souvenir de la première qui déclenche un afflux d'excitations sexuelles débordant les défenses du moi », c'est donc le souvenir inconscient de la première scène qui, après-coup, devient pathogène.

A ce moment-là, Freud pensait le traumatisme en termes de réalité objective, il était persuadé du caractère de réalité de ces séductions sexuelles exercées par l'adulte. Mais, en 1897 il écrit à Fliess qu'il ne croit plus en sa « neurotica » ; il ne considère plus que tous les hystériques aient été réellement l'objet de séduction, « c'est le fantasme et non la séduction qui devient le facteur traumatique princeps et préside à l'organisation de la névrose. ».

Cette conception du traumatisme sera reprise et étendue par J. Laplanche (1987/1994) dans sa théorie de la séduction généralisée, où « la séduction vécue pendant l'enfance ne se

limite pas à la mise en acte dans l'abus sexuel, mais est une séduction généralisée inhérente à la rencontre (dissymétrique) entre le monde de l'adulte celui de l'enfant. » (P. Marty, 2001, p.45), la séduction intervient donc dans la réalité : elle n'est pas de l'ordre de l'abus sexuel, mais de soins parentaux dont les actes sont en partie chargés d'un sens sexuel non symbolisé.

❖ **Deuxième période : le traumatisme comme effraction du pare-excitation**

Tandis que Freud découvre les étapes de la sexualité infantile, il se désintéresse de la question du traumatisme. Après 1914, la théorie du traumatisme se réduit aux névroses de guerre, ce qui amène Freud, en 1920 dans « au-delà du principe de plaisir » à élaborer sa nouvelle conception du traumatisme. C'est dans le cadre de la seconde topique qu'il présente le traumatisme comme un phénomène énergétique venant effracter le parc-excitations.

Dans cette nouvelle topique, le moi est une interface du ça, du surmoi et de la réalité. Il joue un rôle protecteur de la personnalité par la mise en place de mécanismes de défense. D'autre part, il opère comme un facteur de liaison psychique. Le moi permet au sujet de maintenir son adaptation à la réalité et la cohérence interne.

Pour expliquer le par-excitations, (S. Freud, 1920) le compare à une couche externe venant protéger l'organisme de l'afflux des excitations externes. Le pare-excitations « fonctionne comme une enveloppe ou membrane spéciale qui tient l'excitation à l'écart : les énergies du monde extérieur ne peuvent ainsi transmettre qu'un fragment de leur intensité aux couches voisines » (S. Freud, 1920, p. 69). Pour S. Freud il y a traumatisme dès lors que l'afflux d'excitations externe est trop intense et qu'il vient submerger l'organisme, rompre la barrière protectrice : « Nous appelons traumatique les excitations externes assez fortes pour faire effraction dans le pare-excitations » (S. Freud, 1920, p. 71). Ce pare-excitations est en fait la barrière protectrice du moi du sujet, ainsi, quand il y a effraction, le moi se trouve débordé, ses défenses sont inopérantes, il n'est plus capable de faire son travail de liaison. Freud précise qu'il y a traumatique lorsque cette effraction est étendue, ce qui empêche un contre-investissement opérant. D'autres parts, le moi n'est pas préparé par l'angoisse (notion d'effroi), entravant la mobilisation des énergies nécessaire pour créer une défense fonctionnelle. Ainsi, lorsqu'il y a traumatisme (S. Freud, 1920, p. 72) explique que « le principe de plaisir est tout d'abord mis hors d'action. Il n'est pas question d'empêcher l'appareil psychique d'être submergé par des de grandes sommes d'excitations, c'est bien plutôt une autre tâche qui apparaît : maîtriser l'excitation, lier psychiquement les sommes d'excitations qui ont pénétré par effraction pour les amener ensuite à la liquidation. »

En ce qui concerne la provenance de l'attaque traumatique nous constatons que Freud invoque à de nombreuses reprises les excitations externes comme étant à la source de l'effraction du pare-excitations. Mais il pose l'hypothèse selon laquelle l'attaque externe résonnerait en attaque interne, c'est-à-dire qu'il y aurait libération des excitations sexuelles- des excitations libres- contre lesquelles le moi serait sans recours, du fait de son impréparation par l'angoisse. A (J. Laplanche, 1998, p. 243) de reprendre que le terme d'externe « suggère que tout traumatisme est d'origine externe même le traumatisme psychique. Ce par rapport à quoi il y a extériorité c'est moi, si bien que la perturbation que Freud nous décrit (...) semble être en premier lieu attribuée au traumatisme physique mais est en fait valable pour tout traumatisme. »

❖ **Troisième période : dernières avancées**

La dernière théorisation de S. Freud au sujet du traumatisme apparaît dans l'homme Moïse en 1939. Selon (Bokanowski, 1999, p.73) « ces avancées sont en grande partie redevables à celles qui étaient proposées par S. Ferenczi lors de la dernière partie de son œuvre, entre 1928 et 1933. ». En effet, (S. Freud, 1920, p. 163) met en lumière les expériences traumatiques qui surviennent dans la petite enfance, celles-ci entraînant une atteinte précoce du moi et endommageant le narcissisme. IL en va alors développer le concept de traumatisme narcissique. D'autre part, il attribue au traumatisme une dualité de conséquence : il peut avoir des effets positifs qui « sont des efforts pour remettre en œuvre le traumatisme, donc pour remémorer l'expérience oubliée ou, mieux encore, pour la rendre réelle, pour en vivre à nouveau une répétition(...) » et ainsi donc tenter de lier les représentations, conduisant à une élaboration du traumatisme ; il peut également générer des effets négatifs qui « tendent au but opposé : à ce qu'aucun élément des traumatismes oubliés ne puisse être remémoré ni répété. Nous pouvons les réunir sous le nom de réactions de défense. Leur expression principale est ce qu'on nomme les évitements, qui peuvent s'aggraver en devenant des inhibitions ou des phobies. ». Le traumatisme ne peut alors plus être élaboré psychiquement.

3.2.2. Le développement théorique de René Roussillon

Symbolisation et situation de traumatisme

Selon (R. Roussillon, 2014), le traumatisme concerne ce comment où on n'a pas pu être présent à ce qui s'est passé ; on n'a pas pu devenir sujet de ce qui s'est passé. Donc, ce qui fait trauma pour un sujet c'est ce qui va d'une certaine manière mettre en panne la

symbolisation : « il concerne tout ce qui peut mettre en panne la symbolisation et avec elle l'appropriation subjective ».

On a vu que la symbolisation primaire et la symbolisation secondaire étaient deux processus différents : la première opération qui fait passer de la matière première à une représentation de chose puis la symbolisation secondaire qui fait passer de l'inconscient de la représentation de chose à la conscience dans un appareil à langage. Le trauma fait obstacle dans le processus de subjectivation, ce qui veut dire qu'on peut avoir du trauma qui va affecter la première partie du processus : le traumatisé est sidéré, il ne peut rien décrire, non pas parce qu'il est incapable de passer de la représentation de chose à la représentation de mot, mais plutôt parce qu'il est incapable de mettre en scène ce qu'il vit, c'est-à-dire une sidération dans ses toutes premières formes, explique R. Roussillon. Les traumas de guerre sont de cet ordre-là.

C'est le processus secondaire, il s'agit de mettre en mots, transférer dans l'appareil de langage ce à quoi le sujet a été confronté et qu'il a pu transformer sous forme de représentations qu'il doit transférer à un autre, dans le cas d'un trauma faisant intervenir les divers refoulements. Autrement dit, le raté de la symbolisation secondaire est le refoulement.

La symbolisation nécessite différentes séquences temporelles. Il y a le temps où ça se passe, le temps de l'expérience, et le temps où ça se saisit, le temps où ça se représente. On symbolise souvent après-coup, dans une reprise, une ressaisie, une représentation, et au sein d'une situation qui s'y prête, d'une situation de sécurité, ceci car il faut des conditions particulières pour que cette reprise puisse s'effectuer (R. Roussillon, 2014).

En effet, « une partie de la symbolisation se déroule au moment où l'expérience se vit, à condition qu'un espace transitionnel interne ait pu être introjecté et que cette expérience ne déborde pas les capacités de symbolisation actuelles du sujet. Une autre partie de la symbolisation s'effectue après coup dans un espace et un temps particuliers permettant une reprise de cette expérience, comme par exemple dans les rêves ».

3.2.3. Approche phénoménologique du traumatisme

Cette approche a été développée par (C. Barrois, 1988) et (L. Crocq, 1999). En 1988, dans son ouvrage *Les névroses traumatiques*, C. Barrois met l'accent sur la perte de sens éprouvé par la personne traumatisée : « le traumatisme psychique est un effondrement de

l'illusion de sens et de significations autrefois échangées, stabilisées, dont l'immense treillis se prêtait généralement à tous ».

Le traumatisé est confronté à la mort, c'est l'expérience de non-sens et il n'y a pas de représentation de la mort.

En 1999, L. Crocq propose un modèle sur le trauma qui repose sur trois points :

-L'aliénation traumatique : le sujet traumatisé a l'impression d'avoir complètement changé. (L. Crocq, 1999) propose le terme d'« imposture névrotique ». La personne traumatisée développe une nouvelle manière de percevoir, de penser, de ressentir, d'aimer, de vouloir et d'agir.

-Le bouleversement de la temporalité : chez les personnes traumatisées, le temps s'est arrêté au moment de l'horreur de la confrontation à l'évènement traumatique, le passé est vécu en tant que présent et s'est arrêté à l'expérience du trauma.

-Le non-sens : la personne traumatisée a vécu ou a été témoin de l'horreur, elle est confrontée à sa propre mort ou à la mort d'une autre personne sans y avoir été préparée : « c'est-à-dire le retour au néant mystérieux et redouté, ce néant dont il a toujours eu la certitude sans jamais pouvoir acquérir la connaissance et sur la négation passionnée de quoi il a sans cesse fondé sa foi dans la vie : le néant, envers de la vie et des valeurs, non-sens ».

3.2.3.1. Louis Crocq et le traumatisme

Louis Crocq est, semble-t-il, le premier en langue française, à avoir introduit la notion de traumatisme dans la clinique des syndromes psychotraumatiques, dans un sens toutefois très différent de celui qu'avait adopté la psychiatrie américaine avec le PTSD : c'est moins la théorie bio-physio-psychologique du stress en tant que telle qui intéresse L. Crocq que la clinique de la réaction initiale, immédiate, notamment dans ses formes aiguës, qu'il permet de distinguer des réactions se développant ultérieurement, nous y reviendrons plus loin. C'est donc plus le stress dans le temps de l'évènement, avec les modalités problématiques qu'il peut engendrer, que l'évènement en tant que facteur de stress qui l'intéresse. Il s'attachera d'ailleurs à mettre l'accent sur la dimension psychologique de la réaction d'alerte et de mobilisation du sujet, en réponse à la survenue d'un évènement imprévu et « menaçant son intégrité physique ou mentale ».

3.2.3.2. Crocq et la souffrance morale comme nouveau paradigme

Les sciences humaines ont jadis pris la place laissée grandement vacante par les sciences morales. De là tenons-nous en grande partie notre fascination collective pour la « réalité » psychique. En effet, au lieu d'une âme inséparable de la notion de péché, souligne (Ehrenberg, 1998), une nouvelle catégorie désigne le dedans de la personne : l'esprit, la psyché, le mental, bref, l'intériorité cachée, dissimulée, mais manifestant son existence par des signes multiples, Sacrée comme l'âme, c'est un tabou pour les modernes qui ne peuvent la manipuler sans risque. L'intériorité est une fiction qu'ils ont fabriquée pour dire ce qui se passe à l'intérieur de nous. Mais cette fiction est aussi une vérité : nous y croyons comme d'autres croient en la métempsychose ou au pouvoir magique des ancêtres.

Ce n'est alors plus, selon (Ehrenberg, 1998, p.16), « l'autorisé et l'interdit » qui dictent nos conduites, mais « le possible et l'impossible » dans une normativité non « plus fondée sur la culpabilité et l'interdit, mais sur la responsabilité et l'initiative ». C'est ce pourquoi de la notion de souffrance psychique s'est progressivement substituée celle de souffrance morale car elle correspond au primat accordé à l'intériorité comme lieu topique de son origine.

Toutefois, force est de signaler qu'il faut ici, pour qu'elle prenne la signification qu'on lui accorde aujourd'hui, qu'elle ne tienne qu'à la réintégration dans la subjectivité des facteurs externes, ou, autrement dit, des effets sur le sujet de la « précarité du monde », c'est-à-dire de tout ce qui fait obstacle à cette réalisation obligée de soi. L'œuvre de L. Crocq est ainsi à de multiples égards exemplaire de cette redécouverte et ré exploration d'un champ clinique qui avait été, nous l'avons vu, presque totalement déserté en tant que tel par les spécialistes, même si les travaux historiques qui vont alors se développer montreront que, de façon confidentielle, souvent sous couvert d'autres dénominations, s'était maintenue une tradition clinique centrée sur les conséquences psychiques d'événements exceptionnels.

C'est du moins ainsi que la psychotraumatologie se présente, mais, bien plus qu'une redécouverte, c'est un véritable ensemble d'inventions qui la caractérise, même si celui-ci cherchera à se dire dans un premier temps dans la langue et les concepts à disposition et s'ancrera dans l'histoire des idées et des pratiques en psychiatrie militaire, notamment. (Louis Crocq, 1999) définit les névroses traumatiques (terminologie utilisée à la place de PTSD) « comme la réaction immédiate, biologique, physiologique et psychologique d'alarme, de mobilisation et de défense de l'individu face à une agression ou à une menace ». Il développe

la psychiatrie de l'avant pour les armées (2001) afin de soigner très tôt les blessures psychiques. En septembre 2008, cet auteur rappelait que « ces blessures de l'âme sont moins glorieuses que des blessures physiques. Celles-ci sont souvent considérées comme un signe de faiblesse voire de lâcheté. Les militaires, lorsqu'ils font l'expérience d'une situation traumatisante, ont tendance à réprimer, taire ou dissimuler les symptômes. Une prise en charge précoce permet non seulement de limiter la chronicité de cette pathologie mais aussi d'en réduire les dommages collatéraux sur les relations familiales, sociales et professionnelles. D'où, l'importance de faire appel à une cellule spécialisée dans le soutien psychologique ». Il est ainsi à l'origine des cellules d'urgence médico-psychologiques, qui, depuis 1995, prennent en charge les victimes d'attentats, d'accidents ou de catastrophes naturelles.

DEUXIEME PARTIE: CADRE OPERATOIRE

CHAPITRE 4 : METHODOLOGIE DE L'ETUDE

La méthodologie dans cette recherche est la partie incontournable sans laquelle notre travail ne saurait être objectif. Elle reprend entre autre le problème, la question de recherche et les hypothèses. Elle présente également le type de recherche, la population d'étude, les techniques d'échantillonnage, l'échantillon et les instruments de collecte des données.

4.1. Rappel du problème

Cette recherche traite du problème de la cause du traumatisme au travers de la mentalisation. Ce problème nous a amené à formuler une question de recherche, à laquelle nous avons tenté de répondre par la formulation deux types d'hypothèses que nous allons préciser ci-dessous.

4.2. Rappel des hypothèses

Selon Grawitz (1990) « l'hypothèse est une proposition de réponse à la question posée. Elle tend à formuler une relation entre des faits significatifs. » Notre travail comporte deux types d'hypothèses qui sont l'hypothèse générale et les hypothèses de recherche ou encore hypothèses opérationnelles

4.2.1. Rappel de l'hypothèse générale

Dans ce travail, l'hypothèse générale qui nous sert aussi d'hypothèse de travail est la suivante : «La mentalisation contribue comme facilitateur du traumatisme chez les enfants réfugiés séparés des parents».

Cette hypothèse générale dégage deux types de variables : une variable indépendante (VI) et une variable dépendante (VD).

Notre variable indépendante (VI) de l'étude est : La mentalisation. Notre variable dépendante (VD) est : le traumatisme.

4.2.2. Rappel des hypothèses de recherche

Les hypothèses de recherche sont plus concrètes que l'hypothèse générale. Elles sont des propositions des réponses aux aspects particuliers de l'hypothèse générale sous une forme facilement mesurable, avancée pour guider une investigation, elles constituent en fait une opérationnalisation de l'hypothèse générale.

De ce fait, trois hypothèses de recherche ont été formulées dans le cadre de cette étude. Il s'agit de :

RH1 : La capacité de distinguer ses propres états mentaux et ceux des autres contribue comme facilitateur du traumatisme chez les enfants réfugiés séparés des parents.

RH2 : La conscience des affects contribue comme facilitateur du traumatisme chez les enfants réfugiés séparés des parents.

RH3 : Les biais de mentalisation contribuent comme facilitateur du traumatisme chez les enfants réfugiés séparés des parents.

4.3. Type de recherche ou de l'étude

Pour mener une recherche en psychologie, deux méthodes sont principalement employées : la méthode quantitative et la méthode du cas unique.

Si la première est actuellement privilégiée dans le champ scientifique, car plus objective, il n'en demeure pas moins que la seconde suscite toujours un grand intérêt. De plus, comme le remarque très justement (Daniel Widlöcher, 1999). Ces deux démarches sont complémentaires : « la méthode inductive quantitative à surtout pour intérêt de vérifier la régularité d'un événement, la méthode du cas unique a surtout pour but de découvrir de nouveaux objets de connaissance ». L'observation des cas singuliers se situe alors en amont de la recherche de validation et de généralisation des hypothèses élaborées à partir de l'étude de ces cas (Bourguignon et Bydlowski, 1995).

