

UNIVERSITE FELIX HOUPHOUËT-BOIGNY D'ABIDJAN-COCODY



UFR CRIMINOLOGIE

THESE DE DOCTORAT UNIQUE EN CRIMINOLOGIE

Option : Psychologie Criminelle

**IMPACT PSYCHO-SOCIAL DU
CONFLIT ARME DU 19 SEPTEMBRE
2002 SUR DES ADOLESCENTS EN
CÔTE D'IVOIRE**

Soutenue publiquement le 11 Juillet 2013 à l'UFHB

par

SAHI SALIA RENE

Directeur de Thèse :

Monsieur Raymond K. KESSIE, Maître de Conférences de Psychologie

MEMBRES DU JURY

Président : M. Alain SISSOKO, Professeur Titulaire de Sociologie

Co-directeur : M. Opadou KOUDOU, Professeur Titulaire de Psychologie

Examineurs : M. François-Joseph AZOH, Maître de Conférences de Psychologie

M. Jean-Baptiste GBONGUE, Maître de Conférences de Sciences de
l'Education

UNIVERSITE FELIX HOUPHOUËT-BOIGNY D'ABIDJAN-COCODY



UFR CRIMINOLOGIE

THESE DE DOCTORAT UNIQUE EN CRIMINOLOGIE

Option : Psychologie Criminelle

**IMPACT PSYCHO-SOCIAL DU
CONFLIT ARME DU 19 SEPTEMBRE
2002 SUR DES ADOLESCENTS EN
CÔTE D'IVOIRE**

SAHI SALIA RENE

Directeur de Thèse :

**M. RAYMOND
KOUDOU KESSIE,**
Maître de Conférences de
Psychologie

Codirecteur de la Thèse :

M. OPADOU KOUDOU,
Professeur Titulaire de
Psychologie

SOMMAIRE

LISTE DES TABLEAUX	IV
LISTE DES DESSINS ET DES FIGURES	IX
SIGLES ET ABREVIATIONS	X
DEDICACE	XIII
REMERCIEMENTS	XIV
AVANT-PROPOS	XVI
INTRODUCTION GENERALE.....	1
<u>PREMIÈRE PARTIE : CADRE THÉORIQUE ET METHODOLOGIQUE</u>	6
<u>CHAPITRE I</u> : CADRE THEORIQUE.....	7
<u>CHAPITRE II</u> : CADRE METHODOLOGIQUE.....	106
CONCLUSION PARTIELLE.....	128
<u>DEUXIÈME PARTIE : PRESENTATION, ANALYSE ET INTERPRETATION DES</u> <u>RÉSULTATS</u>	129
<u>CHAPITRE I</u> : PRESENTATION DES CAS ET DES RESULTATS	130
<u>CHAPITRE II</u> : DEVENIR PSYCHO-SOCIAL D'ADOLESCENTS IVOIRIENS APRES LES TRAUMATISMES DE GUERRE.....	226
CONCLUSION PARTIELLE.....	311
<u>TROISIEME PARTIE : DISCUSSION ET PROPOSITIONS DE MESURES</u>	312
<u>CHAPITRE I</u> : SYNTHÈSE ET DISCUSSION.....	313
<u>CHAPITRE II</u> : RECOMMANDATIONS.....	361
CONCLUSION PARTIELLE.....	381
CONCLUSION GENERALE.....	382
BIBLIOGRAPHIE	396
ANNEXES	410
TABLE DES MATIERES	422

LISTE DES TABLEAUX

TABLEAU 1:	Tableau récapitulatif et comparatif de la réalité clinique, DSM IV et échelle ALFEST.....	56
TABLEAU 2:	Définition et critères du PTSD chez l'enfant et l'adolescent dans le DSM IV.....	58
TABLEAU 3:	Tableau de la structure clinique des syndromes psychotraumatiques (Jolly, 2002).....	63
TABLEAU 4:	Correspondances et différences entre syndrome psychotraumatique et état de stress post-traumatique (Crocq, 2007).....	64
TABLEAU 5:	Tableau synoptique de l'hypothèse opérationnelle 1.....	103
TABLEAU 6:	Tableau synoptique de l'hypothèse opérationnelle 2.....	104
TABLEAU 7:	Tableau synoptique de l'hypothèse opérationnelle 3.....	105
TABLEAU 8:	Tableau de présentation des membres de l'entourage des adolescents affectés par la guerre.....	109
TABLEAU 9:	Tableau d'identification simplifiée des personnes ressources.....	109
TABLEAU 10:	Correction de test de Dina pour les notes obtenues en facteurs de premier ordre.....	132
TABLEAU 11:	Tableau graphique du profil de personnalité de Dina.....	133
TABLEAU 12:	Calcul des notes standards obtenus par Dina aux facteurs globaux.....	137
TABLEAU 13:	Symptômes présentés par Dina tels que relevés à ODAFEM.....	141
TABLEAU 14:	Résultats du test d'inventaire-échelle administré à Dina.....	142

TABLEAU 15:	Correction de test d'Ismaël pour les notes obtenues en facteurs de premier ordre.....	146
TABLEAU 16:	Tableau graphique du profil de personnalité d'Ismaël	147
TABLEAU 17:	Calcul des notes standards obtenues par Ismaël aux facteurs globaux.....	151
TABLEAU 18:	Symptômes présentés par Ismaël tels que relevés à ODAFEM.....	154
TABLEAU 19:	Résultats du test d'inventaire-échelle administré à Ismaël.....	155
TABLEAU 20:	Correction de test de Boris pour les notes obtenues en facteurs de premier ordre.....	158
TABLEAU 21:	Tableau graphique du profil de personnalité de Boris	159
TABLEAU 22:	Calcul des notes standards obtenues par Boris aux facteurs globaux.....	162
TABLEAU 23:	Symptômes présentés par Boris tels que relevés à ODAFEM.....	166
TABLEAU 24:	Résultats du test d'inventaire-échelle administré à Boris.....	167
TABLEAU 25:	Correction de test de Léon pour les notes obtenues en facteurs de premier ordre.....	172
TABLEAU 26:	Tableau graphique du profil de personnalité de Léon	173
TABLEAU 27:	Calcul des notes standards obtenues par Léon aux facteurs globaux.....	177
TABLEAU 28:	Symptômes présentés par Léon tels que relevés à ODAFEM.....	180
TABLEAU 29:	Résultats du test d'inventaire-échelle administré à Léon	181

TABLEAU 30:	Correction de test de Safira pour les notes obtenues en facteurs de premier ordre.....	185
TABLEAU 31:	Tableau graphique du profil de personnalité de Safira	186
TABLEAU 32:	Calcul des notes standards obtenues par Safira aux facteurs globaux.....	190
TABLEAU 33:	Symptômes présentés par Safira tels que relevés à ODAFEM.....	193
TABLEAU 34:	Résultats du test d'inventaire-échelle administré à Safira	194
TABLEAU 35:	Correction de test de Marthe pour les notes obtenues en facteurs de premier ordre.....	197
TABLEAU 36:	Tableau graphique du profil de personnalité de Marthe	198
TABLEAU 37:	Calcul des notes standards obtenues par Marthe aux facteurs globaux.....	201
TABLEAU 38:	Symptômes présentés par Marthe tels que relevés à ODAFEM.....	204
TABLEAU 39:	Résultats du test d'inventaire-échelle administré à Marthe.....	205
TABLEAU 40:	Correction de test d'Eliot pour les notes obtenues en facteurs de premier ordre.....	208
TABLEAU 41:	Tableau graphique du profil de personnalité d'Eliot	209
TABLEAU 42:	Calcul des notes standards obtenues par Eliot aux facteurs globaux.....	213
TABLEAU 43:	Symptômes présentés par Eliot tels que relevés à ODAFEM.....	215
TABLEAU 44:	Résultats du test d'inventaire-échelle administré à Eliot	216

TABLEAU 45: Correction de test d'Amnon pour les notes obtenues en facteurs de premier ordre.....	221
TABLEAU 46: Tableau graphique du profil de personnalité d'Amnon	222
TABLEAU 47: Calcul des notes standards obtenues par Amnon aux facteurs globaux.....	225
TABLEAU 48: Symptômes présentés par Amnon tels que relevés à ODAFEM.....	228
TABLEAU 49: Résultats du test d'inventaire-échelle administré à Amnon.....	229
TABLEAU 50: Correction de test de Rosine pour les notes obtenues en facteurs de premier ordre.....	233
TABLEAU 51: Tableau graphique du profil de personnalité de Rosine	234
TABLEAU 52: Calcul des notes standards obtenues par Rosine aux facteurs globaux.....	237
TABLEAU 53: Symptômes présentés par Rosine tels que relevés à ODAFEM.....	240
TABLEAU 54: Résultats du test d'inventaire-échelle administré à Rosine.....	241
TABLEAU 55: Correction de test de Gertrude pour les notes obtenues en facteurs de premier ordre.....	244
TABLEAU 56: Tableau graphique du profil de personnalité de Gertrude	245
TABLEAU 57: Calcul des notes standards obtenues par Gertrude aux facteurs globaux.....	249
TABLEAU 58: Symptômes présentés par Gertrude tels que relevés à ODAFEM.....	251
TABLEAU 59: Résultats du test d'inventaire-échelle administré à Gertrude.....	252