Pour la présente étude dont la méthode repose sur l'étude de cas, elle répond à une recherche de type exploratoire-explicative dans la mesure où elle cherche à explorer et expliquer le lien entre *la mentalisation et le traumatisme chez les enfants réfugiés centrafricains de 6 à 11 ans séparés des parents*.

En effet, la recherche exploratoire-explicative consiste à décrire, nommer ou caractériser un phénomène, une situation ou un événement de sorte qu'il apparaisse familier. Le chercheur collecte les données en s'appuyant sur des observations, sur des entretiens ou des questionnaires. Les informations collectées sur les caractéristiques d'une population particulière, sur l'expérience d'une personne, sur un groupe ou toute autre entité sociale sont présentées sous forme de mots, de nombres, de graphiques, d'énoncés descriptifs de relations entre les variables.

4.4. Site de l'étude

Sous ce titre, nous présenterons brièvement la ville de Yokadouma avant de nous intéresser au site des réfugiés de Ngarisingo où l'étude a principalement eu lieu.

4.4.1. Présentation sommaire de la ville de Yokadouma

Dans cette partie nous allons présenter la commune, le milieu biophysique et le milieu humain de la ville de Yokadouma.

4.4.1.1. Localisation de la Commune

La commune de Yokadouma est située dans le département de la Boumba et Ngoko, dans la région de l'Est. Elle est créée en 1955 et couvre une superficie de 9 533 km². Elle est limitée : au nord par la commune de Gari – Gombo, au Sud par la commune de Salapoumbé, à l'Est par la République Centrafricaine, à l'Ouest par la Commune de Messok.

4.4.1.2. Milieu biophysique

La commune de Yokadouma est soumise dans son ensemble à l'influence d'un climat équatorial chaud et humide de type guinéen classique à deux saisons de pluies entrecoupées de deux saisons sèches. Les précipitations annuelles moyennes se situent entre 1500 et 1800mm. La température moyenne de la région oscille autour de 23°C. Le relief dominant de la commune de Yokadouma est relativement plat. L'altitude moyenne oscille entre 600 et 900 m d'altitude supportant un couvert forestier. Le réseau hydrographique de la commune appartient au bassin hydrographique du Congo. La végétation de Yokadouma est marquée par la forêt. La zone forestière est caractérisée par la forêt dense humide sempervirente, alternant avec la forêt semi décidue à grandes superficies de forêts marécageuses. Les animaux les plus courants concernent diverses espèces de céphalopodes, de singes, l'aulacode, le rat de gambi etc.

4.4.1.3. Milieu Humain

La commune de Yokadouma a une population estimée à 64.000 habitants en 2005 et plus de 75 648 habitants depuis 2014 avec l'arrivée en grand nombre de réfugiés centrafricains. Les populations sont regroupées en 3 cantons (Mpou-Mpong, Kounabembe et Bidjouki) réparties dans 73 chefferies de troisième degré et 43 campements pygmées Baka. Les campements sont rencontrés dans plusieurs villes. Les différents groupes ethniques dans la commune vivent en parfaite harmonie. Chaque groupe a un apport sur le plan culturel, mais également sur le plan économique.

Les Bakas, peuples autochtones de la forêt, représentent environ 20% de la population de la commune de Yokadouma. En suite, on a les Yanghere, Mbimo et kako. Les ethnies allogènes sont constituées de Bamilékés, Bamoun, Maka, Foulbé, les anglophones et des réfugiés centrafricains appartenant aux des ethnies Gbaya, Peuhls et Mbimo.

La population de Yokadouma est en majorité monothéiste ; elle pratique principalement deux grandes religions notamment l’Islam et le Christianisme. La majeure partie de la population dans les différents villages et campements pygmées attache une importante valeur culturelle à la terre héritée de leurs ancêtres. Les Bakas sont animistes et pratiquent le rite « NJENGUE » annuellement et à cette occasion, ils abattent un éléphant.

Dans la plus part des villages, l’habitation est linéaire avec les maisons plus ou moins groupées le long de la route. Il existe des campements pygmées situées soit à l’entrée et/ou à la sortie des villages et d’autre à l’intérieur du village. Dans l’ensemble le système de bâti est rudimentaire et en matériaux locaux. Et depuis 2014, il existe un site des réfugiés à l’entrée de la ville, précisément à Ngarisingo situé à la limite entre Yokadouma et l’arrondissement de Gari- Gombo.

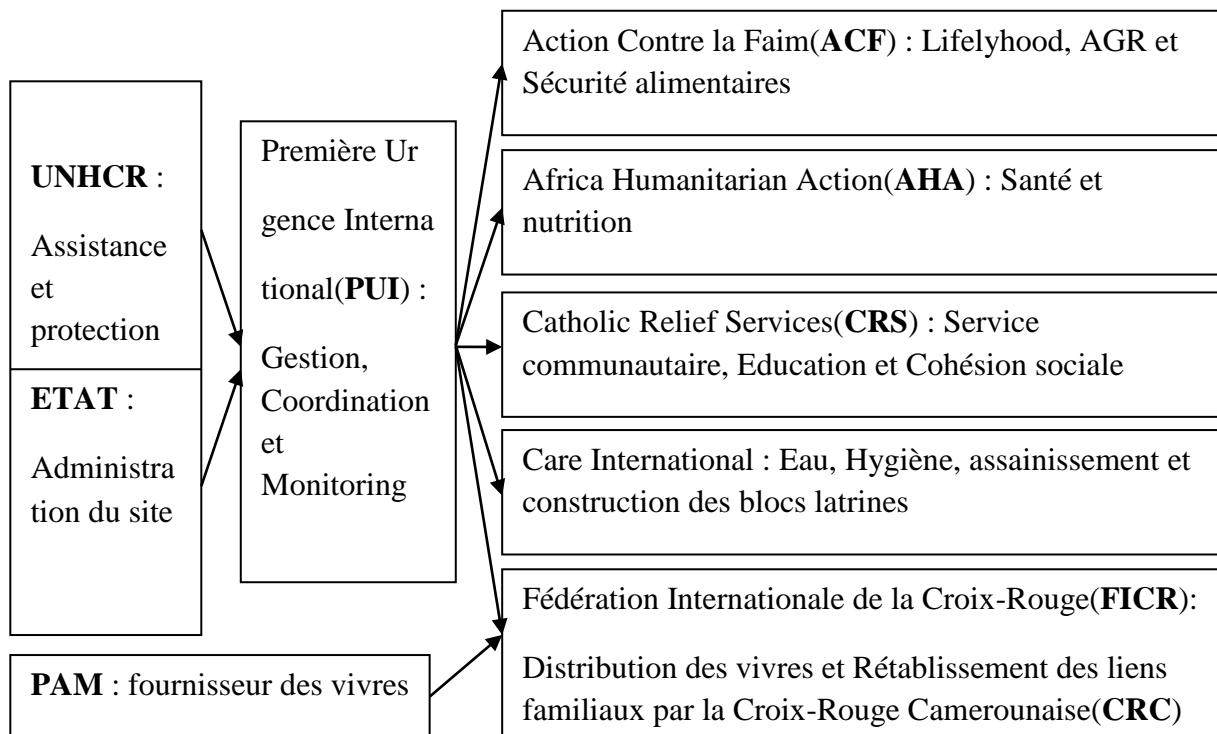
4.4.2. Présentation du champ de l’étude

Dans ce sous titre, nous allons abord présenter le site des réfugiés de Ngarisingo avant de mettre l’accent sur les justifications de notre choix pour le champ de l’étude.

4.4.2.1. Historique et informations géographiques du site des réfugiés de Ngarisingo

Contrairement aux trois autres sites aménagés, le site de Ngarisingo est le seul site dans le Département de la Boumba et Ngoko qui fait face pour la première fois à une arrivée massive de réfugiés. Ce site a été ouvert le 24 avril 2014 sur une superficie de 4 hectares afin d'accueillir les réfugiés centrafricains, entrés principalement par les points frontaliers de Mboy et de Gribi. En 2016, compte tenu des nouvelles arrivées, un hectare de plus a été accordé par l’Etat Camerounais en accord avec les populations autochtones pour la construction de nouveaux abris. Ce site est à 210 km de Batouri où se trouve le Bureau de Terrain de l’UNHCR, et est situé à 55 km de la frontière internationale (Mboy). La majorité des réfugiés proviennent de Mbaiki et Nola. Sont pour la plus part peuhls, le deuxième grand groupe ethnique est Mbimo, et presque 98 % sont musulmans. Ils sont composés des Agriculteurs, propriétaires de bétail, bergers, Artisans miniers, commerçants.

4.4.2.2. Organisation et fonctionnement du site des réfugiés de Ngarisingo



- **L'UNHCR** : détient le mandat international de protection des réfugiés. Ainsi, il assure toutes les questions de protection avec l'appui des autorités camerounaises.
- **PUI** : il y a l'équipe PUI-CMC et l'équipe PUI-Shelter. PUI-CMC ou Camp Management and Coordination, assure la gestion du site, la coordination, le monitoring et le suivi des activités des autres partenaires. Il est chargé de la mobilité des réfugiés, de la gestion et maintenance des infrastructures, du plaidoyer, de la documentation et des arrivées spontanées des réfugiés dans le site. PUI-Shelter est chargé de la construction des abris.
- **ACF** : s'occupe des Activités Génératrice des Revenus(AGR), des moyens d'existence ou livelyhood, et de la sécurité alimentaire.
- **AHA** : s'occupe de la santé des réfugiés et des problèmes de malnutrition.
- **CRS** : est chargé du service communautaire, de l'Education, de la cohésion sociale, de la protection de l'enfance et des SGBV, de l'identification et du suivi des PBS.
- **CARE International** : s'occupe de l'eau, de l'hygiène, de l'assainissement et de la construction des ouvrages et infrastructures WASH.
- **PAM** : met des vivres à la disposition de l'UNHCR sur une base mensuelle.
- **FICR** : est le partenaire de distribution des vivres.
- **CRC** : s'occupe du rétablissement des liens familiaux(RLF).

Pour mettre en œuvre ces programmes, l'UNHCR recommande à ces ONG de travailler en synergie avec les réfugiés par une approche participative, qui consiste à mettre ces derniers au centre de toutes les activités, et cela a lieu à travers les organes de gestion tels que les comités. Nous avons ainsi recensé dans le site 12 comités notamment le comité central, le comité des sages, le comité des femmes, le comité des jeunes, le comité santé, le comité éducation, le comité distribution, le comité de vigilance, le comité ARG, le comité abris et environnement, le comité eau, hygiène assainissement, le comité PBS.

4.4.3. Justification du choix du champ de l'étude

Cette étude a été menée dans l'arrondissement de Yokadouma, Département de la Boumba et Ngoko, Région de l'Est. Cet arrondissement est composé des populations autochtones, des allogènes et des réfugiés centrafricains appartenant aux ethnies Gbaya, Peuhls et Mbimo. Nous avons choisi le site des réfugiés de Ngarisingo comme cadre de notre étude pour plusieurs raisons. Malgré les arrivées des premiers réfugiés depuis 2014, le site continuait à accueillir des réfugiés arrivés spontanément jusqu'en 2015 et 2016. Nous aurons donc dans cette étude, les cas les plus récents, des réfugiés nouvellement entrés au Cameroun, qui éprouvent encore toutes les souffrances psychiques des méfaits de la guerre. De plus, sur le site, le fait que l'UNHCR n'ait pas encore engagé un partenaire de mise en œuvre du programme de santé mentale pour les réfugiés, est un avantage pour nous de réaliser l'étude sur un champ encore vierge, où nous retrouvons des bénéficiaires qui pourraient être encore potentiellement victimes de l'expérience traumatique de la guerre. Pour ces raisons, il nous est plus aisé d'y tirer une population d'étude qui présente toutes les caractéristiques auxquelles nous aurons recours dans la suite des analyses de notre étude.

4.4.4. Population d'étude

La population d'étude désigne l'ensemble des éléments qui ont une ou plusieurs caractéristiques en commun qui les distinguent d'autres éléments et sur lesquels porte l'investigation. Aussi, définir la population c'est sélectionner les catégories de personnes que l'on veut interroger et à quel titre, déterminer les acteurs dont on estime qu'ils sont en position de produire des réponses aux questions qu'on se pose. Or, le choix de la population d'une étude est imposé par la nature de l'information à recueillir. Les membres de ladite population doivent être capables de fournir des réponses pertinentes aux questions du chercheur. Ce choix n'est donc pas neutre et prédétermine la distribution des réponses que le chercheur veut obtenir. Au regard de ces postulats et vu l'intitulé de notre étude, la population

qui nous intéresse est l'ensemble des enfants réfugiés ayant en commun la séparation d'avec leurs parents.

4.4.5. Technique d'échantillonnage

L'échantillonnage est un processus par lequel on choisit un certain nombre d'éléments dans une population de telle manière que les éléments choisis représentent ladite population. Il s'agit d'une notion importante en recherche, car lorsqu'on ne peut pas saisir un phénomène dans son ensemble, il est nécessaire d'opérer des mesures en nombre fini, afin de représenter ledit phénomène. Dans la présente étude, nous avons fait usage de la technique d'échantillonnage à choix raisonné. Il s'est agi d'une technique qui repose sur le jugement du chercheur pour constituer un échantillon du sujet (M. Arnaud Tang Essomba, 2012).

4.4.6. Echantillon sélectionné

Notre population est constituée d'enfants victimes de la séparation brutale des parents.

En ce qui concerne la tranche d'âge à laquelle nous nous référons, il s'agit de celle correspondant à la phase de latence. Certes, il existe plusieurs limites d'âges posées par différents auteurs, mais dans la littérature psychanalytique, cette période caractérise généralement l'ensemble de l'époque entre six ans et la puberté, soit entre six ou sept ans et douze ou treize ans, sachant que l'avènement de la puberté est plus précoce chez les filles (vers 12 ans) que chez les garçons (vers 14 ans). Nous avons choisi de rencontrer des enfants et non des adolescents, car il nous a paru plus judicieux de faire cette évaluation à une période un peu plus calme (sans pour autant nier l'existence des remaniements psychiques, période au cours de laquelle la transformation des modalités adaptatives et des mécanismes de défense fait que l'enfant atteint un certain équilibre fondé sur une distance plus stable entre ses objets internes et externes, et ceci va le rendre plus apte aux sublimations et plus disponible pour les apprentissages. D'autre part, c'est pendant cette latence que se développent les mécanismes de défense du moi, que se met en place le passage du processus primaire au processus secondaire, que l'enfant peut investir l'imaginaire par les fantaisies, les rêveries diurnes, les jeux, favorisant la mise à jour des processus intrapsychiques. Nous devons également reconnaître que la méthodologie projective (le social stories test) est généralement mieux acceptée par les enfants de cette tranche d'âge.

Tableau 01. Présentation de notre échantillon d'étude

N° ordre	Cas	Age	Genre	Date d'arrivée ou d'enregistrement	N° d'abri
01	Sujet 1	11 ans	Masculin	30/04/2014	B022
02	Sujet 2	08 ans	Féminin	08/12/2014	D025
03	Sujet 3	09 ans	Masculin	05/03/2015	D019
04	Sujet 4	09 ans	Masculin	19/06/2016	D002
05	Sujet 5	06ans	Féminin	2014	C024
06	Sujet 6	11 ans	Masculin	2014	D022
07	Sujet 7	07 ans	Masculin	2014	C038
08	Sujet 8	09 ans	Féminin	2014	E023
09	Sujet 9	10 ans	Masculin	2014	A026
10	Sujet 10	7 ans	Féminin	2014	D005

D'après les statistiques publiées par l'UNHCR le 14 février 2016, le nombre total des réfugiés dans le site de Ngarisingo s'élève à 1126 réfugiés. Notre population d'étude prise dans ce nombre est de 54 enfants réfugiés séparés. Pour identifier ces enfants nous nous sommes servis du code de vulnérabilité dans lequel nous retrouvons les critères pour chacune des couches vulnérabilité. Ainsi nous avons pu identifier les cas d'enfants séparés qui aujourd'hui dans le site, représentent une fraction non négligeable de la communauté.

4.5. Instruments de collecte des données

Avant d'arriver à la présentation des instruments de collecte des données proprement parlé, il est tout d'abord indispensable de montrer pour quelle raison le choix a été porté sur ces instruments.

4.5.1. Choix des instruments

Ce paragraphe est un des plus importants du mémoire, car on sait combien le choix méthodologique est déterminant dans une recherche et combien les résultats varient selon la méthodologie employée. Ainsi, même s'il restera des biais induit par cette dernière, le choix doit être objectif et honnête possible.

La méthodologie, dans cette recherche, permet d'opérationnaliser les hypothèses et elle joue un rôle déterminant dans le recueil des données. Il est donc nécessaire de mettre au

point un protocole de recherche qui soit applicable pour les sujets des deux échantillons. Pour ce faire, nous avons décidé de jalonner cette recherche en quatre temps. Nous avons conscience que ce protocole peut paraître lourd, mais nous désirions varier nos sources d'information (entretiens, tests) pensant que si l'on obtenait alors des convergences, la fiabilité de nos confusions en serait augmentée. De plus, l'entretien et les techniques projectives (social stories test) sont deux types de méthodologie qui, malgré leur apparence différente, sont en fait très complémentaires.

Nous avons débuté chaque rencontre par un entretien clinique, puis nous avons proposé à l'enfant la passation de l'outil d'investigation.

4.5.2. Présentation des instruments

Dans cette partie nous allons présenter les instruments de collecte des données notamment : l'entretien clinique, les épreuves projectives (le Social stories test par exemple) et le TSI

4.5.2.1. L'entretien clinique

L'entretien clinique est un outil très important et indispensable en psychologie, que ce soit d'un point de vue diagnostique, thérapeutiques ou de recherche, permettant d'accéder aux représentations et aux émotions du sujet, mais aussi de recueillir des données anamnestiques (Alexandre, 1998). Parmi les différents types d'entretien disponibles (entretien directif, semi-directif, libre), notre choix s'est porté sur l'entretien semi-directif (entretien à structure faible) car l'entretien directif est trop proche du questionnaire, trop rigide et donc sans intérêt pour cette recherche, et il nous semblait difficile d'avoir recours à l'entretien libre avec un enfant, entretien qui consiste à parler par associations libres autour d'un thème général. L'entretien semi-directif nous permet d'aborder plusieurs thèmes et entre chacun de ces thèmes, nous laissons l'enfant organiser librement son discours et approcher ses préoccupations, conscientes ou non. Nous avons alors recours à la même technique que l'entretien libre, à savoir l'écoute active et en pratique. L'entretien clinique occupe une place très importante, puisque c'est dans la rencontre intersubjective entre le clinicien chercheur et l'enfant que se construit une relation qui peut conduire à l'instauration d'un climat de confiance et de respect. C'est en consacrant du temps et une écoute attentive à l'enfant qu'il pourra se laisser aller à son désir de « dire » son histoire, avec ses propres mots et sa subjectivité. Ainsi, l'entretien semi-directif permet d'approcher l'histoire des sujets, mais

aussi leurs stratégies défensives « c'est le mode d'accès privilégié à la dimension inconsciente que recèle le mot à mot de l'énoncé de certaines positions discursives ».

Ainsi donc, nous avons débuté chaque séance par un entretien clinique, temps essentiel à la rencontre de l'enfant et du psychologue au cours duquel ce dernier doit créer des conditions favorables pour permettre à l'enfant de se sentir à l'aise et en confiance, ce qui est essentiel avant la passation d'épreuves psychologiques.

4.5.2.2. Les épreuves projectives

Nous n'avons pas choisie d'utiliser les épreuves projectives pour obtenir un diagnostic différencié d'organisation de la personnalité, mais bien dans le but de recueillir les informations approfondies indispensables pour vérifier nos hypothèse difficilement appréhendable parcellément des entretiens.

Selon (Catherine Chabert, 1998) « le but des épreuves projectives est de permettre l'étude du fonctionnement intrapsychique individuel dans une perspective dynamique, c'est-à-dire en s'efforçant d'apprécier à la fois les conduites psychiques repérables, mais aussi leurs articulations singulières et leurs potentialités de changement ». Ainsi, lorsqu'on travaille sur les tests projectifs on s'interroge « sur les opérations mentales mises en œuvre au cours de la passation, avec l'hypothèse qu'elles traduisent le mode de fonctionnement psychique du sujet ».

Ces épreuves projectives sont très enrichissantes pour notre recherche car « ce qui est caché est ainsi mis en lumière ; le latent devient manifeste ; l'intérieur est amené à la surface ; ce qu'il y a de stable et aussi de noué en nous se trouve dévoilé », or plusieurs de nos hypothèses nécessitent d'évaluer des facteurs renvoyant au fonctionnement intrapsychique des enfants, que ces outils permettent d'apprécier. Il faut bien préciser que nous nous trouvons dans un cadre de recherche, pas dans un suivi longitudinal, ni dans une démarche thérapeutique. Nous avons vu chaque enfant au minimum quatre fois, il est important pour nous d'obtenir le maximum de données possible, et les tests projectifs permettent une réelle économie de temps, tout en apportant des informations fiables.

4.5.2.3. Le Social stories test (Sharp et al., 2007)

Cet instrument permet d'évaluer les biais de mentalisation chez les enfants d'âge scolaire. Il consiste en une série de 15 vignettes, écrites et illustrées sur des planches, portant

sur diverses situations sociales qui font appel à la capacité de mentalisation de l'enfant. Ces situations concernent la solitude, la peur d'être ridiculisé, la gêne en contexte social, le rejet, le fait d'être peu performant en sport, le fait d'avoir un accident, la perte, le fait d'être seul, l'échec scolaire, le déménagement, la taille physique, les handicaps, l'embarras social, le divorce et la pauvreté. Pour chaque vignette, l'enfant a trois choix de réponse qui correspondent à trois styles différents d'attribution d'états mentaux, soit un biais positif irréaliste avec une forte référence à l'image de soi, soit un biais négatif irréaliste avec une forte tendance à l'auto dépréciation, soit une réponse neutre démontrant un style d'attribution plutôt rationnel et adaptatif. Le style d'attribution prédominant chez l'enfant est déterminé en fonction du plus bas nombre de réponses qu'il obtient à l'un ou l'autre des trois styles. Le temps nécessaire pour y répondre est d'environ 20 minutes. L'instrument comporte une bonne validité de construit ; les biais de mentalisation sont positivement liés aux difficultés de comportement externalisées chez les enfants d'âge scolaire (Sharp et al, 2007). Dans le contexte de la présente étude, un score combiné de biais de mentalisation, représentant le nombre total de biais positifs et négatifs, a été créé l'indice de cohérence interne obtenu dans cette recherche est satisfaisant (0,71).

4.5.2.4. La présentation du Trauma Symptom Inventory (TSI)

Le TSI fut conçu en 1995 par Briere pour évaluer les séquelles psychologiques reliées à l'expérience d'un événement traumatique. Celles-ci rejoignent, sans s'y limiter, les symptômes d'ÉSPT et d'ÉSA tels que définis par le DSM-IV (A.P.A., 1994). Le TSI évalue aussi les difficultés intra et interpersonnelles souvent associées aux traumatismes psychologiques chroniques. Toutefois, l'objectif du TSI n'est pas de produire un diagnostic, il vise plutôt l'évaluation des symptômes présentés par un individu suite à un événement traumatique. Le TSI couvre des phénomènes tels que les symptômes d'anxiété, la symptomatologie dissociative, les symptômes dépressifs, les angoisses sexuelles, les affects de colère ou d'irritabilité, les comportements sexuels dysfonctionnels, les symptômes intrusifs, les problèmes dans le domaine du soi, l'évitement cognitif ou comportemental et la tendance d'un individu à se tourner vers des moyens externes pour réduire sa détresse ou ses tensions internes (Briere, 1995). Ces divers types de séquelles se retrouvent dans les 10 échelles cliniques du TSI et sont développés ultérieurement dans la section intitulée « composition du TSI ».

➤ **Présentation matérielle**

Le matériel composant le Trauma Symptom Inventory (TSI) est présenté d'une façon professionnelle et l'administration du test est simple et bien expliquée. De plus, les procédures de cotation et d'élaboration de profils, utilisant les tables normatives, sont claires et faciles à suivre. Les items du TSI sont libellés selon une capacité de lecture de 5^{ème} à 7^{ème} année primaire (Briere, 1995). Le manuel est écrit dans un style transparent et succinct, présentant adéquatement toutes les informations dont l'utilisateur peut avoir besoin (interprétation, données normatives ou informations reliées au développement et à la validation du test). Les items sont fournis dans un livret réutilisable et l'individu doit répondre sur une feuille-réponse séparée, ce qui permet une correction rapide (Briere, 1995).

➤ **Administration, Cotation et Interprétation**

Le Trauma Symptom Inventory (TSI) peut être administré et coté par un individu n'ayant aucune connaissance en psychologie ou dans d'autres champs d'études reliés, mais qui doit toutefois avoir lu attentivement le manuel d'utilisation (Briere, 1995). Un système de cotation par ordinateur est aussi disponible chez la compagnie Psychological Assessment Ressources (PAR). L'interprétation du TSI requiert par contre l'expertise d'un individu formé soit en psychologie, soit dans un champ d'étude connexe ou ayant suivi des cours d'interprétation de tests psychologiques accrédités. Le TSI peut être administré de manière individuelle ou en groupe. Une administration de 20 minutes approximativement est requise et la correction et l'interprétation demandent en moyenne de 10 à 15 minutes (Briere, 1995).

➤ **Composition du TSI**

Le TSI est composé de 100 items répartis en 10 échelles cliniques, 3 échelles de validité et 12 items critiques. Les échelles cliniques du TSI visent l'évaluation d'un large spectre de difficultés pouvant découler d'un événement traumatique tandis que les échelles de validité ciblent la détection de protocoles invalides. Les items critiques identifient le potentiel de risque que présente un individu pour lui-même ou pour autrui (Briere, 1995).

- **Les échelles cliniques**

Les 10 échelles cliniques du TSI peuvent, de façon plus détaillée, être regroupées de la manière suivante :

1. Activation Anxieuse - AA (Anxious Arousal) : Évalue les symptômes d'anxiété incluant ceux reliés à l'activation neurovégétative post-traumatique (le hyperarousal – réactivité physiologique post-traumatique). Cette échelle est composée de 8 items, dont deux apparaissent aussi dans l'échelle de validité Niveau de réponse (RL). Deux autres items forment une paire et sont utilisés au sein de l'échelle Réponses Inconsistantes (INC).
2. Dissociation - DIS (Dissociation) : Évalue une symptomatologie dissociative, telle la dépersonnalisation, les expériences à l'extérieur du corps et l'engourdissement psychique. L'échelle DIS se compose de 9 items, dont 7 sont regroupés uniquement sous cette échelle clinique et 2 sont aussi associés à l'échelle INC.
3. Dépression -D (Depression) : Évalue les symptômes dépressifs, autant en termes d'humeur dépressive que de distorsions cognitives. Cette échelle comporte 8 items, dont deux sont aussi des items critiques et un autre qui est également associé à l'échelle de validité Niveau de Réponse (RL). De plus, l'échelle Dépression comprend 4 items, formant deux paires, utilisés également par l'échelle INC.
4. Inquiétude Sexuelle -SC (Sexual Concerns) : Évalue les angoisses sexuelles (sexual distress) comme l'insatisfaction, les dysfonctions sexuelles et les sentiments et pensées sexuels non désirés. Cette échelle regroupe 9 items, dont 7 sont uniquement affiliés à cette échelle et 2 sont aussi utilisés dans l'échelle INC.
5. Colère/Irritabilité - AI (Anger/Irritability) : Évalue les affects de colère ou d'irritabilité, comme les cognitions et les comportements colériques. L'échelle comporte 9 items, dont deux apparaissent aussi dans l'échelle clinique Comportements de réduction de tension (TRB) et un autre est associé à une échelle de validité (RL). Finalement, un des items uniquement associé à l'échelle AI est jumelé à un item de l'échelle RL au sein de l'échelle de validité Réponses Inconsistantes (INC).
6. Comportement Sexuel Dysfonctionnel - DSB (Dysfunctional Sexual Behavior) : Évalue les comportements sexuels qui sont, dans une certaine mesure, dysfonctionnels et dus soit à un manque de discernement, au potentiel dommageable de ces comportements ou à une utilisation de moyens inappropriés pour atteindre des buts non sexuels. L'échelle est composée de 9 items, dont trois appartiennent aussi à une autre échelle clinique, Comportements de réduction de tension (TRB). Un autre item fait aussi partie des items critiques.
7. Expériences de Reviviscence - IE (Intrusive Experiences) : Évalue les symptômes intrusifs associés au stress post-traumatique comme les épisodes hallucinatoires de

courte durée, les cauchemars et les pensées intrusives. L'échelle comprend 8 items, dont trois sont aussi utilisés par l'échelle INC et couplés ensemble (items 8 et 62 - items 62 et 66).

8. Auto-Référence Dysfonctionnelle - ISR (Impaired Self Reference) : Évalue les problèmes dans le domaine du « soi », tels la confusion identitaire et le manque relatif d'autonomie affective. Cette échelle se compose de 9 items uniquement utilisés par celle-ci.

9. Évitement Défensif-DA (Defensive Avoidance): Évalue l'évitement posttraumatique, cognitif ou comportemental et inclut 8 items associés à nulle autre échelle clinique. Toutefois, deux items DA sont couplés dans l'échelle de validité INC.

10. Comportement de Réduction de Tension - TRB (Tension Reduction Behavior) : Évalue la tendance du répondant à se tourner vers des moyens externes pour réduire sa détresse ou ses tensions internes, tels l'automutilation, les éclats de colère et les menaces suicidaires. L'échelle se compose de 8 items, dont 7 présentent une double fonction (utilisés par une autre échelle clinique ou étant aussi des items critiques) (Briere, 1995).

- **Les Échelles de validité**

Cette sous-section présente les trois échelles de validité du TSI de façon détaillée. Celles-ci visent la détection de protocoles potentiellement invalides. Le concept mesuré par chaque échelle y est développé.

1. Niveau de Réponse - RL (Response Level) : Évalue la tendance à ne pas endosser les symptômes couramment présents chez les autres individus. Les items qui composent cette échelle sont les moins susceptibles d'être cotés à zéro. Si cette échelle est significative, cela peut indiquer une tendance vers une attitude défensive ou le besoin de se montrer asymptotique. Cette échelle compte 10 items, dont certains appartiennent aussi à des échelles cliniques. L'un des items RL est aussi utilisé dans l'une des paires de l'échelle de validité INC (où cet item est jumelé avec un item clinique).

2. Réponses Atypiques - ATR (Atypical Response) : Évalue la tendance à sur-endosser des symptômes inhabituels ou bizarres, indique un état psychotique, de la détresse extrême ou une tentative de paraître particulièrement affecté ou dysfonctionnel. L'échelle comporte 10 items, dont trois sont aussi des items critiques.

3. Réponses Inconsistantes - INC (Inconsistent Response) : Évalue la tendance à répondre aux items d'une façon inconsistante ou aléatoire, ce qui peut indiquer des problèmes d'attention, de concentration et des difficultés relatives à la lecture ou à la langue. L'échelle INC est composée de 10 paires d'items devant, en principe, présenter le même score. Les différences absolues entre les paires d'items sont additionnées pour composer le score brut de cette échelle. Tous les items utilisés au sein de cette échelle appartiennent aussi à des échelles cliniques ou de validité.

- **Items critiques**

Le TSI comporte 12 « items critiques ». Certains de ces items sont uniquement « critiques » alors que d'autres appartiennent aussi à des échelles cliniques ou de validité. Les items critiques identifient le potentiel de risque que présente un individu pour lui-même ou pour autrui. Ils évaluent des problèmes potentiels qui pourraient nécessiter un suivi immédiat, tels que les idéations suicidaires, les abus de substances, les psychoses et les comportements auto-mutilatoires.

4.6. La démarche de collecte des données

Dans notre démarche de collecte des informations, nous avons débuté par une pré-enquête. Ensuite, l'enquête proprement dit lors de notre stage dans le site de Ngarisingo du 1er Août au 31 octobre 2016.

4.6.1 La pré enquête

Au sujet de pré enquête, nous avons effectué un travail en amont avec les comités des jeunes, des femmes et le comité en charge de l'Éducation, pour identifier les éléments de la population qui répondraient aux caractéristiques de l'étude. De même, cela nous a permis d'évaluer si nos instruments d'enquête choisis seraient mieux adaptés à la population d'étude, et nous aideraient à collecter fidèlement les données auprès de cette dernière.

Cette pré enquête nous a également permis de sélectionner des personnes à qui on fera recourir quand il s'agira de traduire oralement le TSI et le SST en sango et parfois en fulfuldé.

4.6.2. L'enquête

La majorité de nos sujets ne maîtrisant pas très bien le français, pour leur passer les tests, nous avons utilisé les langues les mieux maîtrisées qui sont soit le Sango, soit le Fulfuldé. Cela a été rendu possible, grâce à l'aide des relais communautaires de l'ONG CRS,

qui avaient un rôle important à jouer dans la traduction des tests en français pendant les entretiens.

Quant à l'ordre de passation, nous avons passé premièrement le test sur la mentalisation et en suite celui du traumatisme, et ce, de manière individuel.

4.6.3. Modèle d'analyse des données

Nous nous sommes intéressés à certains cas ou indices qui nous aurons permis d'évaluer certains phénomènes non moins négligeables. Les différentes articulations qui constituaient notre instrument de collecte nous ont permis au moment du dépouillement d'avoir recours à une analyse qualitative. Ce qui nous a donné l'occasion pour ce qui est de l'analyse, de délaissier les calculs et de nous orienter vers une analyse psychologique des observations recueillies.

4. 6. 3.1. Les techniques d'analyse

Pour analyser les données qualitatives de cette étude, nous avons eu recours à l'analyse de contenu.

Par analyse de contenu, l'on peut entendre une méthode qui cherche à rendre compte de ce qu'ont dit les interviewés de la façon la plus objective possible et la plus fiable possible. Pour (Berelson, 1952), elle se définit comme « une technique de recherche pour la description objective, systématique et quantitative du contenu manifeste de la communication ». En psychologie et singulièrement en psychologie pathologique et/ou clinique, l'objectif est d'analyser le matériel d'enquête collecté à l'occasion d'observations, d'entretiens de groupe ou d'entretiens individuels : les comportements, les mots, les gestes, ce qui n'est pas dit et qui est sous-entendu.

(Bardin, 1977) soutient que « l'analyse de contenu est un ensemble de techniques d'analyse des communications ». Pour cet auteur, la procédure comprend généralement la transformation d'un discours oral en texte, puis la construction d'un instrument d'analyse pour étudier la signification des propos. Ensuite, il y a l'intervention d'un chargé d'étude pour utiliser l'instrument d'analyse et décoder ce qui a été dit. Enfin, l'analyse établit le sens du discours. Souvent les difficultés sont de rassembler des informations ambiguës, incomplètes, et contradictoires, d'interpréter les similitudes et les différences entre les répondants et de parvenir à une analyse objective.