TABLEAU 60:	Correction de test de Pierre pour les notes obtenues en facteurs de premier ordre.....	255
TABLEAU 61:	Tableau graphique du profil de personnalité de Pierre	256
TABLEAU 62:	Calcul des notes standards obtenues par Pierre aux facteurs globaux.....	260
TABLEAU 63:	Symptômes présentés par Pierre tels que relevés à ODAFEM.....	262
TABLEAU 64:	Résultats du test d'inventaire-échelle administré à Pierre.....	263

LISTE DES DESSINS ET DES FIGURES

DESSINS

DESSIN 1:	Dessin de famille réalisé par Dina.....	138
DESSIN 2:	Dessin de famille réalisé par Ismaël.....	152
DESSIN 3:	Dessin de famille réalisé par Boris.....	163
DESSIN 4:	Dessin de famille réalisé par Léon.....	178
DESSIN 5:	Dessin de famille réalisé par Safira.....	191
DESSIN 6:	Dessin de famille réalisé par Marthe.....	202
DESSIN 7:	Dessin de famille réalisé par Eliot.....	214
DESSIN 8:	Dessin de famille réalisé par Amnon.....	226
DESSIN 9:	Dessin de famille réalisé par Rosine.....	238
DESSIN 10:	Dessin de famille réalisé par Gertrude.....	250
DESSIN 11:	Dessin de famille réalisé par Pierre.....	269

FIGURES

FIGURE 1:	Etapes du processus de la résilience humaine.....	88
FIGURE 2:	Trajectoires de vie d'adolescents confrontés aux traumatismes du conflit armé du 19 septembre 2002 en CI.....	309
FIGURE 3:	« Casita », Vanistendaël (1996).....	355

SIGLES ET ABBREVIATIONS

Les sigles et les abréviations ci-dessous doivent être compris comme suit:

AGR:	Activités Génératrices de Revenus.
ALFEST:	Association de Langue Française pour l'Etude du Stress et du Trauma.
APA:	American Psychiatric Association (Association Psychiatrique Américaine).
ARV:	Anti Retro Viraux.
BICE :	Bureau International Catholique de l'Enfance.
CAFOP :	Centre d'Animation et de Formation Pédagogique.
CAPPS:	Centre d'Assistance et de Prise en charge Psychosociale.
CDE :	Convention internationale pour le Droit de l'Enfant.
CE1 :	Cours Elémentaire première année.
CE2 :	Cours Elémentaire deuxième année.
CEDEAO:	Communauté Economique Des Etats de l'Afrique de l'Ouest.
CEMA :	Chef d'Etat-major des Armées.
CFA:	Communauté Financière d'Afrique.
CI :	Côte d'Ivoire.
CICR :	Comité International de la Croix-Rouge.
CIM:	Classification Internationale des Maladies Mentales.
CM1 :	Cours Moyen première année.
CM2 :	Cours Moyen deuxième année.
CNO:	Centre Nord et Ouest.
CODESRIA:	Conseil pour le Développement de Recherche en Sciences Sociales en Afrique.
COLL.:	Collaborateurs.
COL.:	Collection.
CPI:	Cour Pénale Internationale.
CP1:	Cours Préparatoire première année.
CSAH:	Cellule Solidarité et Action Humanitaire.
CTO:	Centre de Transit et d'Oriantation.
DIDH:	Droit International des Droits de l'Homme.

DIH:	Droit International Humanitaire.
Dir.:	Sous la direction de.
DSM:	Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders. (Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux).
DSRP:	Document Stratégique pour la Réduction de la Pauvreté.
ED.:	Edition (s).
EDUCI:	Editions Universitaires de Côte d'Ivoire.
ESA:	Etat de Stress Aigu.
ESPT:	Etat de Stress Post-Traumatique.
ET AL. :	Et alii (et autres).
ETC. :	Et cætera.
FANCI:	Forces Armées Nationales de Côte d'Ivoire.
FDS :	Forces de Défense et de Sécurité.
FASAF:	Réseau Famille et Scolarisation en Afrique.
FMI:	Fonds Monétaire International.
FN:	Forces Nouvelles.
FNUAP:	Fonds des Nations Unies pour la population.
FPI:	Front Populaire Ivoirien.
GRIP:	Groupe de Recherche et d'Information sur la Paix et la Sécurité.
IFI:	Institutions Financières Internationales.
ISTSS:	International Society for Traumatic Stress Studies, en français, société internationale pour les études sur le stress traumatique.
IUED:	Institut Universitaire d'Etudes du Développement.
JIDV:	Journal International De Victimologie.
MJP:	Mouvement pour la Justice et la Paix.
MPCI:	Mouvement Patriotique de Côte d'Ivoire.
MPIGO:	Mouvement Populaire Ivoirien du Grand Ouest.
MSF:	Médecins Sans Frontière.
MSVG:	Ministère de la Solidarité et des Victimes de Guerre.
N°:	Numéro.
N.B.:	Nota Bene.
ODAFEM:	Organisation pour le Développement des Activités de Femmes.

OIT:	Organisation Internationale du Travail.
OMS:	Organisation Mondiale de la Santé.
ONG:	Organisation Non Gouvernementale.
ONU:	Organisation des Nations Unies.
ONUCI:	Opérations des Nations Unies en Côte d'Ivoire.
OP. CIT.:	Opere Citato
PAS :	Programme d'Ajustement Structurel.
PDR :	Programme de Démobilisation et de Réinsertion.
PF (16) :	Personality Factors, en français facteurs de personnalité.
PNSM :	Programme National de la Santé Mentale.
PR :	Personnes Ressources.
PUA :	Presse Universitaire d'Abidjan.
PUCI :	Presse Universitaire de Côte d'Ivoire.
PUF:	Presse Universitaire Française.
R.:	Revised, en français Révisé.
RAC:	Revue Africaine de Criminologie.
RDC:	République Démocratique du Congo.
RISS:	Revue Internationale des Sciences Sociales.
ROCARE:	Réseau Ouest et Centre Africain de Recherche en Education.
SIDA:	Syndrome d'Immunodéficience Acquise.
SSPT:	Syndrome de Stress Post-Traumatique.
TSPT:	Trouble de Stress Post-Traumatique.
UEMOA:	Union Economique et Monétaire Ouest-Africaine.
UFR:	Unité de Formation et de Recherche.
UNESCO:	Organisation des Nations Unies pour l'Education et la Culture.
UNICEF:	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance.
VD:	Variable Dépendante.
VI:	Variable Indépendante.
VIH:	Virus d'Immunodéficience Humaine.
VInt. :	Variable Intermédiaire.
VOL.:	Volume.

DEDICACE

A Monsieur Kouassi Kouamé Josué ainsi qu'à son épouse et complice de tous les jours, Kouassi née Koffi Elisabeth, je dédie ce travail. Après le décès de mon géniteur en première année universitaire, ils m'ont soutenu et ont été pour moi comme des parents adoptifs, ne me distinguant pas de leur progéniture. Ils n'ont pas lésiné sur leurs moyens pour répondre à mes attentes.

Pour la réalisation d'une telle œuvre de l'esprit, on a le plus souvent besoin d'un environnement serein, bienveillant et stimulant intellectuellement. Mon oncle Yao Kouakou et son épouse Yao née Kouamé Solange, m'ont offert ce cadre propice à l'élaboration intellectuelle. Ils m'ont accueilli chez eux depuis la première année universitaire jusqu'à ce moment et m'ont toujours mis dans les meilleures conditions d'études et de travail. Je les remercierai jamais assez de m'avoir soutenu tout au long de mon cursus universitaire et leur dédie cette thèse.

A toute ma famille : ma mère, veuve Sahi née Kouakou Amina ; mes frères et sœurs (Abdond, Olivier, Marcel, Odette, Charlotte et Joël), j'adresse mes remerciements pour leur soutien affectueux, leurs encouragements et leurs prières permanentes.