4. 6. 3.2. L'analyse de contenu de l'étude

Le choix d'une technique spécifique et le sens de l'interprétation repose à la fois sur la nature du document, les questions qui structurent la recherche ainsi que sur les fondements épistémologiques qui animent le chercheur. Par ailleurs, l'analyse de contenu est une technique de traitement de données préexistantes par recensement, classification et quantification des traits d'un corpus.

Pour ce qui relève de cette étude, nous avons procédé en trois étapes essentielles : la retranscription des données, le codage des informations et le traitement des données.

Avant de commencer l'analyse, la première étape fait l'inventaire des informations recueillies et les met en forme par écrit. Ce texte (appelé verbatim) représente les données brutes de l'enquête. La retranscription organise le matériel d'enquête sous un format directement accessible à l'analyse. Plutôt que de traiter directement des enregistrements audio ou vidéo, il est préférable de les mettre à plat par écrit pour en faciliter la lecture et en avoir une trace fidèle (Auerbach et Silverstein, 2003).

Les données qualitatives se présentent sous la forme de textes (de mots, phrases, expression du langage, ou d'informations symboliques (gestes, ton de la voix, impressions...)). Elles peuvent correspondre à une retranscription d'une interview, à des notes d'observations sur le terrain, à des documents écrits de nature diverse (récits, compte-rendu, réponses à des questions). Selon les objectifs de l'étude, ces données sont destinées, une fois analysées, à documenter, à décrire et à évaluer en détail une situation, un phénomène ou une décision, à comparer, à mettre en relation et à en expliquer les causes, à prédire les comportements et les facteurs de succès et d'échecs. Dans cette perspective, nous avons retranscrit nos interviews.

CHAPITRE V : PRESENTATION ET ANALYSE DES RESULTATS

Dans ce chapitre, il s'agit, après la collecte et le dépouillement des données, de les mettre en forme afin de les rendre lisibles et faciliter la compréhension des résultats au regard de la théorie explicative du sujet. Pour mener à bien notre travail, la présentation des cas s'élabore à partir de deux axes : le premier est organisé autour du récit de vie du sujet, cette approche témoigne d'une recherche sur l'histoire et l'identité du sujet en développement. Le deuxième axe, porte sur les manifestations observables de la vie psychique du sujet au travers du TSI. Pour cette étude nous avons ciblé quatre cas.

5.1. Présentation du cas 1

Il s'agit du Sujet 1, âgé de 11 ans de sexe masculin inscrit en classe de CP. En effet, le sujet 1 est arrivé au Cameroun en 2014 accompagné de son grand-père et sa grand-mère. Né et grandi en RCA, jusqu'à l'âge de 8 ans, il a vécu avec ses deux parents biologiques, jusqu'au jour où les bandes armées font effraction dans sa localité à Nola causant beaucoup de pillage et de nombreuses victimes. Ses deux grands parents présents à la maison au moment de l'assaut, pour échapper à la mort, décident de prendre fuite vers le Cameroun. C'est ainsi que le sujet 1 a connu la séparation d'avec ses parents qui ont eux aussi dû trouver d'autres moyens pour échapper à la guerre. Actuellement dans le site de Ngarisingo, le sujet 1 vit avec ses grands-parents qui sont tous deux des personnes du 3e âge, un couple de PBS. En plus, le grand-père est atteint d'une maladie chronique dont les médicaments proviennent uniquement de Bertoua.

Des mois après sa sortie de la RCA, le sujet 1 paraissait déprimé au point d'afficher une méfiance, surtout en vers les adultes, et se mettait parfois en colère pour rien. Peu tolérant à la blague, il arrive souvent qu'il ait des difficultés à comprendre les émotions des autres. Les résultats du sujet 1 au TSI sont les suivants :

Tableau 02. Distribution réponse du sujet 1 au TSI

Symptômes	jamais	rarement	souvent	souvent
3. Vous sentir irritable			souvent	
7. Vous sentir triste			souvent	
15. Vous fâchez pour rien		rarement		
34. Etre facilement contrarié par les autres			souvent	
59. Eviter certaines personnes ou endroits parce qu'ils vous rappellent des choses				souvent
67. Tenter de repousser certain souvenir				souvent

80. Vos sentiments ou vos pensées changent quand vous êtes avec d'autres personnes			souvent	
97. Craindre de mourir ou d'être blessé				souvent
98. Etre déprimé au point de fuir les gens				souvent

En ce qui concerne le social stories test le sujet 1 a enregistré les scores ci-après : un score de 2 pour le biais positif irréaliste avec une forte référence à l'image de soi ; un score de 11 pour le biais négatif irréaliste avec une tendance à l'autodépréciation et un score de 2 pour la réponse neutre montrant un style d'attribution rationnel et adaptatif.

5.2. Présentation du cas 2

Le cas 2 de notre recherche renvoie au sujet 2. Il s'agit d'une jeune fille de 8 ans en classe de SIL

Le sujet 2 est sortie de la RCA en 2014 au moment où la guerre battait encore son plein. Elle se trouvait avec sa grand-mère dans le domicile familial au moment où ses deux parents, commerçants, étaient allés faire le petit commerce. Soudainement, les bandes armées sont arrivées et ont commis des massacres dans le village. Sa grand-mère n'a eu d'autre choix que de prendre fuite de toute urgence avec sa petite fille pendant une semaine de marche pour trouver refuge au Cameroun. Dès son entrée au Cameroun, cette jeune fille a eu des difficultés scolaires, elle est inquiète de l'avenir de ses parents. Elle semblait éviter certaines personnes et endroits parce qu'ils lui donnaient envie de pleurer. Par rapport à son état de santé, elle connaît parfois des maux de ventre et des céphalées. Elle a toujours des difficultés scolaires aujourd'hui, bien qu'elle soit scolarisée depuis Septembre 2016 en classe de SIL au groupe 5 de Yokadouma. Les résultats du sujet 2 au TSI sont les suivants :

Tableau 03. Distribution réponse du sujet 2 au TSI

Symptômes	jamais	rarement	souvent	souvent
3. Vous sentir irritable				souvent
7. vous sentir triste			souvent	
13. Avoir envie de pleurer				souvent
14. Vous sentir malheureux				souvent
15. Vous fâchez pour un rien			souvent	
49. Ressentir des douleurs et des maux			souvent	
56. Vous sentir fatigué				souvent
66. Se faire soudainement rappeler un mauvais souvenir			Souvent	
97. Craindre de mourir ou d'être blessé			souvent	

Concernant le Social stories test le sujet 2 a enregistré les scores ci-après : un score de 6 pour le biais positif irréaliste avec une forte référence à l'image de soi ; un score de 8 pour le biais négatif irréaliste avec une tendance à l'autodépréciation et un score de 1 pour la réponse neutre montrant un style d'attribution rationnel et adaptatif.

5.3. Présentation du cas 3

Le cas 3 renvoie au sujet 3 qui est un jeune garçon âgé de 9 ans et inscrit en classe de CP. Le sujet 3 vit dans le site des réfugiés de Ngarisingo avec sa grand-mère. Il est séparé de ses deux parents biologiques suite à la guerre. Aidé par un ami de ses parents, il a rejoint en 2015 sa grand-mère déjà réfugiée centrafricaine au Cameroun depuis 2014. Enregistré le 19 Juin 2016, il a d'abord fait quelques mois sans aller à l'école. Le sujet 3 est un garçon facilement irritable et influençable par la présence des inconnus. Depuis son inscription au groupe 5 de Yokadouma dans la classe de SIL, il est allé à l'école d'une manière irrégulière. Il participe peu aux jeux et aux autres activités de groupe, affiche un sentiment désagréable et de tristesse lorsqu'on lui parle des événements douloureux de sa vie, notamment, de tout ce qui a trait à la séparation avec les parents. Les résultats du sujet 3 au TSI sont les suivants :

Tableau 04. Distribution réponse du sujet 3 au TSI

Symptômes	jamais	rarement	souvent	souvent
1. Faire des cauchemars ou de mauvais rêves			souvent	
2. Tenter d'oublier une période difficile de votre vie				souvent
3. Vous sentir irritable				souvent
27. Avoir l'impression d'être tendu ou d'avoir des nerfs à vif			souvent	
31. Vous inquiétez pour beaucoup de choses			souvent	
49. Ressentir des douleurs et des maux			souvent	
51. Etre très anxieux			souvent	
66. Se faire rappeler soudainement un mauvais souvenir				Souvent
93. Avoir des difficultés à maîtriser votre colère				souvent
98. Etre déprimé au point de fuir les gens			souvent	

Pour ce qui est du Social stories test le sujet 3 a enregistré les scores ci-après : un score de 5 pour le biais positif irréaliste avec une forte référence à l'image de soi ; un score de 6 pour le biais négatif irréaliste avec une tendance à l'autodépréciation et un score de 4 pour la réponse neutre montrant un style d'attribution rationnel et adaptatif.

5.4. Présentation du cas 4

Le sujet 4 est à l'instar de celui qui le précède, un jeune garçon de 9 ans inscrit au CP Le sujet 4 est sorti de la RCA en 2015 avec sa grand-mère. Il est enregistré comme réfugié du site de Ngarisingo le 5 Octobre 2015. La guerre n'est pas à l'origine du décès de sa mère, morte quelques temps avant son déclenchement. Cependant, son père, à cause de la guerre, est porté disparu, n'a laissé aucune trace et n'a jamais fait signe de vie. La séparation brutale d'avec son père et la longue marche pour échapper au massacre orchestré par les milices armées, n'ont pas laissé le sujet 4 sans séquelles. Il avoue souvent éprouver un sentiment d'une menace permanente et se mettre en colère sans le vouloir. Il en veut à ceux qui sont à l'origine de la disparition de son père. Les résultats du sujet 4 au TSI sont les suivants :

Tableau 05. Distribution réponse du sujet 4 au TSI

Symptômes	jamais	rarement	souvent	souvent
3. Vous sentir irritable				souvent
13. Avoir envie de pleurer				souvent
34. Etre facilement contrarié par les autres			souvent	
35. Provoquer la dispute ou chercher des bagarres pour faire sortir votre colère				souvent
49. Ressentir des douleurs et des maux		rarement		
51. Etre très anxieux			souvent	
54. Vous sentir nerveux				souvent
56. Vous sentir fatiguer		rarement		
78. Tenter d'éviter d'être seul			souvent	
87. Tenter d'éprouver aucun sentiment à l'égard d'une qui vous a déjà fait du mal			souvent	
94. Se laisser facilement influencer par les autres				souvent

Quant au Social stories test le sujet 4 a enregistré les scores ci-après : un score de 3 pour le biais positif irréaliste avec une forte référence à l'image de soi ; un score de 9 pour le

biais négatif irréaliste avec une tendance à l'autodépréciation et un score de 3 pour la réponse neutre montrant un style d'attribution rationnel et adaptatif.

5.5. Présentation du cas 5

Le sujet 5 est une jeune fille âgée de 6 ans d'ethnie peuhle, né à Nola en RCA et inscrit au groupe 5 de l'Ecole publique de Yokadouma et qui rencontre de nombreux problèmes d'apprentissage. Elle vit dans le site des réfugiés de Ngarisingo avec sa tante (la grande sœur de sa maman), qu'elle a pu rejoindre en 2015 grâce au rétablissement des liens familiaux mis en œuvre par la Croix- Rouge camerounaise. Sortie de RCA en 2014, elle était prise en charge par le HCR dans le site de Mbilé bien avant que la Croix Rouge ne découvre qu'elle avait une tante réfugiée qui vivait au site des réfugiés Ngarisingo. En effet, le sujet 5 est séparé de ses deux parents biologiques et semble avoir été très affectée par la circonstance cette de cette séparation. Sa tante nous a informés que, le sujet a dû servir d'enfant adoptif entre les mains d'un couple de ravisseurs après que ses parents aient été faits massacrés. Des affrontements ayant eu lieu à nouveau, il fut retrouvé, et remis par Croix Rouge à sa tante qui avait trouvé refuge au Cameroun en 2014.

La tante du sujet 5 nous rencontré qu'il a souffert d'anorexie quelques mois après son entrée au Cameroun, et qu'elle l'avait amené à l'hôpital deux fois les six derniers mois pour problème de fièvre aigu. Il a des difficultés à gérer sa colère et semble toujours manifester un sentiment de honte. IL aime bien les jeux de rôle et préfère souvent le rôle de mère, et évite beaucoup qu'on lui rappelle les événements traumatiques. Il affiche un sentiment permanent de tristesse et d'anxiété. Les résultats du sujet 5 au TSI sont les suivants :

Tableau 06. Distribution réponse du sujet 5 au TSI

Symptômes	jamais	rarement	souvent	souvent
3. Vous sentir irritable				
7. Vous sentir triste				souvent
13. Chasser des souvenirs douloureux de votre esprit				souvent
34. Etre facilement contrarié par les autres			souvent	
42. Etre discret			souvent	
49. Ressentir des douleurs et des maux				
85. Avoir l'impression d'être dans un rêve		rarement		
91. sursauter ou être effrayé par des			souvent	

bruits soudains				
93. Avoir des difficultés à maîtriser votre colère				souvent
94. Se laisser influencer par les autres				souvent
97. Craindre de mourir ou d'être blessé			souvent	

Quant au Social stories test le sujet 5 a enregistré les scores ci-après : un score de 5 pour le biais positif irréaliste avec une forte référence à l'image de soi ; un score de 7 pour le biais négatif irréaliste avec une tendance à l'autodépréciation et un score de 3 pour la réponse neutre montrant un style d'attribution rationnel et adaptatif.

5.6. Présentation du cas 6

Le sujet 6 est un garçon âgé de 11 ans, scolarisé en classe de CP à l'Ecole Publique groupe 5 de Yokadouma. Il a été victime d'un enlèvement par les bandes armées et a été relâché 2 jours après dans un marché à plusieurs kilomètres de Bouguéré sa localité d'origine. Pendant les deux jours d'enlèvement l'enfant rencontre avoir été témoin des scènes d'atrocité. Il avait vu des traitements inhumains que les ravisseurs infligeaient aux victimes, et d'autres être tués et incendiés dans les flammes. Il est séparé de sa grande mère avec qui il a vécu depuis sa naissance. Car, sa mère biologique fut décédée le même jour qu'elle l'a mis au monde. Sortie de la RCA en 2014, il est réfugié à Ngarisingo où il vit dans une famille réfugiés de taille 5 qui prend soins de lui depuis son arrivée. Lors du premier entretien, le sujet 6 était très tendu. Donc nous n'avons pas pu obtenir d'amples informations sur sa personne et son histoire en dehors de son nom et son numéro d'abri. C'est alors que 6 jours après, lorsque nous passions devant son abris, il nous aperçut de nouveau et appela tout un coup sa nourrice, puis pointa un doigt sur nous accompagné d'un petit sourire aux lèvres, qui n'a malheureusement pas duré longtemps. C'est vrai, nous n'étions pas préparés pour un second entretien avec lui ce jour, mais nous ne voulions pas rater ce moment propice car le petit garçon avait plutôt l'ère un peu détendu contrairement au premier entretien. Ainsi, l'on a pu lui passer les tests et obtenir quelques éléments sur son histoire.

Depuis sa sortie de RCA, le sujet 6 ne s'intéresse presque à rien, il n'a jamais cessé d'afficher sa timidité et sa peur vis-à-vis des adultes, il s'est plusieurs fois réveillé en sursaut dans la nuit, il assimile les blâmes et les reproches qui lui sont faits par sa nourrice comme une forme de maltraitance, et obéit rarement aux commissions (par exemple : aller puiser de l'eau au forage, aller écraser le couscous au moulin, aller vider la poubelle etc.). Même après

avoir fait déjà 2 ans et demi au Cameroun, il a jusqu'ici des sérieux problèmes d'adaptation scolaire (ne va pas à l'école de manière régulière, comportement évitant et agressif, pratique peu les jeux de groupe, mauvaises performances scolaires). Les résultats du sujet 6 au TSI sont les suivants :

Tableau 07. Distribution réponse du sujet 6 au TSI

Symptômes	jamais	rarement	souvent	souvent
3. Vous sentir irritable				souvent
15. Vous fâchez pour rien			souvent	
34. Etre facilement contrarié par les autres			souvent	
37. vous mettre en colère sans le vouloir			souvent	
51. Etre très anxieux			souvent	
54. Vous sentir nerveux				souvent
59. Eviter certaines personnes ou endroits parce qu'ils vous rappellent des choses			souvent	
80. vos pensées et vos sentiments changent quand vous êtes avec d'autres personnes			souvent	
87. Tenter d'éprouver aucun sentiment à l'égard d'une qui vous a déjà fait du mal			souvent	
93. Avoir des difficultés à maîtriser votre colère			souvent	
94. Se laisser facilement influencer par les autres			souvent	
97. Craindre mourir ou d'être blessé				souvent

Quant au Social stories test le sujet 6 a enregistré les scores ci-après : un score de 2 pour le biais positif irréaliste avec une forte référence à l'image de soi ; un score de 9 pour le biais négatif irréaliste avec une tendance à l'autodépréciation et un score de 4 pour la réponse neutre montrant un style d'attribution rationnel et adaptatif.

5.7. Présentation du cas 7

Le sujet 7 est un garçon âgé de 7 ans. Né à Berberati en RCA, il vit dans le site des réfugiés de Ngarisingo avec son grand frère âgé de 37 ans et marié. Il est entré au Cameroun en 2014. Déjà orphelin de père il vivait avec sa mère atteinte d'une maladie chronique et décédée, à cause des traitements inhumains et à cause des violences sexuelles dont elle avait été victime, et qu'elle n'a pas pu être à mesure de surmonter. Horrifié des actes d'atrocité dont sa mère fut victime, le sujet 7 manifeste depuis son arrivé plusieurs dysfonctionnements.