De façon singulière à mon aîné Sahi Tiha Marcel. Il a pris la décision de surseoir à ses études doctorales pour financer mon projet de recherche. Grand frère, les sacrifices que tu as consentis à mon égard n'ont pas été vains et cette thèse t'est chaleureusement dédiée.

Francine, ma fiancée et mon amie, ta présence et ton soutien affectueux pour moi sont d'un grand réconfort. Ta compréhension et surtout ta patience de tous les jours m'ont permis de travailler dans la sérénité, d'avancer et de surmonter les moments d'incertitude. Je te dédie cette thèse.

REMERCIEMENTS

La réalisation de la présente thèse a été possible grâce à la contribution, à l'aide et aux encouragements de nombreuses personnes que nous tenons à remercier.

Nous remercions de façon particulière Monsieur **Alain Sissoko**, Professeur Titulaire de Sociologie, Doyen de l'UFR Criminologie. Ses efforts constants et son engagement sans cesse pour la recherche ont permis l'ouverture du 3^e cycle de recherche en Criminologie. Nous avons donc pu mener des études doctorales, en partie, grâce à lui, car il n'a eu de cesse de nous encourager à faire la recherche. Cette thèse est donc un des produits de son investissement.

Nous tenons à remercier très chaleureusement Monsieur **Raymond Koudou Kessié**, Maître de Conférences de Psychologie qui a dirigé cette thèse de doctorat unique. Il nous a donné le goût de la recherche et nous a enseigné la rigueur scientifique qui nous sera indispensable dans une carrière de chercheur.

Nos sincères remerciements s'adressent au Monsieur **Koudou Opadou**, Professeur Titulaire de Psychologie, qui a codirigé ce travail de doctorat. Sa disponibilité, la richesse de ses remarques et de ses suggestions nous ont été précieuses. Il est pour nous un modèle, car l'enthousiasme contagieux avec lequel il travaille, la confiance qu'il nous a accordée et ses incessants encouragements demeurent pour nous une incitation permanente et une stimulation à pousser, au-delà des limites du moment, nos réflexions théoriques et pratiques. Nous lui serons toujours reconnaissant.

Nous tenons à exprimer notre reconnaissance à Monsieur **Azoh François-Joseph**, Maître de Conférences de Psychologie, pour ses remarques, ses critiques et ses suggestions lors de l'instruction de cette Thèse. Vos apports ont incontestablement contribué à l'amélioration de notre travail.

Qu'il nous soit aussi permis de remercier Monsieur **Gbongué Jean-Baptiste**, Maître de Conférences de Psychologie, pour le temps qu'il a consacré à l'instruction de la présente thèse malgré ses nombreuses occupations.

Nous sommes reconnaissant aux directeurs des différentes structures qui nous ont accordé leur confiance en nous permettant de travailler avec eux. Ce sont Monsieur Gahié Thomas pour le CAPPs et Monsieur Doua pour ODAFEM. Merci également à leurs collaborateurs respectifs pour leur accueil, leur grande disponibilité et leur soutien.

Nous n'oublions pas toutes les personnes qui ont participé à cette recherche en acceptant de nous livrer leurs expériences et opinions. Nous leur disons merci.

Nous adressons nos remerciements à tous les enseignants que nous avons rencontrés pendant toutes nos études scolaires : primaires, secondaires et supérieurs.

Nous avons pris beaucoup de plaisir à travailler avec le Docteur Assié Boni Jean-Baptiste. Nous le remercions de nous avoir aidé dans l'interprétation des dessins de famille.

Plusieurs personnes ont accepté de lire le manuscrit du présent travail et nous leur disons infiniment merci. Nous pensons respectivement à Dr. Akadjé Mathieu, Maître-Assistant à l'UFR Criminologie, à Dr. Kéhi Joachim, Assistant à l'UFR des Lettres de l'Université de Bouaké ; à M. Brou Nazaire, étudiant en Lettres Modernes à l'Université de Cocody.

A tous les membres de notre communauté religieuse, nous témoignons notre infinie gratitude pour leurs incessantes prières et leurs aides de diverses natures.

A tout le personnel enseignant et administratif de l'UFR Criminologie, nous lui assurons notre reconnaissance.

A tous les condisciples et amis de la 5^e promotion des études doctorales, merci pour tout ce que nous avons partagé ensemble.

A toutes les personnes qui, de près ou de loin, ont contribué diversement à ce travail, nous les remercions sincèrement et les prions de trouver en ces mots l'expression de notre infinie gratitude.

AVANT-PROPOS

L'accès à des études doctorales s'effectue suite à l'obtention d'une maîtrise de recherche. Ces études doctorales donnent, en principe, lieu à la réalisation d'une thèse de recherche. Selon les normes de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique, la thèse est un travail qui couronne la fin du troisième cycle universitaire. Ce troisième cycle est généralement une formation par et pour la recherche qui comporte, dans le cadre des formations doctorales, la réalisation individuelle d'un travail scientifique, c'est-à-dire la rédaction puis la soutenance publique d'un mémoire appelé thèse de doctorat. Le doctorat est, de la sorte, le diplôme universitaire le plus élevé, un titre qui sanctionne une expérience de recherche. Les formations doctorales sont le lieu où nous faisons nos premières armes en tant que doctorant, chercheur débutant. La présente étude s'inscrit dans ce cadre spécifique, pour l'obtention du grade de docteur.

Si le doctorat en sciences sociales, par exemple, est l'issue d'un cursus universitaire débuté depuis le premier cycle, il n'en demeure pas moins qu'il est le commencement d'une carrière de chercheur. Le titulaire du doctorat de recherche est donc un chercheur débutant qui entreprend le lent mais exaltant voyage de l'exploration scientifique. Pour nous donc, la recherche scientifique est un cheminement long, progressif et continuellement inachevé de l'accès au savoir, à la connaissance.

INTRODUCTION GENERALE

Nos sociétés, aujourd'hui, sont confrontées à des problématiques sociales infantiles de plus en plus complexes, multiples et diverses. En effet, à travers le monde, les enfants et les adolescents sont confrontés à divers problèmes qui minent leur quotidien. Ils sont exposés à toutes les formes d'abus, d'atteintes et de violences, car les crises dans les différentes sphères de la vie sociétale (politique, économique, éducative, institutionnelle et sociale) sont lourdes de conséquences. Ces situations révèlent une réalité qui se présente sous des formes et des aspects divers et nombreux, regroupant : les enfants de la rue, les enfants dans la rue, le trafic et l'exploitation économique des enfants, les enfants et adolescents orphelins victimes du SIDA, etc.

En plus de ce tableau, de nos jours, force est de constater que la fréquence des conflits armés dans le monde a fait apparaître le phénomène des enfants victimes de guerre. Cette frange de la population est constituée des enfants et des adolescents déplacés, des enfants et adolescents réfugiés, des enfants seuls et non accompagnés, des enfants soldats, etc.

En effet, autrefois, excepté la conscription⁽¹⁾, la guerre ne s'appliquait pas aux civils. En sus, en ces temps-là, les affrontements opposaient les troupes belligérantes manœuvrant en rang, dans les tranchées, et ce, loin des zones à forte concentration de population.

Par contre maintenant, quelles que soient leurs natures (civiles ou entre Etats), les guerres modernes ont revêtu un caractère particulier et commun par le fait même qu'elles nous offrent « *la caractéristique odieuse des hécatombes civiles* » (Monestier, 1998), les civils étant parmi les éléments constitutifs de la barbarie humaine les plus importants. De manière globale, « *on peut donner la fin de la première guerre mondiale comme la période à partir de laquelle les civils commencèrent à payer un tribut significatif. Entre 1914 et 1918, le nombre des victimes civiles oscille entre 5 et 10% des pertes totales. Au cours de la Seconde Guerre, ce taux s'élève à 50%. Durant la seconde moitié de notre siècle, on assiste à une progression alarmante avec une bascule complète des tendances. Désormais, la plupart des conflits engendrent plus de victimes civiles que militaires.* » (Monestier, op. cit.)

Tous les continents sont touchés par la guerre. Cependant, beaucoup plus que les autres, l'Afrique est déchirée par divers conflits armés. L'histoire de ce continent est faite de ruptures, de bouleversements et est surtout émaillée de nombreux conflits armés qui la

¹La conscription est l' « *inscription, sur les rôles de l'armée, des jeunes gens atteignant l'âge légal pour le service militaire.* » (Dictionnaire Le Nouveau Petit Robert, 1995, 446).

défigurent et la fragilisent (Kuengienda, 2008). Au nombre des pays africains sinistrés par ce phénomène, figure aujourd'hui la Côte d'Ivoire.