Lorsque nous sommes allés nous entretenir avec sa nourrice qui est la femme de son grand frère lui-même aussi affecté par ces événements, elle nous a informés que le sujet 7 des troubles du sommeil, il se réveille parfois en sursaut dans la nuit en état de terreur nocturne. En entretien, le garçon reconnaît se sentir souvent craintif et se confiner dans un certain isolement chez lui, et présente un air d'anxiété chaque fois qu'on lui rappelle les événements traumatiques. Le sujet a des difficultés d'apprentissage, inscrit en classe de CP au groupe de Yokadouma, son maître le connaît très discret avec un manque de motivation. Les résultats du sujet 7 TSI sont les suivants :

Tableau 08. Distribution réponse du sujet 7 au TSI

Symptômes	jamais	rarement	souvent	souvent
3. vous sentir irritable			souvent	
7. Vous sentir triste			souvent	
12. Vous rappelez soudainement d'événements troublants de façon inattendue			souvent	
66. Se faire soudainement rappeler un mauvais souvenir			souvent	
74. Avoir des pensées effrayantes ou bouleversantes qui surgissent dans votre esprit			souvent	
84. Avoir l'impression que les choses ne sont pas réelles		rarement		
91. Sursauter ou être effrayé par des bruits soudains			souvent	
94. Se laisser facilement influencer par les autres				souvent
97. Craindre de mourir ou d'être blessé				souvent

Quant au Social stories test le sujet 7 a enregistré les scores ci-après : un score de 7 pour le biais positif irréaliste avec une forte référence à l'image de soi ; un score de 4 pour le biais négatif irréaliste avec une tendance à l'autodépréciation et un score de 4 pour la réponse neutre montrant un style d'attribution rationnel et adaptatif.

5.8. Présentation du cas 8

Le sujet 8 est une fille de 9 ans originaire de l'ethnie Gbaya en RCA, né à Bikoula. Depuis son arrivée au Cameroun en 2014, il souffre d'énurésie. Son oncle avec qui il vit, nous a fait remarquer que sa nièce, en plus de l'énurésie qui a débuté au Cameroun, elle fait

constamment la fièvre. Le sujet 8 est issu d'une famille polygamique. Son père, marié de trois femmes, avait dû s'en fuir avec ses épouses et les enfants. Mais, le sujet 8 ignore vers quelle destination, car elle n'a pas pu s'enfuir parce qu'elle fut kidnappée par une milice. Ce n'est que trois jours après qu'elle fut relâchée.

On n'a jamais pu avoir de nouvelle des membres de sa famille, l'on ne sait s'ils sont encore en vie. L'on a publié des annonces pour un rétablissement des liens familiaux, jusque-là, aucune nouvelle. Le sujet 8 souffre d'énurésie, et est continuellement contrarié et pensif. Il n'exprime pas facilement ses émotions, il a peur des hommes, évite les sujets portant sur le mariage, s'inquiète pour les membres sa famille et souffre parfois d'anémie. Les résultats du sujet 8 au TSI sont les suivants :

Tableau 09. Distribution réponse du sujet 8 au TSI

Symptômes	jamais	rarement	souvent	souvent
3. Vous sentir irritable			souvent	
12. vous rappelez soudainement d'événements troublants de façon inattendue			souvent	
15. Vous fâchez pour rien				souvent
17. Vous sentir déprimé			souvent	
51. Etre très anxieux			souvent	
56. Vous sentir fatiguer			souvent	
67. Tenter de repousser certains souvenirs			souvent	
75. Mêler vos sentiments à ceux de quelqu'un d'autres				souvent
80. Vos sentiments et vos pensées changent quand vous êtes avec d'autres personnes			souvent	
94. Se laisser facilement influencer par les autres				souvent

Quant au Social stories test le sujet 8 a enregistré les scores ci-après : un score de 5 pour le biais positif irréaliste avec une forte référence à l'image de soi ; un score de 6 pour le biais négatif irréaliste avec une tendance à l'autodépréciation et un score de 4 pour la réponse neutre montrant un style d'attribution rationnel et adaptatif.

5.9. Présentation du cas 9

Le cas 9 est un jeune garçon de 10 ans né à Nola en RCA et inscrit dans la classe de SIL au groupe 5 de l'Ecole Publique de Yokadouma. Arrivé au Cameroun en 2014 avec sa sœur cadette, il vit avec la cousine de son père, et les deux sont issus d'une famille chrétienne.

Ses parents ont vécu 2 ans au Cameroun, à Libongo avant de retourner en RCA en 2012, et s'installer à nouveau à Nola jusqu'en 2013, date à laquelle le conflit éclate. Son oncle a expliqué dans un entretien qu'un soir les combattants de la Séléka sont arrivés dans le village, ont chassé tous les habitants, ont fait de nombreux otages, ont détruit presque toute la bataille et incendié de nombreux abris, et la pire des choses qui soit arrivée est qu'ils ont massacré des hommes, et violés leurs femmes. Malheureusement pour notre cas 9, ses deux parents et certains autres oncles et tantes ont péri. Néanmoins, les deux enfants sortiront de la RCA avec l'aide d'une cousine de leur père, qui s'était échappée vers Libongo, puis vers Yokadouma au Cameroun. Le cas 9 est un sujet très agressif et communique très peu. IL a une image de soi amoindrie, il est peu tolérant aux blagues, et est trop habité par des sentiments d'autodépréciation. IL a un manque de motivation pour les études et a redoublé la classe de SIL. Les résultats du sujet 9 au TSI sont les suivants :

Tableau 10. Distribution réponse du sujet 9 au TSI

Symptômes	jamais	rarement	souvent	souvent
3. Vous sentir irritable				souvent
6. Avoir un sentiment de vide intérieur			souvent	
14. vous sentir malheureux				souvent
15. Vous fâchez pour rien			souvent	
34. Etre facilement contrarié par les autres			souvent	
35. Provoquer la dispute ou chercher des bagarres pour faire sortir votre colère				souvent
59. Eviter certaines personnes ou des endroits parce qu'ils vous rappellent des choses				souvent
63. Avoir envie de frapper quelqu'un ou quelque chose			souvent	
87. Tenter de n'éprouver aucun sentiment à l'égard d'une chose qui vous a déjà fait du mal			souvent	
94. Se laisser facilement influencer par les autres			souvent	

Quant au Social stories test le sujet 9 a enregistré les scores ci-après : un score de 4 pour le biais positif irréaliste avec une forte référence à l'image de soi ; un score de 9 pour le biais négatif irréaliste avec une tendance à l'autodépréciation et un score de 2 pour la réponse neutre montrant un style d'attribution rationnel et adaptatif.

5.10. Présentation du cas 10

Le sujet 10 est une fille de 7 ans, de père Centrafricains et de mère Camerounaise. Après sa naissance en 2009 à Libongo au Cameroun, en 2011, ses parents décident de retourner en RCA et vont s'installer à Bikoula. Sa mère issue de l'ethnie peuhle musulmane, envoyée en mariage par ses parents très tôt à l'âge de 13 ans, décède suite à son deuxième accouchement. Son père déménage à nouveau et vient s'installer à Mboy, village frontalier entre le Cameroun et la Centrafrique. Il laisse sa fille (le cas 10) sous la garde de sa sœur. Lorsqu'en 2013 les conflits reprennent, sa tante sera victime de violences sexuelles et d'enlèvement. Le sujet 10, horrifié par ces événements, vit actuellement sous un choc émotionnel intense. Son père qui avait choisi d'aller vivre à Mboy, semble s'être encore déplacé sans laisser de traces, si bien que le service de rétablissement des liens familiaux de la Croix-Rouge n'a jamais reçu de réponse de lui. Le sujet 10 vit depuis 2014 dans le site des réfugiés de Ngarisingo avec le neveu de son père, son cousin âgé de 27 ans, réfugié et marié. Le sujet 10 est scolarisé en classe de CP au groupe 5 de l'Ecole Publique de Yokadouma. Il affiche beaucoup de méfiance et crainte face à son environnement. Il est également hypervigilant, très peu obéissant et manque d'attention à l'Ecole. Les résultats du sujet 10 au TSI sont les suivants :

Tableau 11. Distribution réponse du sujet 10 au TSI

Symptômes	jamais	rarement	souvent	souvent
3. Vous sentir irritables			souvent	
15. vous fâchez pour rien			souvent	
17. vous sentir déprimé				souvent
67. tenter de repousser certains souvenirs			souvent	
75. mêler vos sentiments à ceux de quelqu'un d'autre				
80. Vos sentiments ou vos pensées changent quand vous êtes avec d'autres personnes			souvent	
90. avoir l'impression que la vie ne vaut pas la peine d'être vécu			souvent	
94. se laisser facilement influencer par les autres				souvent
97. craindre de mourir ou d'être blessé				souvent

Quant au Social stories test le sujet 10 a enregistré les scores ci-après : un score de 6 pour le biais positif irréaliste avec une forte référence à l'image de soi ; un score de 6 pour le biais négatif irréaliste avec une tendance à l'autodépréciation et un score de 3 pour la réponse neutre montrant un style d'attribution rationnel et adaptatif.

5.11. Synthèse des résultats

Cette partie consiste à synthétiser et analyser les différents résultats obtenus de nos sujets. Avant d'effectuer une interprétation en fonction de chacune de nos hypothèses, elle nous permettra par l'usage des tableaux d'analyser avec précision les cas, de les catégoriser en fonctions de la qualité et la fréquence de leurs réponses au TSI, et de la valeur de leurs scores au SST.

Tableau 12. Synthèse des distributions des réponses des sujets au TSI

Sujets / âges Symptômes	1/ 11 ans	2/ 08 ans	3/ 09 ans	4/ 09 ans	5/ 06 ans	6/ 11 ans	7/ 07 ans	8/ 09 ans	9/ 10 ans	10/ 07 ans
1. IE			S							
2. DA			S							
3. AI-RL	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
6. ISR									S	
7. D-RL	S	S			S		S			
12. IE								S		
13. D		S		S	S		S			
14. RL-INC		S								
15. AI-INC	R	S				S		S	S	S
17. D-INC								S		S
27. AA-RL			S							
31. AA-RL			S							
34. AI	S			S	S	S			S	
35. AI-TRB				S					S	
37. AI										S
42. DIS					S					
49. RL		S	S	R	S					

51. AA-INC			S	S		S		S		
54. AA-INC				S		S				
56. RL		S		R			S	S		
59. DA	S					S			S	
66. IE-INC		S	S				S			
67. DA-INC	S							S		S
74. IE							S			
75. ISR								S		S
78. TRB				S				S		
80. ISR	S					S				S
84. DIS-INC							R			
85. DIS-INC					R					
87. DA				S		S			S	
90. D-INC								S		S
91. AA					S		S			
93. AI			S		S					
94. ISR				S	S	S	S	S	S	S
97. AA	S	S			S	S	S			S
98. D	S		S							

Ces données indiquent que les réponses ne sont pas les mêmes chez tous les sujets. Cependant il ressort que dans certaines catégories de réponses nous pouvons retrouver deux, trois ou quatre sujets. Ainsi, dans notre étude basée sur l'analyse du contenu, où il va juste falloir interpréter et discuter sur les discours et les réponses des sujets, il est utile de regrouper de manière synthétique, sous forme de tableaux, les cas qui enregistrent les mêmes réponses au TSI et au SST afin de mieux envisager une interprétation claire des différentes hypothèses.

Tableau 13. Synthèse de distribution des scores des sujets au Social Stories Test

	Sujet 1	Sujet 2	Sujet 3	Sujet 4	Sujet 5	Sujet 6	Sujet 7	Sujet 8	Sujet 9	Sujet 10
Biais positif irréaliste	2	6	5	3	5	2	7	5	4	6
Biais	11	8	6	9	7	9	4	6	9	6

négatif irréaliste										
Réponse neutre	2	1	4	3	3	4	4	4	2	3

Chez la plus part de nos sujets les signes, les symptômes du traumatisme et les déficits de mentalisation sont manifestes, notamment une forte référence à l'image de soi et une tendance à l'autodépréciation, ce qui leur cause des difficultés scolaires. Ce tableau nous indique également que certains sujets ont sensiblement le même score, à l'instar des sujets 1, 4, 6 et 9 et des sujets 3, 8 et 10.

Tableau 14. Synthèse des distributions des réponses des sujets 1, 4, 6, 9 au TSI

	Sujet 1	Sujet 4	Sujet 6	Sujet 9
3. AI-RL	S	S	S	S
15. AI-INC	R		S	S
34. AI	S	S	S	S
31. AA-INC		S	S	
54. AA-INC		S	S	
59. DA	S		S	S
80. ISR	S		S	
87. DA		S	S	S
94. ISR		S	S	S
97. AA	S		S	

Ces résultats indiquent que les sujets 1, 4, 6 et 9, ont plusieurs réponses en commun. On peut noter: colère/irritabilité(AI), évitement défensif(DA), autoréférence dysfonctionnelle(ISR), réponse inconsistante au sujet de l'activation anxieuse (AA-INC).

Tableau 15. Synthèse de distribution des scores des sujets 1, 4, 6 et 9 au Social Stories Test

	Sujet 1	Sujet 4	Sujet 6	Sujet 9
Biais positif irréaliste	2	3	2	4
Biais négatif irréaliste	11	9	9	9
Réponse neutre	2	3	4	2

Les résultats des sujets 1, 4, 6 et 9 aux Social Stories Test indiquent que tous ces sujets ont enregistré le même score pour les biais négatifs irréaliste en dehors du sujet 1 qui en revanche enregistre un score 11. Par conséquent les sujets 1, 4, 6 et 9 présentent une forte tendance à l'autodépréciation, une faible référence de l'image de soi et des difficultés sur le plan rationnel et adaptatif.

Tableau 16. Synthèse des distributions des réponses des sujets 2, 5, 7 au TSI

	Sujet 2	Sujet 5	Sujet 7
3. AT-RL	S	S	S
7. D-RL	S	S	S
13. D	S	S	S
14. RL-INC	S		
15. AI-INC	S		
34. AI		S	
42. DIS		S	
49. RL	S	S	
56. RL	S		S
66. IE-INC	S		S
74. IE			S
91. AA		S	S
94. ISR		S	S
97. AA	S	S	S

Les sujets 2, 5 et 7 présentent les mêmes caractéristiques du point de vue de leurs réponses au TSI et des scores qu'ils ont enregistré au SST. Ainsi, d'une part pour les échelles cliniques, nous notons une récurrence des réponses des items portant surtout sur les thèmes d'anxiété(AA), de colère/irritabilité(AI), de dépression(D), de dissociation(DIS), d'expérience de reviviscence(IE), d'auto-référence dysfonctionnelle(ISR), d'inquiétude sexuelle(SC), et sur l'échelle de validité, nous notons une récurrence de l'item Niveau de Réponse(RL) qui pourrait nous servir d'indice sur les problèmes d'attention, de concentration et des difficultés scolaires notamment les difficultés relatives au problème d'apprentissage de la lecture et de la langue que rencontrent plusieurs de ces enfants.

Tableau 17. Synthèse de distribution des scores des sujets 2, 5 et 7 au Social Stories Test

	Sujet 2	Sujet 5	Sujet 7
Biais positif irréaliste	6	5	7
Biais négatif irréaliste	8	7	4
Réponse neutre	1	3	4

Les résultats des sujets 2, 5 et 7 aux Social Stories Test indiquent que tous ces sujets, bien que n'ayant pas sensiblement les mêmes scores, les valeurs de ceux-ci montrent néanmoins que tous présentent une forte tendance à l'autodépréciation, une forte référence de l'image de soi et des difficultés sur le plan rationnel et adaptatif.

Tableau 18. Synthèse des distributions des réponses des sujets 3, 8, 10 au TSI

	Sujet 3	Sujet 8	Sujet 10
1. IE	S		
2. DA	S	S	S
12. IE		S	
15. AI-INC		S	S
17. D-INC		S	S
27. AA-RL	S		
31. AA-RL	S		
37. AI		S	
49. RL	S		
51. AA-INC	S	S	
56. RL		S	
66. IE-INC	S		
67. DA-INC		S	S
75. ISR		S	S
78. TRB		S	
80. ISR			S
90. D-INC		S	S
93. AI	S		
94. ISR		S	S
98. D	S		

Les sujets 3, 8 et 10 présentent une récurrence des items suivants : Evitement Défensif(DA), Colère/irritabilité(AI), dépression(D), autoréférence dysfonctionnelle(ISR),

réponses inconsistantes au sujet de la dépression (D-INC), Réponses Inconsistantes au sujet de la colère et l'irritabilité (AI-INC), et au sujet de l'Évitement Défensif.

Tableau 19. Synthèse de distribution des scores des sujets 3, 8 et 10 au Social Stories Test

	Sujet 3	Sujet 8	Sujet 10
Biais positif irréaliste	5	5	6
Biais négatif irréaliste	6	6	6
Réponse neutre	4	4	3

Les résultats des sujets 3, 8 et 10 aux Social Stories Test indiquent que tous ces sujets ont enregistré le même score pour les biais négatifs irréaliste, et sensiblement les mêmes scores pour les biais positifs irréalistes et pour la réponse neutre. Toutefois les sujets 3, 8 et 10 présentent une tendance plus ou moins forte à l'autodépréciation, une référence plus ou moins forte de l'image de soi et des difficultés sur le plan rationnel et adaptatif.