Autrefois, ce pays était considéré comme une référence économique et un modèle de stabilité politique et sociale. En effet, à partir de 1960, date de son accession à l'indépendance, la Côte d'Ivoire connaît, grâce au revenu de son agriculture, un développement hardi et fécond qui la hisse, sur le plan économique, à la tête des Etats de l'Afrique de l'ouest. Les transformations positives de l'économie ivoirienne sont spectaculaires dans tous les domaines : infrastructures, industrie, commerce et finance. Dans la décennie 70-80, la Côte d'Ivoire connaît un « boom économique ». On parle alors du « miracle ivoirien ».

La stabilité politique fondée sur le système de parti unique, ainsi que la production et l'exportation du binôme café-cacao ont été les piliers sur lesquels a reposé cette croissance économique spectaculaire. Cependant, dès les années 1980, l'économie stagne. La croissance économique ivoirienne a commencé à montrer des signes d'essoufflement, conséquence de la dégradation des termes de l'échange avec l'extérieur, de l'accroissement des dettes de l'État et d'erreurs de gestion. Le marasme économique était ainsi perceptible et visible. Dès lors, les institutions de Breton-Woods, le duo Banque Mondiale et Fonds Monétaire International (FMI), font leur entrée sur la scène ivoirienne à travers l'imposition de Programmes d'Ajustement Structurel (PAS). Ces programmes mis en place par ces partenaires extérieurs ont conduit à l'adoption de mesures drastiques et austères de restriction budgétaire et de redressement économique par le gouvernement. Ils ont entraîné de nombreuses pertes d'emploi tant dans l'administration publique que dans le secteur privé. Suites aux conditionnalités imposées par ces Institutions Financières Internationales (IFI) à travers les Programmes d'Ajustement Structurel (PAS), les possibilités financières de l'Etat ivoirien se sont, de ce fait, amenuisées et le gouvernement a été dans la contrainte de se dégager de certaines charges et obligations sociales, en l'occurrence celles liées au logement, à la création d'emploi et à l'investissement. Ce resserrement des contraintes économiques a eu des incidences négatives sur des ménages, plongeant d'importantes franges de la population dans le dénuement et la précarité. Ces mesures ont été sans grand succès. Dès les années 1990, cette récession économique a été à l'origine des premières manifestations de masse à visée revendicatrice. (Biaya 2002 ; Gramizzi, et Damian, 2003 ; Conte, 2005). Ainsi le « miracle ivoirien » des années 1970 se mua en « mirage économique ». Le système du parti unique, jadis pilier de la croissance économique, est décrié, et l'appel à l'instauration du

multipartisme, "gage de démocratie et de bonne gouvernance", est lancé. En 1990, le pays traverse, outre la crise économique survenue à la fin des années 1970 et qui perdure, des périodes de turbulence aux plans social et politique. Les problèmes ont connu une recrudescence à la mort, en 1993, de Félix Houphouët-Boigny, premier président de ce pays.

En 1999, un coup d'Etat ⁽¹⁾ militaire destitue le Président Bédié. En dépit de l'adoption d'une nouvelle constitution et l'organisation d'une élection présidentielle qui, en 2000, porte au pouvoir Laurent Gbagbo, les tensions sociales et politiques ne s'apaisent guère. Dans cette situation délétère, une crise militaro-politique survient le 19 septembre 2002.

En effet, profitant d'une visite officielle du Président Gbagbo à Rome, des soldats déserteurs ⁽²⁾ appuyés par des mercenaires étrangers ont voulu renverser le régime FPI. Ces insurgés ont lancé l'offensive concomitamment dans les villes d'Abidjan, Bouaké ⁽³⁾ et Korhogo ⁽⁴⁾. L'attaque de ces individus puissamment armés a visé des sites d'importance stratégique ainsi que des objectifs militaires. Ainsi des casernes, des armureries, les écoles nationales de gendarmerie et de police, mais aussi des domiciles de personnalités militaires et politiques ont été simultanément attaqués à l'arme lourde.

Malgré l'âpreté et la rudesse des combats qui ont conduit à des pertes en vie humaine dans leur rang, les FANCI ⁽⁵⁾ réussissent à repousser l'attaque en dehors d'Abidjan. Les insurgés échouent dans leur tentative en ce qui concerne Abidjan mais sont victorieux dans les deux autres villes, situées respectivement dans le centre et le nord du pays. Ces hommes armés battent donc en retraite, se replient dans la partie nord du pays et réussissent à faire de Bouaké leur fief.

Dans les semaines qui suivent la tentative de renversement du pouvoir d'Abidjan, les insurgés essayent d'étendre leur zone d'influence à travers la conquête de nouvelles localités

¹Le coup d'Etat est la conquête ou la tentative de conquête du pouvoir par des moyens illégaux inconstitutionnels (Dictionnaire Le Nouveau Petit Robert). Pour M. KUENGIENDA (2008, 17), « *le coup d'Etat s'analyse en un changement de gouvernants opéré, hors des procédures constitutionnelles en vigueur, par une action entreprise au sein même de l'Etat au niveau de ses dirigeants ou de ses agents* ».

²Des militaires ivoiriens, auteurs présumés d'une tentative de coup orchestré dans la nuit du 18 au 19 septembre 2002, avaient auparavant déserté l'armée pour se réfugier au Burkina Faso.

³Une des principales villes du pays, située au centre de la CI à environ 379 km d'Abidjan et 113 km de Yamoussoukro, capitale politique de la Côte d'Ivoire.

⁴Une des principales villes du pays, située au nord de la CI à environ 634 km d'Abidjan et 368 km de Yamoussoukro, capitale politique de la Côte d'Ivoire.

⁵FANCI est l'abréviation de Forces Armées Nationales de Côte d'Ivoire.

⁽¹⁾. Leur ambition rencontre une opposition frontale des forces restées loyales au pouvoir. Cette situation est à l'origine de violents combats et d'exactions diverses sur les populations civiles. En dépit de l'opposition des FANCI, les insurgés réussissent à prendre et garder le contrôle de plusieurs localités de la zone Centre Nord et Ouest (CNO) dont Bouna ⁽²⁾, Séguéla ⁽³⁾, Odienné ⁽⁴⁾ et Man ⁽⁵⁾ et prennent plus tard la dénomination de « Forces Nouvelles ⁽⁶⁾ ». Ainsi donc, la tentative de coup d'Etat se mue en une rébellion armée avec la partition du pays en deux (2) zones. Les deux (2) parties sont séparées par une zone de confiance contrôlée par des soldats internationaux appelés force tampon, dont des casques bleus de l'ONUCI ⁽⁷⁾ et des soldats français de la *Licorne* ⁽⁸⁾, placés en interposition entre les belligérants.

L'occurrence de la crise militaro-politique du 19 Septembre 2002 en Côte d'Ivoire a exercé un effet brutal et dévastateur sur les enfants. Ainsi, pris dans la tourmente du conflit armé, ces individus ont, pour certains, vécu des événements émotionnellement et psychologiquement effroyables. Même lorsqu'ils ne sont pas directement victimes, des enfants et des adolescents sont profondément affectés par l'ampleur des difficultés qui assaillent les adultes qui s'occupent d'eux.

Les incidences de ces événements, souvent, se prolongent dans la vie des individus durant des semaines, des mois, voire des années. C'est pourquoi, il est admis que la guerre constitue une menace certaine et grave pour les individus, à la fois dans leur intégrité physique à court terme, ainsi que dans leurs structures mentales et leur fonctionnement psychosocial à long terme. Ce qui signifie que des personnes qui ont vécu l'univers de la guerre en sortent avec des expériences traumatiques. Malgré les situations et les menaces déstabilisantes et

¹Il y eut des affrontements pour le contrôle des villes de Bouaké le 6 et 7 octobre 2002, de Daloa, du 13 au 16 octobre de la même année. A cette liste aussi s'ajoutent Man, Grabo, Korhogo, Didiévi, Bondoukou.

²Ville située au nord-est de la CI à environ 604 km d'Abidjan et 482 km de Yamoussoukro.

³Ville située au centre-ouest de la CI à environ 516 km d'Abidjan et 250 km de Yamoussoukro.

⁴Ville située au nord-ouest de la CI à environ 771 km d'Abidjan et 505 km de Yamoussoukro.

⁵Une des principales villes du pays, située à l'ouest de la CI à environ 578 km d'Abidjan et 350 km de Yamoussoukro.

⁶Le 22 décembre 2002, les représentants des trois (3) factions rebelles signent un accord. Ces mouvements rebelles acceptent de fusionner et de créer les forces nouvelles, mais revendiquant chacun son autonomie.

⁷ONUCI signifie Opération des Nations Unies en Côte d'Ivoire

⁸Nom donné à l'opération de l'armée française en Côte d'Ivoire.

perturbatrices, des sujets arrivent à surmonter leur traumatisme psychologique pour s'engager dans un processus de résilience.

L'estimation d'une part de l'adversité des faits de guerre sur la vie des enfants et, d'autre part des différentes réactions de ces derniers face aux événements potentiellement traumatiques justifient tout l'intérêt que nous portons au processus de traumatisation et surtout à son impact à long terme sur ces sujets. C'est pourquoi la présente étude intitulée « *Impact psycho-social du conflit armé du 19 septembre 2002 sur des adolescents en Côte d'Ivoire* » est au cœur de nos réflexions.

L'élaboration de ce travail est forgée par l'idée d'établir un lien entre traumatismes psychiques, résilience ainsi que approche psycho-sociale, et de mettre en évidence les interactions entre ces différents concepts.

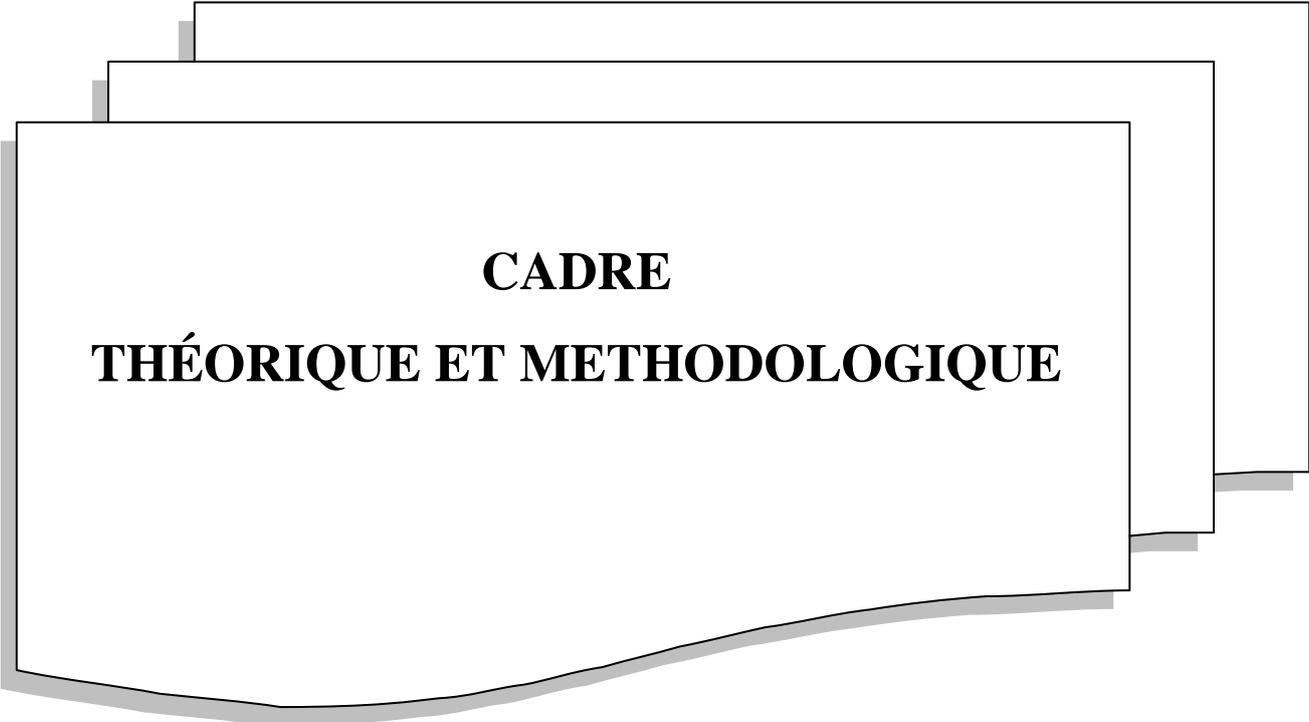
Trois parties structurent ce travail :

La première partie, à vocation essentiellement théorique et méthodologique, présente d'une part la problématique de notre étude et d'autre part la démarche scientifique adoptée pour atteindre les objectifs que nous nous sommes fixés.

La seconde partie est la présentation des résultats. Elle fait un diagnostic de la situation des adolescents, les problèmes psychopathologiques et psychosociaux que connaissent les sujets victimisés par la guerre, mais aussi les aptitudes qu'ont d'autres à ne pas se fixer sur leurs handicaps, et à se projeter vers l'avenir.

La troisième partie est le lieu où nous confrontons nos résultats à d'autres recherches. Qui plus est, elle est une analyse prospective dans laquelle nous suggérons des pistes de réflexion, en faisant des propositions.

PREMIÈRE PARTIE



**CADRE
THÉORIQUE ET METHODOLOGIQUE**

Cette première partie est constituée de deux (2) chapitres. Le premier chapitre, intitulé "cadre théorique", présente les orientations de l'étude. Le second chapitre, quant à lui, expose les procédés utilisés pour mener la recherche en prenant soin d'en décrire les différentes étapes.

CHAPITRE I : CADRE THEORIQUE

I. JUSTIFICATION DU CHOIX DU SUJET

La présente étude présente une triple motivation : personnelle, sociale et académique.

I.1. Intérêt personnel

L'intérêt que nous avons pour le présent sujet remonte au second semestre de 2006, lorsque nous faisons un stage au centre social de Port-Bouët 2, dans le cadre de la maîtrise. A cette époque, nous menions une étude sur la « *problématique de l'insertion sociale des enfants et des adolescents victimes en Côte d'Ivoire : cas de la commune de Yopougon* », et pour le recueil des données, nous avons été autorisé à mener une enquête dans cette institution publique. Au sein de ladite institution, où nous avons fait presque cinq (5) mois, (de mi-juillet à fin novembre), nous avons participé, auprès des travailleurs sociaux, à la prise en charge psychosociale des déplacés internes de guerre, à travers leur réception, leur écoute, et, au besoin, leur orientation vers des structures spécialisées. C'est pendant ce stage d'études que notre intérêt pour le présent objet d'étude s'est éveillé. En effet, nous avons été invité, un jour, par un assistant social de l'institution à participer à l'écoute d'un adulte d'une cinquantaine d'années qui était l'oncle d'un enfant qui avait souffert de la guerre. Celui-ci nous a raconté les affres qu'avait subies son neveu du fait de la guerre.

Notre interlocuteur a accueilli toutes les vacances scolaires son neveu de onze (11) ans qui a été un brillant élève et dont les parents vivaient à Danané. Cet enfant était, aux dires de son oncle, l'unique enfant d'un couple qui vivait tranquillement et joyeusement dans la paisible cité des 18 montagnes.

Cet homme nous a confié que son neveu était un enfant respectueux et surtout jovial qui était aimé et apprécié de tous les membres de sa maisonnée pour son comportement

exemplaire. Ainsi, après son brillant succès à l'examen du CEPE ⁽¹⁾, son neveu, alors âgé de 11 ans, est venu chez lui à Abidjan à la fin du mois de juillet 2002 pour y passer les vacances comme à l'accoutumée. Après un séjour d'un mois, il a rejoint ses parents, au mois de septembre 2002 pour la reprise des cours. Mais rien ne présageait un scénario catastrophe pour cet enfant et sa famille. Car, selon ce quinquagénaire qui s'est confié à nous, déclenché dans la nuit du 18 au 19 Septembre 2002 à Abidjan et dans diverses localités (Bouaké et Korhogo), le conflit armé qui s'est étendu ensuite à l'ouest du pays a frappé durement la famille du jeune garçon.

Pour la petite histoire, une soldatesque s'en est prise systématiquement aux populations civiles, et la famille du jeune garçon n'a pas été épargnée. Son père aurait été enlevé non sans avoir été auparavant violenté, torturé sous les regards impuissants de son fils et de son épouse. Cette dernière aussi, aurait été victime des avanies de ces hommes en armes, comme si, ces derniers avaient des comptes à régler avec cette famille. Le jeune homme n'aurait rien subi, mais aurait été témoin de toutes ces scènes.

Notre interlocuteur du jour a révélé qu'il a pu revoir son neveu après ces événements grâce à un inconnu qui serait un membre du voisinage de la famille de sa sœur, mère de son neveu. Ce dernier était lui aussi déplacé interne de guerre. Aussi a-t-il souligné que, physiquement, son neveu était affaibli par les longues marches ainsi que les veilles nocturnes, et amaigri à cause des privations de nourriture. Il était arrivé avec seulement un balluchon à la main. Cet enfant, qui, d'ordinaire était gai, taquin et communicatif, était devenu, par la force des événements, introverti, indifférent aux choses qui autrefois le fascinaient. Il avait le regard évasif. Il mangeait à peine et aimait se retirer seul dans un coin de la maison, pleurant ses parents.