CHAPITRE VI : INTERPRETATION DES RESULTATS

Dans ce chapitre, nous interprétons et discutons les résultats au regard des éléments théoriques, notamment ceux renvoyant au modèle axées sur la mentalisation. Le deuxième point sur lequel s'appuiera ce chapitre va consister à proposer des suggestions pratiques à l'endroit de l'ensemble des partenaires du système humanitaire pour ouvrir les voies en ce qui concerne la prise en charge optimale des enfants et orphelins vulnérables, mais singulièrement de ceux séparés de leurs parents de suite de conflit armé.

6.1. Interprétation et discussion de l'hypothèse de recherche n°1

Du point de vue du modèle (Allen et al, 2008) et de (Fonagy et al, 2008), l'enfant est alors en mesure de se construire un fil conducteur concernant sa propre histoire, en s'appuyant sur un ensemble de représentations mentales qui ont été créées à partir de diverses expériences. L'enfant est également en mesure d'organiser de façon cohérente l'ensemble de ses représentations mentales afin de se former une image cohérente et continue de l'autre et de lui-même (Allen et al, 2008), (Fonagy et al, 2002).

Toutefois reconnaissent les auteurs, la capacité de mentalisation demeure rudimentaire chez les enfants de scolarité primaire. Ce n'est que vers la fin de la scolarité primaire, soit vers 10 à 11 ans, que les différents aspects de la capacité de mentalisation sont bien intégrés et utilisés (Ensink et Mayes, 2010), suggérant une diminution importante de l'utilisation des modes de pensée pré-mentalisateur et le développement progressif d'une complexité de la capacité de mentalisation.

Les résultats enregistrés au social stories test du sujet 1 indiquent qu'il a obtenu les scores de 2 pour le biais positif irréaliste avec une forte référence à l'image de soi ; de 11 pour le biais négatif irréaliste avec une tendance à l'autodépréciation et de 2 pour la réponse neutre montrant un style d'attribution rationnel et adaptatif. Le sujet 4 quant à lui a enregistré les scores de 3 pour le biais positif irréaliste avec une forte référence à l'image de soi ; de 9 pour le biais négatif irréaliste avec une tendance à l'autodépréciation et de 3 pour la réponse neutre montrant un style d'attribution rationnel et adaptatif au Social stories test. En ce qui concerne le sujet 6, il a enregistré un score de 2 pour le biais positif irréaliste avec une forte référence à l'image de soi, un score de 9 pour les biais négatifs irréalistes avec une tendance à l'autodépréciation et de 4 pour la réponse neutre montrant un style d'attribution rationnel et adaptatif. Le sujet 9 pour sa part a enregistré un score de 4 pour le biais positif irréaliste avec une forte référence à l'image de soi, un score de 9 pour le biais négatif irréaliste avec une

tendance à l'autodépréciation et un score de 2 pour la réponse neutre montrant un style d'attribution rationnel et adaptatif. Dans l'ensemble, ces résultats montrent que les sujets 1, 4, 6 et 9 sont aux antipodes des conceptions théoriques d'Allen et Fonagy et leur école. De même, pris sur le point de l'âge on se rend compte qu'au regard des résultats que les différents aspects de la capacité de mentalisation ne sont pas bien intégrés et encore moins utilisés chez nos sujets comme l'affirment (Ensink et Mayes, 2010).

L'approche sur le traumatisme montre à suffisance que nos sujets vivent encore sur le mode de la séduction. Freud soutient en effet que la séduction intervient dans la réalité des enfants de cet âge car victimes des représentations issues des méfaits des conflits armés. Ces derniers vécus sous un mode symbolique d'affect constituent des blessures mnémoniques inoubliables car gravés dans la mémoire d'un enfant qui peine à retrouver son père. C'est tout le sens de (Marty, 1991) lorsqu'il souligne que la séduction primaire n'est pas de l'ordre de l'abus sexuel en victimologie, mais, elle relève de soins parentaux dont les actes sont en partie chargés d'un sens sexuel non symbolisé.

A supposer que la séduction soit donc intervenue dans la réalité des enfants de cet âge, on pourrait penser en partageant le point de vue de (R. Roussillon, 2014) que les sujets 1, 4, 6 et 9 seraient victimes de la symbolisation de l'après-coup, dans une reprise, une ressaisie, une représentation au sein d'une situation qui s'y prête, tel une reconnaissance du symbole dans les actes d'autrui par l'enfant, et dans des conditions particulières pour que cette reprise puisse s'effectuer (R. Roussillon, 2014).

En effet, nous dit Roussillon « une partie de la symbolisation se déroule au moment où l'expérience se vit, à condition qu'un espace transitionnel interne ait pu être introjecté et que cette expérience ne déborde pas les capacités de symbolisation actuelles du sujet. Une autre partie de la symbolisation s'effectue après coup dans un espace et un temps particuliers permettant une reprise de cette expérience, comme par exemple dans les rêves ».

Dès lors, Roussillon déduira que le traumatisme secondaire rend l'enfant confus sur le symbole et la réalité. Par conséquent, le Moi a été blessé dans son travail de symbolisation. Cela sous-entend que le Moi des sujets 1, 4, 6 et 9 aurait été blessé dans son travail de symbolisation à un moment de son processus. Ce qui fait trauma chez nos sujets serait donc le travail de reconnaissance symbolique des états mentaux dans la situation qui s'y prêt selon eux aux abus, et chargée de significations de l'expérience de la séparation des parents.

Les sujets le démontrent lorsqu'ils affirment respectivement afficher une méfiance, surtout en vers les adultes, et se mettent parfois en colère pour rien. Qu'ils sont peu tolérant à la blague et il arrive souvent qu'ils aient des difficultés à comprendre les émotions des autres pour le cas du sujet 1, ou lorsqu'ils avouent souvent éprouver un sentiment d'une menace permanente et se met en colère sans le vouloir. Ils en veulent à ceux qui sont à l'origine de la disparition de leurs parents comme c'est le cas du sujet 4. De même lorsqu'ils assimilent les blâmes et les reproches qui leur sont faits par leur nourrice comme une forme de maltraitance pour le cas du sujet 6. Et de plus, lorsqu'ils évitent certaines personnes ou des endroits parce qu'ils leur rappellent des choses pour le cas du sujet 9. Pour Freud en effet, il y a traumatisme dès lors que l'afflux d'excitations externe est trop intense et qu'il vient submerger l'organisme, rompre la barrière protectrice. C'est dans ce sens qu'il précise, « Nous appelons traumatique les excitations externes assez fortes pour faire effraction dans le pare-excitations » (Freud, 1920, p. 71). On voit bien avec Freud que les sujets 1, 4, 6 et 9 de notre étude souffrent d'une capacité à distinguer leurs propres états mentaux et ceux des autres ce qui confirme notre première hypothèse de recherche. Il s'avère ici que l'enfant reçoit un afflux d'excitation nouvelles qu'il ne peut ni décharger ni traiter car il se trouve démuné, non préparé, de par son immaturité physique et psychique.

Pour (Pierre Marty, 1991, p. 168-168), la mentalisation renvoie à la quantité et à la qualité des représentations psychiques des individus, représentations qui se manifestent dans le système préconscient. Ainsi, le recours par la voie mentale n'est pas immédiatement possible chez nos sujets. En effet on voit apparaître chez eux une dépression, une augmentation des symptômes mentaux et des manifestations d'angoisse, mais surtout, souligne (Marty, 1991, p.167), « les excitations et les représentations nouvelles vont rejoindre la masse de l'activité conflictuelle psychique qui les englobe et les assimile dans un temps plus ou moins long, avec plus ou moins de peine ». Ce qui fait donc trauma se voit élaborer psychiquement chez nos sujets au travers de leurs discours.

6.2. Interprétation et discussion de l'hypothèse de recherche n°2

L'analyse théorique nous fait savoir selon (Fonagy et Target, 2000) que l'enfant conçoit les idées, les pensées et les fantaisies comme appartenant à son monde interne et comme étant distinct de la réalité externe, perdant ainsi leur aspect menaçant pour reprendre les idées de (Schmeets, 2008). Dans cette perspective, les états mentaux sont perçus par l'enfant comme étant représentatif de ce qui l'habite, et/ou comme une portée différente des

paroles et des comportements. Or, les auteurs soulignent que sous le mode de pensée fictif, l'enfant perçoit qu'il est habité par une vie psychique, ayant une imagination et des pensées.

Toutefois, il ne conçoit pas que ses états mentaux peuvent le renseigner sur lui ni ne conçoit son jeu comme pouvant représenter en partie ses propres expériences, désirs, pensées et émotions. Pour (Fonagy et al., 2002), les états mentaux et l'imaginaire à l'enfance sont perçus comme étant complètement irréels, fictifs. Autrement dit, l'enfant n'est que jeu et c'est du jeu qu'il tire sa conscience. Ces auteurs reconnaissent donc que l'enfant n'est conscient que lorsqu'il joue. Il fait donc acte de quelque chose qui représente une perspective de la réalité et pourrait être en partie vrai comme le souligne (Allen et al., 2008). On comprend dès lors que la compréhension du faire semblant implique de reconnaître chez l'enfant l'existence d'un lien entre la réalité et les fantaisies, tout en comprenant que l'impact des comportements dans le jeu est beaucoup moindre que celui des mêmes comportements dans la réalité (Schmeets, 2008).

Les résultats de notre sujet 2, 5 et 7 sont en adéquation avec cet aspect de la théorie. En effet, les données collectées indiquent qu'au Social stories test le sujet 2 a enregistré un score de 6 pour le biais positif irréaliste avec une forte référence à l'image de soi et un score de 8 pour le biais négatif irréaliste avec une tendance à l'autodépréciation. Par ailleurs, pour la réponse neutre, le sujet a obtenu un score de 1 montrant un style d'attribution rationnel et adaptatif. En ce concerne le sujet 5, il a enregistré un score de 5 pour le biais positif irréaliste avec une forte référence à l'image de soi, un score de 7 pour le biais négatif irréaliste avec une tendance à l'autodépréciation et un score de 3 pour la réponse neutre montrant un style d'attribution rationnel et adaptatif. De même les résultats du sujet 7 sont en adéquation dans la mesure où ses résultats au Social Stories Test se présentent de la manière suivante : un score de 7 pour le biais positif irréaliste avec une forte référence à l'image de soi, un score de 4 pour le biais négatif irréaliste avec une tendance à l'autodépréciation et un score de 4 pour la réponse neutre montrant un style d'attribution rationnel et adaptatif. Ces résultats se présentent d'une manière générale en parfaite harmonie avec les propos de (Ensink et Mayes, 2010).

Parlant du traumatisme, (Freud, 1986, p. 163) met en exergue les expériences traumatiques qui surviennent dans la petite enfance, entraînant avec elles, une atteinte précoce du moi et endommageant le narcissisme. Freud soutient alors l'idée que le traumatisme a une dualité de conséquence pouvant avoir des effets positifs perçus comme des efforts pour remettre en œuvre le traumatisme, donc pour remémorer l'expérience oubliée ou, mieux

encore, pour la rendre réelle, pour en vivre à nouveau une répétition. Le sujet 2 répond à l'ensemble de ces caractéristiques car, dès son entrée au Cameroun, il a eu des difficultés scolaires, et est inquiète de l'avenir de ses parents. Il semblait éviter certaines personnes et endroits parce qu'ils lui donnaient envie de pleurer. Par rapport à son état de santé, ce sujet connaît parfois des maux de ventre et des céphalées qui relèvent plus de la somatisation que de la mentalisation, mais résultent des différentes analyses de sa situation aujourd'hui. C'est aussi le cas du sujet 5, qui rencontre des problèmes d'apprentissage, qui a souffert d'anorexie quelques mois après son entrée au Cameroun, qui évite beaucoup qu'on lui parle des événements traumatiques, et qui affiche un sentiment permanent de tristesse et d'anxiété. Le sujet 7 quant à lui, répond également aux mêmes caractéristiques dans la mesure où il présente des difficultés scolaires, des troubles psychosomatiques (les troubles du sommeil), il se réveille parfois en sursaut dans la nuit en état de terreur nocturne, il est craintif, il se confie dans un certain isolement chez lui, et présente un air d'anxiété chaque fois qu'on lui rappelle les événements traumatiques.

On voit ainsi chez nos sujets, les troubles d'origine psychotraumatique composés de frayeurs liées à un traumatisme physique, frayeur seule provoquée par un événement accidentel, choc émotionnel éprouvé à l'occasion d'une séparation, sidération au spectacle de la mort ou de l'agression physique d'une personne, choc émotionnel à l'annonce du décès d'un proche, émotion violente à l'occasion d'une dispute, d'un conflit, d'une colère, etc. ce qui confirme notre deuxième hypothèse qui voudrait que la conscience des affects contribue comme un élément facilitateur du traumatisme chez les enfants réfugiés séparés des parents.

La symptomatologie développée par ces sujets rend compte de leur vécu traumatogène et de sa constituante névrotique ; En effet, pour (Louis Crocq, 1999) les névroses traumatiques s'entendent « comme la réaction immédiate, biologique, physiologique et psychologique d'alarme, de mobilisation et de défense de l'individu face à une agression ou à une menace ». Pris dans ce sens, les états mentaux de nos sujets sont compris comme appartenant à la réalité psychique, voire comme étant nombre de différentes façons de percevoir la réalité externe. C'est dans cet esprit que se comprend les propos de (Fonagy et Target, 2000) lorsqu'ils comparent les états mentaux de ces sujets à des motivations sous-jacentes aux actions d'autrui.

6.3. Interprétation et discussion de l'hypothèse de recherche n°3

(Louis Crocq, 2014, p10), définit le traumatisme psychique comme « un phénomène d'effraction du psychisme, et de débordement de ses défenses par les excitations violentes

afférentes à la survenue d'un événement agressant ou menaçant pour la vie ou l'intégrité physique ou psychique d'un individu, qui y est exposé comme victime, témoin ou acteur ». Cette définition trouve écho chez (Lorenzo Perucchi, 2008, p.1), pour qui « le traumatisme est un dommage de la structure ou du fonctionnement du corps ou du psychisme. Il peut être du à un agent ou à une force extérieur, de nature physique ou chimique. Il est donc à ce titre la conséquence d'un trauma».

Il apparaît ainsi que parler du traumatisme suppose qu'il faille au préalable qu'une blessure infligée par un événement potentiellement traumatique laisse des séquelles graves sur le plan organique et psychologique. En effet, dans sa seconde topique, Freud soutient que le moi est une interface du ça, du surmoi et de la réalité. Pour lui le moi joue un rôle protecteur de la personnalité par la mise en place de mécanismes de défense. Dans cette perspective, il opère comme un facteur de liaison psychique. Le moi permet donc au sujet de maintenir son adaptation à la réalité et la cohérence interne.

Du point de vue analytique, le moi de l'enfant n'est pas préparé par l'angoisse, entravant la mobilisation des énergies nécessaire pour créer une défense fonctionnelle. Les cas des sujets 3, 8 et 10 sont assez illustratifs de la fragilisation du Moi infantile lorsque celui-ci est exposé à des affects. Il s'agit des individus facilement irritables et influençables par la présence des inconnus le cas du sujet 3 et 8, très peu obéissant et manque d'attention à l'école le cas du sujet 10. Le sujet 3 est un garçon qui participe peu aux jeux et aux autres activités de groupe, affiche un sentiment désagréable et de tristesse lorsqu'on lui parle des événements douloureux de sa vie, notamment, de tout ce qui a trait à la séparation avec les parents. Le sujet 8 est une fille de 9 ans, elle souffre d'un important trouble psychosomatique (énurésie) et parfois d'anémie, elle est continuellement contrarié et pensif, elle n'exprime pas facilement ses émotions, elle a peur des hommes, elle évite les sujets certains sujets (mariage), et s'inquiète pour l'avenir des membres de sa famille. Le sujet 10 quant à lui est aussi une fille âgée de 7 ans qui affiche une méfiance et une crainte face à son environnement, qui est hyper vigilante, qui est très peu obéissante et manque d'attention à l'école. Partant du postulat freudien ci-dessus avancé, il apparaît que lorsqu'il y a traumatisme le principe de plaisir est tout d'abord mis hors d'action. Il ne s'agit pas d'empêcher l'appareil psychique de l'enfant d'être submergé par de grandes sommes d'excitations, mais plutôt de maîtriser l'excitation, de lier psychiquement les menaces qui ont pénétré par effraction pour les amener ensuite à la liquidation (Freud, 1920, p. 72).

A la lumière de cette conception freudienne, on peut comprendre que le moi de l'enfant est fragile. Les résultats du sujet 3 au Social stories test montrent que ce dernier a enregistré les scores de : 5 pour le biais positif irréaliste avec une forte référence à l'image de soi ; 6 pour le biais négatif irréaliste avec une tendance à l'autodépréciation et 4 pour la réponse neutre montrant un style d'attribution rationnel et adaptatif. Ceux du sujet 8 sont les suivants : un score de 5 pour le biais positif irréaliste avec une forte référence à l'image de soi, un score de 6 pour le biais négatif avec une tendance à l'autodépréciation et un score de 4 pour la réponse neutre montrant un style d'attribution rationnel et adaptatif. Le sujet 10 a enregistré un score de 6 pour le biais positif irréaliste avec une forte référence à l'image de soi et un score de 6 pour le biais négatif irréaliste avec une tendance à l'autodépréciation et un score de 3 pour la réponse neutre montrant un style d'attribution rationnel et adaptatif. Ces résultats traduisent la présence des symptômes traumatisants chez nos sujets. Ce qui rend compte de la validité de notre troisième hypothèse dans sa conformité avec l'approche psychodynamique freudienne du traumatisme.

En effet, (Bateman et Fonagy, 2004, p. 201) soutiennent qu'il sera difficile pour un individu exposé à des traumatismes ou des dysfonctions parentales durant l'enfance de se représenter ses propres états mentaux et ceux des autres. Selon ces auteurs, l'enfance perturbée résultera en une intégration inadéquate des formes précoces de représentation internes, qui constituent normalement la base de la capacité de mentalisation et de la réalité psychique sur le chemin de la mentalisation. Dès lors se comprend (Jean Laplanche, 1998, p. 243) pour qui reprendre le terme d'externe « suggère que tout traumatisme est d'origine externe même le traumatisme psychique. Ce par rapport à quoi il y a extériorité c'est moi, si bien que la perturbation que Freud nous décrit (...) semble être en premier lieu attribuée au traumatisme physique mais est en fait valable pour tout traumatisme. »

CONCLUSION GENERALE ET RECOMMANDATIONS

CONCLUSION GENERALE

Le problème qui nous a conduits à mener cette étude, était celui de la cause du traumatisme au travers de la mentalisation chez les enfants réfugiés centrafricains de 6 à 11 ans séparés des parents. Au terme de cette étude, il serait convenable de faire un bref rappel de notre problématique et des objectifs qui l'ont conduite.

En effet, Plusieurs études tentent de comprendre de quelle manière un déficit au niveau de la gestion des émotions peut entraîner des plaintes somatiques (Kellner, 1990). Ces études démontrent qu'une mauvaise conscience des affects est reliée à plus de manifestations de plaintes somatiques tant chez les adultes (Subic-Wrana et al., 2010) que chez les enfants (Subic-Wrana, 2011). Également, plusieurs recherches permettent d'associer la somatisation chez les enfants à un déficit de mentalisation. D'autres études permettent de mettre en relation certaines variables médiatrices entre la somatisation et la conscience des affects ou l'alexithymie, comme l'humeur négative, l'anxiété et la dépression. Cependant il existe peu d'étude s'étant intéressés à l'existence d'un possible lien entre la mentalisation et le traumatisme. La nécessité d'avoir mené cette étude tient au constat observé au près des enfants séparés du site de Ngarisingo. Nous avons relevé chez certains des troubles psychopathologiques du traumatisme avec des difficultés dans l'élaboration mentale des comportements internalisés et externalisés. Ce qui nous a conduits à poursuivre l'objectif de vérifier la contribution de la mentalisation comme facilitateur du traumatisme chez les enfants réfugiés séparés ses parents.

Le cadre théorique de notre travail nous a permis de décrire dans un premier temps les différentes variables de notre étude. Nous avons ainsi expliqué premièrement le concept de mentalisation selon la perspective d' (Allen, 2008) sur le développement théorique de la mentalisation et de (Pierre Marty, 1991, p.160-168) sur la théorie de la mentalisation. Deuxièmement, nous avons expliqué le concept de traumatisme chez (Freud, 1895), (Ferenczi, 1931-1932), (Louis Crocq, 1999) et (Roussillon, 2014). Cette recension des écrits nous a permis de mieux cerner notre problématique et de nous poser la question de recherche suivante : « Quelle est l'influence de la mentalisation sur traumatisme chez les enfants réfugiés séparés ses parents? »

Pour répondre à cette question de recherche, nous avons formulé l'hypothèse générale suivante : « la mentalisation contribue comme facilitateur du traumatisme chez les enfants réfugiés centrafricains âgés de 6 à 11 ans séparés des parents. »

L'opérationnalisation de cette hypothèse générale a donné lieu aux trois hypothèses de recherche suivantes :

RH1 : La capacité de distinguer ses propres états mentaux et ceux des autres contribue comme facilitateur du traumatisme chez les enfants réfugiés séparés des parents.

RH2 : La conscience des affects contribue comme facilitateur du traumatisme chez les enfants réfugiés séparés des parents.

RH3 : Les biais de mentalisation contribuent comme facilitateur du traumatisme chez les enfants réfugiés séparés des parents

Nous avons ensuite procédé à la collecte des données en utilisant le Social Stories Test de (Sharp, 2006) pour mesurer la mentalisation et le Trauma Symptom Inventory de John Briere pour mesurer les symptômes du traumatisme. De ce fait, notre étude a été menée auprès de 10 sujets de 6 à 11 ans notamment, 11 ans pour le sujet un, 8 ans pour le sujet deux, 9 ans pour le sujet trois, 9 pour le sujet quatre, 6 ans pour le sujet cinq, 11 ans pour le sujet six, 7 ans pour le sujet sept, 9 ans pour le sujet huit, 10 ans pour le sujet neuf et 7 ans pour le sujet dix.

Les données collectées ont été analysées du point de vue de l'analyse des données qualitatives, par l'analyse de contenu.

La validation de nos trois hypothèses de recherche nous a permis d'observer une influence de la mentalisation sur le traumatisme chez nos sujets.

Au regard de ces résultats, nous avons pu nous rendre compte avec (Bateman et Fonagy, 2004, p. 201) qu'une enfance perturbée résultera en une intégration inadéquate des formes précoces de représentation internes, qui vont contribuer à la mise en place d'une réalité psychique sur le chemin de la mentalisation favorable au traumatisme.

RECOMMANDATIONS

Les recommandations dans ce travail vont à l'endroit des professionnels du domaine de la santé mentale quel que soit leur Organisation (UNHCR, UNICEF, OMS, ONG etc.).

Nous proposons quelques **dispositifs d'aide thérapeutique**, où le thérapeute élabore avec l'enfant ses mouvements affectifs, ses angoisses, son fonctionnement et ses comportements avec les supports des jeux, du dessin, du jeu de rôles, dans une relation sécurisante et continue. Car nous estimons en effet que, c'est avant tout l'instauration d'une relation privilégiée qui permet le développement des mouvements transférentiels et permet d'avoir accès, de comprendre et de traiter les troubles des enfants.

Le premier dispositif : mettre l'accent sur la formation au moins trois fois par semaine dans le site, des groupes d'enfants autour d'une activité (jeux, loisirs, causerie éducative genre traditionnelle : on se rencontre des fables et autres histoires) permettant le partage des expériences et des vécus entre les enfants, comme moyen de libération des affects négatifs et de réduction de la tension psychique. Car nous dit (J. Cottreaux, 2007), « notre force psychologique se fonde sur des codes tellement bien incrustés dans notre culture, et dans notre histoire personnelle, que nous les tenons pour acquis et pour la vérité même ».

Le deuxième dispositif : organiser les visites médiatisées pour les familles concernées, dont la fréquence peut varier d'une à deux fois par semaine. Ce dispositif particulier a été conçu par M. David et H. Rottman, et nommé « visites médiatisées » par (M. Berger, 1990). Et, nous estimons qu'il s'agit d'espaces-temps privilégiés d'observation et de traitement des liens.

Nous considérons en effet que certains tuteurs, et les liens que les enfants ont avec eux, entretiennent la souffrance dans une certaine mesure du vécu de ces enfants. Ainsi, il va falloir faire de ces visites un espace thérapeutique de mise en travail des interactions. Cela permettra à l'enfant de retrouver un équilibre dans les interactions dont il avait des difficultés avant la médiatisation. Il s'agit surtout de soutenir les échanges et la pensée à propos de ce qui a conduit à la situation actuelle, à la constitution de graves troubles psychiques chez l'enfant.

En effet, ce dispositif consiste à organiser une séance d'échange dans un stricte espace tuteur-enfant, où Le thérapeute se rendra apte de faciliter la régulation des interactions : une tâche spécifique à laquelle le tuteur et l'enfant éprouvent des difficultés à y parvenir sans au

préalable avoir été soumis à un certain type d'apprentissage. IL pourra ainsi les aider à réduire les attitudes physiques ou verbales, qui sont néfastes à la tranquillité et à l'authenticité des échanges, en les aidant à les extérioriser afin de leur proposer des alternatives.

IL s'agira aussi pour le thérapeute de communiquer au parent une responsabilité qu'il devra assumer tout au long du soutien psychosocial de l'enfant. Notamment, lui proposer de faire parfois preuve d'adhésion au mode relationnel de l'enfant, grâce auquel il aidera l'enfant à identifier ses troubles de comportement. De cette manière, le parent pourra assister l'enfant principalement en se plaçant en position de « témoin actif » de son vécu pour pouvoir travailler avec lui dans l'après-coup de ce qui s'est passé, ce qu'il a ressenti, et l'aider à surmonter la souffrance en favorisant en lui la confiance, pour parvenir à un meilleur équilibre dans les relations qu'il entretient avec les personnes de son environnement.

Le troisième dispositif proposé à l'UNHCR : est la création des comités pour les enfants dans les sites des réfugiés. Par exemple, sur les douze comités que compte le site de Ngarisingo, il n'existe aucun pour les enfants. Or ces comités pourraient favoriser l'écoute et la prise en compte des difficultés auxquelles font face certains enfants dans la communauté. Ils pourraient également permettre en eux un meilleur développement de l'estime de soi. Car les résultats de notre étude mettent en évidence qu'un fort manque d'estime de soi peut parfois être lié à un déficit de mentalisation chez les enfants séparés. Ainsi, le pouvoir de prise de décision accordé à ces enfants, serait bien reçu comme une piste qui pourrait les aider à renforcer leur estime de soi, et favoriser en eux la résilience.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Ouvrages

Afrapoli, Z. H., et Verbanck, P. (2011). Relations entre somatisation et alexithymie. Une étude basée sur la littérature. *ACTA Psychiatrica Belgica*, p. 114, 37-56.

Aktouf, O. (1987). *Méthodologie des sciences sociales et approches qualitatives des organisations*. Québec : Presses Universitaires du Québec.

Allen, J.G, Fonagy, P., et Bateman, A.W. (2008). *Mentalizing in clinical practice*. Washington. American Psychiatric Publishing.

American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders* (3rd ed.). Washington, DC :Auteur.

American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders* (4e éd.). Washington, DC : Auteur.

American Psychiatric Association. (2003). *Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders*. Washington, DC : Auteur.

Bardin, L. (1977). *L'analyse de contenu*. Paris : P.U.F.

Baron-Cohen, S. (1994). How to build a baby that can read minds : Cognitive mechanisms in mind reading. *Current Psychology of Cognition*, p. 13, 513-552.

Barrois, C. (1988). *Les névroses traumatiques*. Paris : Dunod.

Berger, M. (1990). *Des entretiens familiaux à la représentation de soi : la topique de la profondeur*. Paris : Apsygée, 191 pages.

Berelson, B. (1952). *Content analysis in communication research*. Glencoe : Free press.

Briole, G., Lebigot, F., et al. (1994). *Le traumatisme psychique : Rencontre et devenir*. Paris, Masson.

Bateman A., et Fonagy, P. (2004). *Psychotherapy for Borderline Personality Disorder: A Mentalization-Based Treatment*. Oxford Press.

Bowlby, J. (1978). *Attachement et perte. Volume 1: Attachement*. Paris, France : Presses Universitaires de France.

- Briere, J. (1995). *Trauma Symptom Inventory: Professional manual*. Orlando, Psychological Assessment Resources.
- Chabert, C. (1998). *Psychanalyse et Methodes projectives*. Paris : Dunod.
- Cottraux, J. (2007). *La force avec soi : pour une psychologie positive*. Paris : Odile Jacob.
- Crocq, L. (1999). *Les traumatismes psychiques de guerre*. Paris: Odile Jacob, page 160.
- Crocq, L. (2001). Perspectives historiques sur le trauma. In : M. de Clercq, F. Lebigot, *Les traumatismes psychiques*. Paris : Masson, p. 23-64.
- Crocq, L. (2007). *Traumatismes psychiques, prise en charge psychologique des victimes*. Paris : Elsevier-Masson, p. 6.
- Crocq, L. (2012). *16 leçons sur le trauma*. Paris : Odile Jacob, p. 131.
- David, M. (1989). *Le placement familial : de la pratique à la théorie*. (5ème édition) Paris : Dunod, 471 p.
- Debray, R. (1991). Réflexions actuelles sur le développement psychique des bébés et le point de vue psychosomatique. *Revue française de psychosomatique*, p. 1,41-57.
- Debray, R. (1996). *Clinique de l'expression somatique*. Paris : Delachaux et Niestlé, p. 68.
- Debray, R. (2001). *Epître à ceux qui somatisent*. Paris : PUF, p.103.
- Diguer, L. (2005). Mentalisation et psychothérapie chez le patient limite. *L'évolution psychiatrique*, p. 70, 649-661.
- Doçi, N. (2001). *Shpirti i dërmuar : dhuna serbe ndaj femrës shqiptare në Kosovë (1997-1999)*. Forumi i gruas i LDK.
- Domon-Archambault, V., et Terradas, M. M. (2012). *Manuel de formation aux interventions axées sur la mentalisation destiné aux éducateurs des centres jeunesse*. Document inédit. Université de Sherbrooke, Canada.
- Dunn, J., Brown, J., et Beardsall, L. (1991). Family talk about feelings states and children's later understanding of others' emotions. *Developmental Psychology*, p. 27, 448-455.
- Ehrenberg, A. (1998). *La fatigue d'être soi. Dépression et société*. Paris : Odile Jacob.
- Ensink, K., et Mayes, L. C. (2010). The development of mentalisation in children from a theory of mind perspective. *Psychoanalytic Inquiry*, p. 30, 301-337.
- Fassin, D., Rechtman, R. (2007). *L'empire du traumatisme*. Paris : Flammarion.

- Fenichel, O. (1945, trad. fr. 1987). *La théorie psychanalytique des névroses*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Ferenczi, S. (1932). Réflexions sur le traumatisme. In *Œuvres complètes – Psychanalyse 4*, p. 29-42.
- Fisher, G.N. (1996). *Les concepts fondamentaux de la Psychologie sociale*. Paris: Dunod.
- Fischer, G.-N. (2003). *Les blessures psychiques*. Paris : Odile Jacob.
- Fonagy, P. (1995). Playing with reality: The development of psychic reality and its malfunction in borderline personalities. *International Journal of Psycho-analysis*, p. 76, 39-44.
- Fonagy, P., et Target, M. (1996). Playing with reality: 1. Theory of mind and the normal development of psychic reality. *The International Journal of Psychoanalysis*, p. 77, 217-233.
- Fonagy, P. (2004). *Théorie de l'attachement et psychanalyse*. Ramon ville. Saint-Agne, p.189.
- Fonagy, P., et Target, M. (2006). The mentalization-focused approach to self pathology. *Journal of Personality Disorders*, p. 20, 544-576.
- Fonagy, P. (2008). Foreword. Dans Vheugt-Pleiter, A. J. E., et al (Éds), *Mentalizing in child therapy : Guidelines for clinical practitioners*. London, England: Karnac, p 21-24.
- Fonagy, P., et Luyten, P. (2009). A developmental, mentalization-based approach to the understanding and treatment of borderline personality disorder. *Development and Psychopathology*, p. 21, 1355-1381.
- Fonagy, P., et Target, M. (1997). Attachment and reflective function: Their role in self-organization. *Development and Psychopathology*, p. 9, 679-700.
- Fonagy, P., et Target, M. (2000). Playing with reality: The persistence of dual psychic reality in borderline patients. *Internal Journal of Psycho-Analysis*, p. 81, 853-873.
- Fonagy, P., Gergely, G., et Target, M. (2007). The parent–infant dyad and the construction of the subjective self. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, p. 48, 288–328.
- Fonagy, P., et al. (2002). The development of an understanding of self and agency. Dans Fonagy, P., et al. (Éds), *Affect regulation, mentalization, and the development of the self*. New York, NY: Other Press, p. 203-251.

- Freud, S., et Breuer, J. (1895). *Etudes sur l'hystérie*. Trad. Rectifiée 2000.
- Freud, S. (1920). *Au-delà du principe de plaisir*. Paris: Payot.
- Freud, S. (1953). *Répétition, remémoration, perlaboration*. In *La technique psychanalytique*. Paris : PUF.
- Gergely, G., et Csibra, G. (1997). Teleological reasoning in infancy: The infant's naive theory of rational action. A reply to Premack and Premack. *Cognition*, p. 63, 227-233.
- Grawitz, M. (1990). *Méthodes des sciences sociales*. Paris: Dalloz.
- Herman, J. (1997). *Trauma and recovery: The aftermath of violence from domestic abuse to political terror*. New York: Basic Books.
- Janet, P. (1889). *L'Automatisme psychologique*. Paris : Alcan.
- Josse, E. (2004). Le traumatisme psychique : Quelques repères notionnels. *Journal International de Victimologie*, juillet 2007, Tome 5, No. 3, p131-135.
- Kamieniecki, H. (1994). *Histoire de la psychosomatique*. Paris : PUF, p.68.
- Kellner, R. (1990). Somatization: Theories and research. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, p. 178, 150-160.
- Laplanche, J. (1998). *Problématiques III : La sublimation*. Paris : PUF.
- Larousse, (2008). *Dictionnaire de français*. (Édition 2008) France, 455 pages.
- Lebigot, F. (2005). *Traiter le traumatisme psychique*. Paris : Dunod.
- Lecours, S., et Bouchard, M. A. (1997). Dimensions of mentalization: outlining levels of psychic transformation. *International Journal of Psycho-analysis*, p. 78, 855-875.
- Lecours, S. (2005). Niveaux de fonctionnement mental et psychothérapie psychanalytique. *Psychothérapies*, p. 25(2), 91-100.
- Lecours S., Robert, G., et Desruisseaux, F. (2009). Alexithymie et élaboration verbale de l'affect chez des adultes souffrant d'une pathologie respiratoire. *Revue européenne de psychologie appliquée*, p. 59, 187-195.
- Marty, P. (1991). Mentalisation et psychosomatique. *Le plessis- Robinson : les empêcheurs de penser en rond*, p.18.
- Marty, F., et al. (2001). *Figures et traitements du traumatisme*. Paris : Dunod.