Cependant, le séjour de l'infortuné chez lui a été bref, dans la mesure où ce dernier a été pris par sa famille paternelle.

De fait, l'objet de la visite de l'oncle de cet enfant était d'être informé sur les voies de recours pour récupérer son neveu. Mais, des semaines après notre rencontre, le sieur en question est revenu, tout désabusé, nous annoncer le décès du jeune garçon.

Nous avons été particulièrement marqué par cette histoire. La situation de cet enfant de 11 ans dont le cours de la vie a été tragiquement changé par la guerre nous a interrogé. En effet, les questions suivantes n'ont cessé de nous venir et revenir à l'esprit : « *pourquoi, cet*

¹CEPE : Certificat d'Etude Primaire Elémentaire, 1^{er} diplôme obtenu en fin des études primaire dans le système ivoirien d'éducation formelle

enfant qui était gai et communicatif était devenu introverti et refusait tout contact avec un entourage qui lui était ordinairement familier ? Qu'est ce qui se serait passé avec ce jeune garçon s'il était resté avec son oncle, au sein d'une famille qui lui aurait apporté affection et assistance ? Aurait-il connu le même sort ou aurait-il connu un tout autre sort ? » C'est cette histoire et surtout ces questions qui ont fait germer en nous l'idée de recherche.

I.2. Pertinence sociale

L'enfant et l'adolescent d'aujourd'hui sont les adultes de demain. Ils sont le symbole de la perpétuation de toute société. Ainsi donc, on peut d'une certaine manière dire que la société de demain sera le reflet de ce que sont les enfants et les adolescents d'aujourd'hui. Parlant de ce groupe d'individus, Biaya, (2002, 5) a reconnu qu'« *Il est la base sur laquelle se construit l'adulte qu'il sera, le symbole de l'espérance puisqu'il est l'embryon de la femme et de l'homme de demain* ». Mais quand ces enfants et adolescents sont en proie à de graves crises qui menacent leur avenir, c'est tout naturellement l'avenir de la société qui est menacé. Or, en Côte d'Ivoire, le conflit armé du 19 septembre 2002 a affecté l'existence de nombreux enfants et adolescents. Toute chose qui donne à penser que ces sujets victimisés par la guerre ne seront pas demain des acteurs sociaux compétents, aptes à relever le défi d'une société ivoirienne forte et compétitive. Ainsi donc, cette étude, au plan social, a pour but d'attirer l'attention du public, des décideurs politiques et des organisations sur la problématique des enfants affectés par le conflit armé et de réaffirmer par la même occasion la nécessité d'apporter de l'assistance à ces victimes de la guerre. Ce travail pourrait permettre d'organiser l'aide en faveur des enfants affectés par la guerre et pourrait aussi être utile pour décider d'une stratégie d'intervention et d'assistance aux victimes de guerre. Il peut être un instrument de consultation dans l'élaboration d'une politique de réinsertion. En effet, notre étude est en amont de la réinsertion dans la mesure où elle expose les différents problèmes liés à la situation d'enfants et adolescents victimes de guerre. Elle se présente d'emblée comme une base de données relatives à la condition psycho-sociale de mineurs victimisés par la crise militaro-politique ivoirienne.

Par ailleurs, par le concept de résilience, il comprendre que tous les Hommes ont le pouvoir de se transformer et de transformer leur réalité psychosociale. Par conséquent, l'on ne doit plus s'inscrire dans une approche fataliste des événements, mais chercher à construire ou à reconstruire avec les populations vulnérables comme les enfants et adolescents victimes

de guerre dont l'existence a été fortement perturbée. Cela ouvre donc des perspectives nouvelles non seulement quant à la prise en charge des individus à risques et mais aussi et surtout quant à la reconstruction sociale de toute société martyrisée avec des acteurs sociaux marqués du « sceau du triomphe et de l'espoir ».

I.3. Pertinence scientifique

De nombreuses études ont été menées sur les victimes. Mais nous travaillons sur la catégorie des victimes de guerre. Il est considéré comme acquis que la guerre fait de nombreuses victimes. Ce qui l'était moins, et a commencé à faire son chemin dans les institutions, surtout dans le corps universitaire, c'est l'étude scientifique des séquelles et le mécanisme de déstabilisation psychologique que la guerre entraîne. Nous savons que les recherches sur les victimes de guerre en Côte d'Ivoire sont récentes, contrairement à l'intérêt que représente ce sujet sur le plan international.

Le nombre insuffisant de publications sur la question au plan local témoigne de cet état de fait. Mais comparativement aux études sur les victimes de guerre, nous avons, de façon singulière, décidé d'examiner la question de l'impact psycho-social de la guerre sous un angle à la fois descriptif et exploratoire, avec des répercussions décrites et analysées en population infantile.

Nous avons également constaté que les écrits qui existent dans ce domaine soulignent le plus souvent, sinon toujours, les défaillances des sujets. Le danger d'une telle approche est la description et la compréhension partielle de l'impact, avec comme conséquence de s'éloigner de la réalité existante.

Dans l'analyse de l'impact que nous proposons, nous faisons référence tant aux incapacités de certains sujets qu'aux ressources d'autres, car il est admis que l'impact n'est pas que négatif, il est aussi positif. Ainsi, le présent objet d'étude est abordé avec un souci d'équilibre, car si une large place est consacrée à la pathologie psychotraumatique, une attention toute particulière est également accordée au travail de remaniement de certains sujets. Ce qui revient, de façon explicite dans la présente étude, à examiner d'une part les traumatismes psychiques de guerre et d'autre part, le versant peu connu du traumatisme, c'est-à-dire la résilience.

A ce sujet, il n'en demeure pas moins certain que la question criminologique fondamentale est de savoir en quoi les concepts de « traumatismes psychiques » et de

« résilience » peuvent-ils nous être utiles ? En d'autres mots, en quoi ces concepts intéressent-ils la criminologie ?

Bessoles et Mormont (2004) répondent pour dire que « *le champ de recherche de la victimologie générale, comparée et clinique est inséparable de la notion de traumatisme* ». Ils poursuivent en affirmant que « *le paradigme des pathologies posttraumatiques individuelles (...), collectives (...), d'origine naturelle (...) ou provoquée (...) argumente l'heuristique des travaux cliniques et thérapeutiques en victimologie générale, comparée et clinique* ». Et les auteurs soutiennent que l'un des enjeux de la victimologie des années 2000 est d'étudier les mécanismes en jeu dans le trauma (les états post-traumatiques) et les processus de résilience.

Haesevoets (2008) affirme que le concept de la résilience est important et qu'il s'est imposé dans les domaines de la psychologie, de la victimologie et de la criminologie parce qu'il s'intéresse aux situations critiques et à leurs incidences sur la vie des individus.

II. CADRE CONCEPTUEL

Un concept est une « *construction de la pensée résultant d'une opération par laquelle on individualise des traits permettant de rapprocher des objets différents ou de distinguer des objets autrement similaires* » (Gilles, 1994). Autrement dit, un concept est une idée, une représentation mentale abstraite et générale d'une réalité sociale.

Les concepts étant des instruments d'analyse de l'objet, il est fondamental de les définir pour une meilleure compréhension et appréhension de l'objet. Ainsi, nous allons définir, dans un premier moment, les concepts explicites et dans un second les concepts implicites.

II.1. Concepts explicites

Les concepts explicites sont les concepts qui apparaissent clairement dans l'intitulé du sujet.

➤ **Impact**

Il n'y a pas d'unanimité sur le sens à donner au vocable « impact ». Un fait qui, en réalité, rend malaisée la définition de cette notion. Par contre, certaines notions telles qu'influence et effet qui lui sont très proches peuvent nous permettre de mieux appréhender la notion d'impact.

Le dictionnaire *Le Nouveau Petit Robert* (1995,1172) définit l'influence comme une action qu'exerce une chose, un phénomène, une situation sur quelqu'un ou quelque chose.

Selon ce même dictionnaire, l'effet, c'est ce qui est produit par une cause.

Dans cette étude, nous entendons par impact, les incidences, les conséquences, les effets aussi bien directs qu'indirects, tant primaires que secondaires de la guerre sur les enfants. Autrement dit, c'est le résultat de tout ce que la guerre a produit de négatifs comme de positifs dans l'univers psychologique et social de l'enfant. Par ailleurs, les notions d'impact, d'influences, d'incidences, de répercussions et d'effets seront utilisées de manière interchangeable.