Médecins Sans Frontières. (2004). *Le trauma : Guide de prise en charge psychosociale*. Belgique : Auteur.

Médecins Sans Frontières. (2004). *Le traumatisme psychique. Théorie*. Belgique : Auteur.

Meins, E., et al. (2001). Rethinking maternal sensitivity: Mothers' comments on infants' mental processes predict security of attachment at 12 months. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, p. 42, 637-648.

Paquin, E. (2014). *Conscience des affects et biais de mentalisation chez les enfants manifestant des plaintes somatiques* (Thèse de doctorat inédit). Université de Sherbrooke.

Perucchi, L. (2008). *Studio di terapia a mediazione corporeadi*. Strasbourg : Salita San Biagio.

Rebourd, C., et al. (1991). Etude comparée des conceptions de l'imaginaire : réflexion sur les opérationnalisations au test de rorschach. *Bulletin de la société du rorschach et des méthodes projectives de langue française*, p. 35, 45-66.

Rechtman, R. (2005). *Du traumatisme à la victime*, In D. Fassin et P. Bourdelais (sous la direction de), *Les constructions de l'intolérable*. Paris : La découverte, p. 165-196.

Roussillon, R. (1999). *Agonie, Clivage et symbolisation*. Paris : PUF, 245 p.

Roussillon, R. (2001). *Le plaisir et la répétition - Théorie du processus psychique*. Paris: Dunod.

Schmeets, M. G. J. (2008). Theoretical concepts. Dans Verheugt-Pleiter, A. J. E., et al (Éds), *Mentalizing in child therapy: Guidelines for clinical practitioners*. London, England: Karnac, p. 1-6, 7-21.

Sharp, C. (2006). Mentalizing problems in childhood disorders. Dans J. G. Allen et P. Fonagy (Éds), *Handbook of mentalization-based treatment*. Chichester, England: John Wiley et Sons, p. 101-121.

Sharp, C., et Venta, A. (2012). Mentalizing problems in children and adolescents. Dans N. Midgley et I. Vrouva (Éds), *Minding the child. Mentalization-based interventions with children, young people and their families*. New York, NY : Routledge, p. 35-53.

Sillamy, N. (2006). *Dictionnaire encyclopédique de psychologie*. Paris: P.U.F.

Sironi, F. (1999). *Bourreaux et victimes*. Paris : Odile Jacob, p. 57.

- Solomon, E.P. et Heide, K.M. (1999). Type III Trauma: Toward a More Effective Conceptualization of Psychological Trauma. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminol*, p. 43, 202-210.
- Sroufe, L. A. (1996). *Emotional development: The organization of emotional life in the early years*. New York: Cambridge University Press.
- Subic-Wrana, C. (2011). Emotion regulation and mentalization in somatoform disorders. Dans Nyklicek, I., et al. (Eds.), *Emotion Regulation and Well-being*. New York: Springer Science and Business Media, p. 245-260.
- Subic-Wrana, C., et al. (2010). Theory of mind and emotional awareness deficits in patients with somatoform disorders. *Psychosomatic medicine*, p. 72, 404-411.
- Tang Essomba, M.A. (2012). Introduction à la statistique descriptive pour psychologie. *Cours de Psychologie*. Université de Yaoundé I.
- Theis, A. (2006). *Approche psycho dynamique de la résilience* (Thèse de doctorat inédit). Université de Nancy 2.
- Tychev, C., et al. (2000). La mentalisation: approche théorique et clinique projective à travers le test de Rorschach. *Bulletin de psychologie*, p. 53.
- Vaz-Cerniglia, C., et Thomas, J. (2007). L'attention : historique, origines, concepts. Dans J. Thomas, C. Vaz-Cerniglia, et G. Willems (Éds). *Troubles de l'attention chez l'enfant. Prise en charge psychologique*. Paris, France : Masson, page 1-27.
- Widlocher, D. (1999). *La méthode du cas unique*. Paris: PUF.
- Winnicott, D. W. (1971). L'utilisation de l'objet et le mode de relation à l'objet aux travers des identifications, in *Jeu et réalité*. Paris : Gallimard, page 120-131.
- Winnicott, D. W. (1975). *Jeu et réalité*. Paris: Gallimard.

2. Sources webographiques

- Bailly, L. (n.d.) *Traumatisme de guerre chez l'enfant et conséquence mnésique*. Repéré à <http://perso.wanadoo.fr/fripsi/Bailly.html>.

Fondation Suisse du Service Social International, (2016). *Manuel de prise en charge des enfants séparés en Suisse Guide pratique à l'usage des professionnels*. Genève : Première édition. 117 pages. Repéré à [http:// www.google.com](http://www.google.com).

Freud, S. (1914). *The history of the psychoanalytic movement*. Repéré à <http://>

Psychclassics.yorku.ca/Freud/History/

Grappe, M. (2002). *Enfants-soldats*. Repéré à

<http://www.cerisciencespo.org/themes/pouligny/pdf/c07032002.pdf>

Herman, J. (1992). *Treating Complex Traumatic Stress Disorders: An Evidence-Based Guide*.

Repéré à <http://www.guilford.com>

La Coordination des ONG pour les Droits de l'Enfant, (2011). *Parentalité et droits de l'enfant : 1. Définition et historique de la notion de parentalité*. Repéré à <http://www.lacode.be>

Loi n°2005/006 du 27 juillet 2005 Portant statut des réfugiés au Cameroun. Repéré à <http://www.google.com>

Roussillon, R. (2007). *Le traumatisme et la symbolisation*. Repéré à

<http://www.psychiatriemed.com/130-le-traumatisme-et-la-symbolisation-pr-rene-roussillon.html>.

Roussillon, R. (2014). *Traumatisme et symbolisation*. Repéré à

<http://www.psychiatriemed.com/130-le-traumatisme-et-la-symbolisation-pr-rene-roussillon.html>.

UNHCR : *code de vulnérabilité simplifié*. Repéré à <http://www.google.com>

Viognier, C. (12.06.2003). *Les blessures invisibles des guerres*. Radio France International.

Repéré à <http://www.rfi.fr/fichiers/MFI/Sante/922.asp>

ANNEXES

ANNEXE 1

Tableau 20 : distribution des items face aux échelles (cliniques ou de validité) et aux items critiques

Item	Appartenance	Item	Appartenance	Item	Appartenance	Item	Appartenance
1	IE	26	DIS	51	AA-INC	76	DSB
2	DA	27	AA-RL	52	SC-INC	77	SC
3	AI-RL	28	DSB	53	RL	78	TRB
4	DA	29	DIS	54	AA-INC	79	ATR
5	RL-INC	30	D-INC	55	ISR	80	ISR
6	ISR	31	AA-RL	56	RL	81	DSB
7	D-RL	32	ISR	57	AI	82	ATR
8	IE-INC	33	SC	58		83	DA
9	SC	34	AI	59	DA	84	DIS-INC
10	DIS	35	AI-TRB	60	ATR	85	DIS-INC
11	RL	36	DSB-TRB	61	SC	86	ATR
12	IE	37	AI	62	IE-INC	87	DA
13	D	38	DIS	63	AI	88	DIS
14	RL-INC	39	SC	64	D-INC	89	DA
15	AI-INC	40		65	ATR	90	D-INC
16	ISR	41	AA	66	IE-INC	91	AA
17	D-INC	42	DIS	67	DA-INC	92	ATR
18	DSB	43	ATR	68	SC-INC	93	AI
19		44	ISR	69	DSB-TRB	94	ISR
20	DIS	45	AI-TRB	70	IE	95	SC
21	ATR	46	DSB-TRB	71	DSB	96	ATR
22	AA	47	SC	72	IE	97	AA
23	DA-INC	48	TRB	73	DSB	98	D
24	ISR	49	RL	74	IE	99	ATR
25	TRB	50		75	ISR	100	D-INC

Note : les cases en gris correspondent à des items critiques.

Echelles cliniques : AA=Activation Anxieuse ; AI = Colère/Irritabilité ; D = Dépression ; DA = Évitement Défensif ; DIS = Dissociation ; DSB = Comportement Sexuel Dysfonctionnel ; IE = Expériences de Reviviscence ; ISR = Autoréférence Dysfonctionnelle ; SC = Inquiétude Sexuelle ; TRB = Comportement de Réduction de Tension.

Échelles de validité: ATR = Réponses Atypiques; INC = Réponses Inconsistantes ; RL = Niveau de Réponse.

ANNEXE 2

Tableau 21. Nombre d'items partagés entre les échelles cliniques, de validité et les items critiques

	AA	AI	D	DA	DIS	DSB	IE	ISR	SC	TRB	RL	ATR	INC	CR
AA	=										2		2	
AI		=								2	1		1	
D			=								1		5	2
DA				=									2	
DIS					=								2	
DSB						=				3				1
IE							=						3	
ISR								=						
SC									=				2	
TRB		2				3				=				2
RL	2	1	1								=		1	
ATR												=		3
INC	2	1	5	2	2		4		2		2		=	2
CR			2			1				2		3		=

Note. Echelles cliniques: AA = Activation Anxieuse ; AI = Colère/Irritabilité ; D = Dépression ; DA = Évitement Défensif ; DIS = Dissociation ; DSB = Comportement Sexuel Dysfonctionnel ; IE = Expériences de Reviviscence ; ISR = Autoréférence Dysfonctionnelle ; SC = Inquiétude Sexuelle; TRB = Comportement de Réduction de Tension.

Échelles de validité: ATR = Réponses Atypiques ; INC = Réponses Inconsistantes; RL = Niveau de Réponse.

Items critiques = CR.

ANNEXE 3

Tableau 22. Paires d'items composant l'échelle de validité Réponses Inconsistantes - INC

Paires	Items	Autres appartenance
1	5	RL
	15	AI
2	8	IE
	62	IE
3	14	RL
	17	D
4	23	DA
	67	DA
5	30	D+Critique
	90	D+Critique
6	51	AA
	54	AA
7	52	SC
	68	SC
8	62	IE
	66	IE
9	64	D
	100	D
10	84	DIS
	85	DIS

Note. Echelles cliniques: AA = Activation Anxieuse ; AI = Colère/Irritabilité ; D = Dépression; DA = Évitement Défensif ;DIS = Dissociation ; IE = Expériences de Reviviscence ; SC =Inquiétude Sexuelle. **Échelles de validité:** RL = Niveau de Réponse.

TABLE DES MATIERES

DÉDICACE	i
SOMMAIRE.....	ii
REMERCIEMENTS	iv
LISTE DES ABRÉVIATIONS	v
LISTE DES TABLEAUX	vi
RÉSUMÉ	vii
ABSTRACT.....	viii
INTRODUCTION GENERALE	1
PREMIÈRE PARTIE: CADRE CONCEPTUEL	4
CHAPITRE 1 : PROBLEMATIQUE DE L'ETUDE	5
1.1. Contexte et justification de l'étude	5
1.2. Formulation du problème	6
1.3. Question de recherche	8
1.4. Hypothèse générale.....	9
1.5. Hypothèses de recherches.....	9
1.6. Objectifs de l'étude.....	10
1.6.1. Objectif général.....	10
1.6.2. Objectifs spécifiques.....	10
1.7. Intérêt et pertinence de la recherche	11
1.7.1. Intérêt thérapeutique	11
1.7.2. Intérêt psychologique	11
1.7.3. Intérêt de l'UNHCR.....	12
1.8. Délimitation de l'étude.....	12
1.8.1. Sur le plan thématique.....	12
1.8.2. Sur le plan géographique	13
1.9. Définition des concepts	13
1.9.1. Mentalisation.....	13
1.9.2. Traumatisme.....	14
1.9.3. Enfant séparé.....	15
1.9.4. Réfugié.....	16
1.9.5. Parent.....	16
CHAPITRE 2 : REVUE DE LA LITTERATURE	18
2.1. Généralités sur la mentalisation.....	18
2.1.1. La mentalisation : les courants français et anglo-saxons	18
2.1.1.1. Courant français.....	18
2.1.1.2. Courant anglais et américain.	19
2.1.2. Composantes de la mentalisation	20
2.1.3. Développement ou inhibition de la capacité de mentalisation	21
2.1.4. Défauts de mentalisation et psychopathologie chez l'enfant.....	22
2.1.5. Mentalisation et somatisation.....	24
2.2. Généralités sur le traumatisme	25
2.2.1. Evolution historique du concept de traumatisme	25

2.2.1.1. La période des précurseurs : de l'antiquité à 1880, récit légendaires, rêves de bataille, « vent de boulet » et « cœur du soldat »	25
2.2.1.2. La courte période des fondateurs (1880-1900) : autour des leçons cliniques de Charcot, la découverte de l'inconscient traumatique :	26
2.2.1.3. La période des continuateurs (1900-1980) : du shell shock à la névrose traumatique	27
2.2.1.4. La période des novateurs (1980 à aujourd'hui) : le post-traumatic Stress Disorder et son dépassement	28
2.2.1.5. La conception du traumatisme de S. Ferenczi	30
2.2.1.6. Crocq et la naissance du traumatisme.....	32
2.2.1.7. Traumatisme primaire et traumatisme secondaire chez René Roussillon	33
2.2.2. Les différents types de traumatisme.....	34
2.2.2.1. Classification de (Terr, 1991) selon la fréquence d'exposition au traumatisme	34
2.2.2.2. Caractéristiques psychopathologiques et cliniques du syndrome psychotraumatique	36
2.2.3. Les symptômes non spécifiques	41
2.2.4. Spécificité clinique chez les enfants de 03 -12 ans	43
2.2.5. Situation traumatique des enfants victimes de la guerre	43
2.2.6. Le traumatisme aujourd'hui	45
CHAPITRE 3: THEORIES EXPLICATIVES DU SUJET	48
3.1. La mentalisation	48
3.1.1. Développement théorique de la mentalisation : La perspective d'Allen (2008).....	48
3.1.1.1. Mode téléologique	49
3.1.1.2. Mode équivalence psychique	49
3.1.1.3. Mode fictif.....	49
3.1.1.4. Mode mentalisant vers cinq ans	50
3.1.1.5. Vers l'âge de six ans et plus	51
3.1.2. Théorie de Pierre Marty sur la mentalisation	51
3.2. Les approches théoriques du traumatisme	53
3.2.1. Les approches freudiennes du traumatisme	53
3.2.2. Le développement théorique de René Roussillon	55
3.2.3. Approche phénoménologique du traumatisme	56
3.2.3.1. Louis Crocq et le traumatisme.....	57
3.2.3.2. Crocq et la souffrance morale comme nouveau paradigme	58
DEUXIEME PARTIE: CADRE OPERATOIRE.....	60
CHAPITRE 4 : METHODOLOGIE DE L'ETUDE	61
4.1. Rappel du problème.....	61
4.2. Rappel des hypothèses.....	61
4.2.1. Rappel de l'hypothèse générale.....	61
4.2.2. Rappel des hypothèses de recherche	61
4.3. Type de recherche ou de l'étude.....	62
4.4. Site de l'étude	63
4.4.1. Présentation sommaire de la ville de Yokadouma.....	63
4.4.1.1. Localisation de la Commune	63
4.4.1.2. Milieu biophysique	63
4.4.1.3. Milieu Humain.....	63
4.4.2. Présentation du champ de l'étude	64
4.4.2.1. Historique et informations géographiques du site des réfugiés de Ngarisingo	64
4.4.2.2. Organisation et fonctionnement du site des réfugiés de Ngarisingo	65
4.4.3. Justification du choix du champ de l'étude	66
4.4.4. Population d'étude	66

4.4.5. <i>Technique d'échantillonnage</i>	67
4.4.6. <i>Echantillon sélectionné</i>	67
4.5. Instruments de collecte des données	68
4.5.1. <i>Choix des instruments</i>	68
4.5.2. <i>Présentation des instruments</i>	69
4.5.2.1. <i>L'entretien clinique</i>	69
4.5.2.2. <i>Les épreuves projectives</i>	70
4.5.2.3. <i>Le Social stories test (Sharp et al., 2007)</i>	70
4.5.2.4. <i>La présentation du Trauma Symptom Inventory (TSI)</i>	71
4.6. La démarche de collecte des données	75
4.6.1 <i>La pré enquête</i>	75
4.6.2. <i>L'enquête</i>	75
4.6.3. <i>Modèle d'analyse des données</i>	76
4.3.6.1. <i>Les techniques d'analyse</i>	76
4.3.6.2. <i>L'analyse de contenu de l'étude</i>	77
CHAPITRE V : PRESENTATION ET ANALYSE DES RESULTATS	78
5.1. Présentation du cas 1	78
5.2. Présentation du cas 2	79
5.3. Présentation du cas 3	80
5.4. Présentation du cas 4	81
5.5. Présentation du cas 5	82
5.6. Présentation du cas 6	83
5.7. Présentation du cas 7	84
5.8. Présentation du cas 8	85
5.9. Présentation du cas 9	86
5.10. Présentation du cas 10	88
CHAPITRE VI : INTERPRETATION DES RESULTATS	95
6.1. Interprétation et discussion de l'hypothèse de recherche n°1	95
6.2. Interprétation et discussion de l'hypothèse de recherche n°2.....	97
6.3. Interprétation et discussion de l'hypothèse de recherche n°3.....	99
CONCLUSION GENERALE ET RECOMMANDATIONS	102
CONCLUSION GENERALE	103
RECOMMANDATIONS	105
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	107
TABLE DES MATIERES	118