De façon générale, l'impact se décline en trois (3) modalités : l'impact immédiat ou à court terme (premières heures à au plus quatre (4) semaines), l'impact post-immédiat ou à moyen terme (< 3 mois) et l'impact médiat ou à long terme (> 3 mois).

Dans la présente étude, nous nous proposons d'analyser les répercussions à long terme de la guerre sur des sujets en développement.

➤ **Psycho-social**

Psycho se réfère à l'état intérieur du sujet et social à l'environnement, aux relations extérieures. Etudier le psycho-social, c'est chercher à comprendre, à analyser les faits psychiques et les faits sociaux. En d'autres termes, parler du psychosocial, c'est mettre en évidence la relation, le rapport entre ce qui relève du psychologique et ce qui relève du social. De fait, il s'agira de savoir dans quelles mesures les phénomènes sociaux affectent les phénomènes individuels et psychiques et réciproquement. Comme a dit Aïssani (2003, 14), les éléments qui ont milité à la naissance de l'approche psychosociale, c'est « *penser le sujet au croisement de ses dimensions individuelles et sociales, envisager ses conduites comme des*

phénomènes relationnels, dans leur inextricable enchevêtrement avec les affects, les croyances et les représentations ».

A l'occasion de la présente étude, le « psycho-social » montre que les expériences variées et souvent violentes que les enfants ont vécues au cours de la crise militaro-politique ont des répercussions profondes sur leur développement et leur bien-être.

Les effets psychiques ou psychologiques concernent les émotions, les affects, les perceptions, la cognition et les comportements.

Les effets sociaux, quant à eux, réfèrent aux répercussions sociales de la guerre, en termes de relations, de rapports changés et altérés avec l'entourage à la suite par exemple d'un décès, d'une séparation, de désintégration familiale et/ou communautaire, d'atteintes aux valeurs sociales et communautaires et de destruction des infrastructures et services. Les effets sociaux comportent également une dimension économique.

On peut en déduire que le « social » a trait aux relations extérieures d'une personne et à l'influence de l'environnement (famille, école, pairs et collectivité locale) sur son bien-être.

Ainsi, le « *psycho-social* » souligne chez les adolescents victimes de guerre, le rapport dynamique entre les effets sociaux et les effets psychologiques de la guerre qui s'influencent les uns les autres en permanence.

➤ ***Conflit (armé)***

Étymologiquement, le concept de conflit est emprunté au mot latin *conflictus*. Ce mot est le participe passé du verbe latin *confligere* qui signifie « combattre ». Le conflit retient de son étymologie le choc, la lutte, le combat.

Le conflit connaît des adaptations diverses au contact de plusieurs disciplines dont le droit, la psychanalyse, la psychologie et la sociologie.

En droit, par exemple, selon qu'on est en matière administrative ou sociale, le conflit prend des acceptions différentes. Ainsi, en droit du travail, on parle généralement de *conflit collectif (de travail)*. C'est un différend qui oppose un ou plusieurs employeurs à un groupe de salariés. En matière administrative, il est souvent question de *conflit d'attribution(s)*. Il réfère à une contestation s'élevant entre tribunaux judiciaires et autorité administrative qui se

déclarent tous deux (2) compétentes (conflit positif) ou tous deux incompétents (conflit négatif) pour connaître d'une même affaire.

En psychanalyse, le conflit renvoie à un violent dualisme intrapsychique mettant en jeu les trois (3) instances constitutives de la personnalité : le ça, le moi et le surmoi et opposant, soit des tensions instinctives (pulsions inconscientes du ça) et antagonistes entre elles, soit des tendances instinctives à des exigences éthiques, à des contraintes ou des interdits sociaux (aspirations conscientes du moi sur lequel le surmoi exerce sa censure), d'où un état de tension aigu pouvant évoluer en névrose si l'opposition n'est pas assimilée ou résolue.

Au plan de l'activité psychique d'un individu, le conflit détermine la violente opposition intrapsychique entre des forces intellectuelles, affectives, émotives, etc. antagonistes, ressenties, dans un état de tension pénible, comme s'excluant réciproquement.

Les précédentes définitions renvoient implicitement à la notion de crise qui, elle, désigne un état de déséquilibre, de dysfonctionnement à l'intérieur de quelqu'un ou de quelque chose (structure, organe, société mère). C'est la raison pour laquelle le conflit et la crise sont le plus souvent pris l'un pour l'autre. On dira, par exemple, d'un individu, d'une communauté ou d'un pays qu'il/elle est en crise, parlant d'un conflit qu'il/elle vit ou traverse, car l'idée de conflit insinue qu'il y a une rupture d'équilibre, une perturbation du système, une perturbation liée au fonctionnement d'une structure.

Mais c'est en sociologie que nous prenons nos repères définitionnels du conflit. Cette discipline définit le conflit comme la lutte, le choc, le combat se produisant lorsque des éléments, des entités ou des forces antagonistes entrent en contact et cherchent à s'évincer réciproquement. En ce sens, Dahrendorf emploie le terme « conflit » pour désigner des contestations, des querelles, des tensions aussi bien que des heurts manifestes entre forces sociales.

Ainsi, toutes les relations d'individus ou de groupes comprenant une différence irréductible d'objectifs, et donc une incompatibilité entre eux sont, selon cet auteur, des relations conflictuelles. Cette définition de Dahrendorf nous paraît, de ce fait, on ne peut plus large parce qu'elle comprend une variété de situations. Mais Freund (1983) a circonscrit l'approche définitionnelle du conflit. Pour lui, le conflit s'entend de tout affrontement, heurt intentionnel entre deux êtres ou deux groupes de même espèce qui manifestent les uns à l'égard des autres une intention hostile, en général à propos d'un droit qu'on estime bafoué, et qui pour maintenir, affirmer ou rétablir le droit essaient de briser la résistance de l'autre

éventuellement par le recours à la violence, laquelle peut le cas échéant tendre à l'anéantissement physique de l'autre.

De notre point de vue, c'est le sociologue Djalili (1991) qui est allé le plus loin sur ce chemin en donnant une définition plus restreinte et précise du conflit en exposant à quelles conditions une situation peut être appréhendée comme un conflit. Selon Djalili (1991, 172), « *On peut soit voir dans toute situation conflictuelle, dans tout acte de violence sociale, le germe d'un conflit en bonne et due forme ou, à l'inverse, dans une vision beaucoup plus restrictive, ne prendre en considération que les «conflits armés» qui supposent l'existence de deux groupes hostiles, l'emploi d'une ou de plusieurs forces organisées, une certaine continuité dans les affrontements et un degré d'organisation de part et d'autre.* ».

C'est donc l'acception restrictive du conflit proposée par Djalili que nous retenons dans le cadre de la présente étude, c'est-à-dire celle qui propose un minimum d'organisation des forces en présence et le recours aux armes. En cela, elle a un rapport de synonymie avec la guerre définie comme « *le recours à la force armée pour dénouer une situation conflictuelle entre deux ou plusieurs collectivités organisées : clans, factions, Etats. Elle consiste pour chacun des adversaires à contraindre l'autre à se soumettre à sa volonté* ». (Dictionnaire *Le Petit LAROUSSE illustré*, 2000, 494).

Dans le contexte spécifique de la Côte d'Ivoire, en septembre 2002, on peut parler de conflit dans la mesure où il a été constaté une partition du pays en deux (2) zones dirigées chacune par des forces. Il y a donc eu deux (2) forces en présence ayant chacune une certaine organisation. D'un côté, les forces gouvernementales et loyalistes constituées de l'ensemble des Forces Armées Nationales de Côte d'Ivoire (FANCI) et, d'un autre côté, les forces non-gouvernementales encore appelées forces nouvelles ⁽¹⁾

En plus de l'organisation, Djalili a retenu « *une certaine continuité dans les affrontements* » comme critère d'identification d'un conflit. Pour ce qui concerne la crise du 19 septembre 2002, on a remarqué un certain prolongement dans les affrontements entre FANCI et Forces Nouvelles. En effet, en plus des velléités du 19 septembre 2002, les affrontements ont continué, notamment pour le contrôle des villes de Bouaké le 6 et 7 octobre 2002, de Daloa, du 13 au 16 octobre de la même année. A cette liste aussi s'ajoutent Man, Grabo, Korhogo, Didiévi, Bondoukou.

¹ Le 22 décembre 2002, les représentants des trois (3) forces non-gouvernementales (MPCI, MPIGO et MJP) signent un accord. Ces groupes politico-militaires acceptent de fusionner et de créer les forces nouvelles, mais revendiquant chacun son autonomie.

Fort de ces constats, nous pouvons donc dire que les événements de septembre 2002 en Côte d'Ivoire constituent un conflit armé.

Ainsi donc, dans le présent travail, nous utiliserons les termes de « guerre », de « conflit armé » et de « crise » de façon interchangeable dans la mesure où d'une part, le terme de conflit armé est apparenté à celui de crise parce que l'avènement de ce désastre engendre des perturbations certaines, des dysfonctionnements à l'intérieur des individus et dans différentes sphères de la vie sociétale telles la sphère politique, la sphère économique, la sphère militaire, la sphère sociale. Et d'autre part, les notions de conflit armé et de guerre sont proches l'une de l'autre parce que les différentes définitions permettent de percevoir qu'elles impliquent toutes les deux (2) une certaine organisation, une intervention hostile avec une intention réelle de nuire à ceux qui sont en face.

➤ *Adolescent*

Sillamy (1985, 21), définit l'adolescence comme « *l'époque de la vie qui se situe entre l'enfance qu'elle continue et l'âge adulte* ». Il soutient, par ailleurs, que « *l'adolescence est la "période ingrate" marquée par des transformations corporelles et psychologiques qui débute vers douze-treize ans et se termine vers dix-huit à vingt ans* ».

Pour K. Koudou (1999, 19), « *l'adolescent est un jeune homme ou une jeune à l'âge de l'adolescence. L'être humain à qui s'applique ce terme a, en effet, pour caractéristique essentielle d'être en train de grandir. C'est pourquoi, ce mot est formé sur le participe présent du verbe « **adolescere** » qui signifie grandir. Là, résidait précisément l'opposition avec adulte « **adultus** », participe passé du même verbe qui marque que l'opération de grandir a atteint son terme. En partant de l'origine latine de ce mot, on peut considérer l'adolescence comme une période de développement intermédiaire, transitoire entre l'enfance et l'âge adulte* ».

Piéron (2003) reconnaît que l'adolescence fait partie des stades de développement de l'espèce humaine. Pour lui, ce stade de développement débute à l'âge de 12 ans et se termine à 18 ans.

Grawitz (2004), comme Piéron, considère que l'adolescence fait partie des diverses étapes du processus développemental de l'Homme. Elle identifie, à cet effet, le stade de *Nourrisson (0 à 1an)* ; *l'âge préscolaire (1 à 5 ans)* ; *l'âge scolaire (5 à 13 ans)* et enfin

l'adolescence (12, 13 ans à 18, 20 ans). Pour elle donc, les bornes chronologiques de l'adolescence vont de 12 à 20 ans.

Pour d'autres psychologues comme Stanley cité par Koudou K. (1999), la délimitation chronologique de la période de l'adolescence se situe de 11-12 ans à 24 ans.

Au regard des précédentes définitions, nous constatons qu'il n'existe aucun consensus sur la délimitation chronologique de l'adolescence. Ce qui signifie implicitement que la définition des critères d'âge de l'adolescence engage la subjectivité du chercheur.

Fort de ce constat, nous avons, dans le cadre de la présente étude, considéré comme adolescent, tout individu dont l'âge est compris dans l'intervalle [12 ans-19 ans].

Ce choix trouve sa justification, d'une part dans la majorité des définitions sus-présentées dans lesquelles, l'adolescence commence à 12 ans, et, d'autre part dans l'approche anglophone du mot adolescent : « *teenager* ». En effet, est donc adolescent dans le langage anglophone, tout individu dont la référence d'âge est marquée par la terminaison « *teen* » (thirteen (13ans), fourteen (14 ans), fifteen (15 ans), sixteen (16 ans), seventeen (17 ans), eighteen (18 ans), nineteen (19 ans)).

Si en psychologie de manière générale, les auteurs font une distinction entre l'enfant et l'adolescent, la réalité est tout autre dans les instruments juridiques nationaux et internationaux où sont privilégiés les critères juridiques de la majorité. Dans ces législations, on ne parle donc pas d'adolescent, mais ce sont plutôt les concepts de minorité et d'enfant qui y sont promus pour désigner les individus qui, psychologiquement, sont admis comme des adolescents.

Ainsi, selon les termes de l'article 1^{er} de la Convention internationale de 1989 sur les Droits de l'enfant, « *un enfant s'entend de tout être humain âgé de moins de dix-huit ans, sauf si la majorité est atteinte plus tôt en vertu de la législation qui lui est applicable.* »

Le Code Civil ivoirien parle plutôt de minorité. En effet, la loi n° 70-483 du 03 Août 1970 sur la minorité définit en son article premier le mineur comme l'individu de l'un ou l'autre sexe qui n'a pas encore atteint l'âge de 21 ans accomplis.

Par endroits, dans notre travail, nous employons les concepts d'enfant et de mineurs, ils réfèrent spécifiquement à notre population cible telle que décrite précédemment.

Après avoir défini les concepts explicites, qu'en est-il des concepts implicites ?

II.2. Concepts implicites

Les concepts implicites sont ceux qui n'apparaissent pas dans le libellé du sujet, mais qui ont un rapport plus ou moins étroit avec l'objet d'étude, et auxquels nous ferons référence pour une meilleure compréhension de notre objet.

➤ *Victime*

Le Code de Procédure Pénale (CPP) ivoirien en son Article 2 alinéa 1 stipule que « *l'action civile en réparation du dommage causé par un crime, un délit ou une contravention, appartient à tous ceux qui ont personnellement souffert du dommage directement causé par l'infraction.* »

L'analyse de cette définition de la victime montre clairement que cette dernière est appréhendée seulement sous l'angle du Droit ; elle est définie uniquement en relation avec la loi. Autrement dit, « *ne sont reconnues comme victimes que les personnes ayant subi un délit ou un crime relevant du Droit Pénal.* » (Josse, 2006)

Pour cela donc, ladite définition nous semblent partielle parce que purement d'influence normative ; ce qui, du reste, écarte de l'ensemble des victimes, toutes celles des catastrophes naturelles et autres phénomènes sociaux, telle la guerre.

Si du point de vue juridique, la victime est strictement perçue qu'en rapport avec le Droit, il en va autrement de l'approche victimologique.

Ainsi, selon la Première Société Française de victimologie, « *une victime est un individu qui reconnaît avoir été atteint dans son intégrité personnelle par un agent causal externe ayant entraîné un dommage évident, identifié comme tel par la majorité du corps social* ». (Audet & Katz, 1999, 1-2.)

Mais des différentes définitions de la victime, celle de Crocq nous semble la plus explicite et exhaustive. C'est cette définition que nous retenons dans notre étude. Pour (Crocq, 2007, x), « *est victime toute personne qui, du fait de l'action (intentionnelle ou non) d'une autre personne ou d'un groupe de personnes, ou du fait d'un événement non causé par un homme (catastrophe naturelle ou accident sans auteur), a subi une atteinte à son intégrité*

physique ou mentale, ou à ses droits fondamentaux, ou une perte matérielle, ou tout autre dommage ou préjudice (scolaire, professionnel, d'agrément, moral, etc.). »

Par ailleurs, pour mieux comprendre et saisir le concept de victime au sens de notre étude, nous ferons une synthèse des définitions de guerre d'une part et de victime d'autre part ; ce qui revient, dans cette condition, à définir l'expression « victime de guerre »

Ainsi donc, est victime de guerre toute personne qui, du fait de la guerre, a subi une atteinte à son intégrité physique ou mentale, ou à ses droits fondamentaux, ou une perte matérielle, ou tout autre dommage ou préjudice (scolaire, professionnel, d'agrément, moral, etc.).

➤ ***Victimisation ou victimation***

« Par convention, toutes ces souffrances qui accablent les victimes sont constitutives de victimisation. » (Cario, 2006, 34)

Le concept de victimisation est un recours à l'anglicisme. *« Le fait de prendre (de faire de) quelqu'un comme (une) victime (to victimize), de l'action pour y parvenir (victimization, the act of victimizing) »*. (Cario, op. cit.)

Cette définition ne spécifie ni la nature ni l'origine des souffrances. Implicitement, elle englobe les afflictions de toutes origines (infractions pénales, actes non infractionnels) et de toute nature (physique et psychologique).

Nous en déduisons que tout acte, qu'il soit physique ou psychologique, d'origine infractionnelle ou non, constitue une victimisation. Des auteurs comme Villerbu et Pignol emploient plutôt le terme de « *victimation* » pour désigner la même réalité.

➤ ***Traumatisme (psychique) et Stress***

Le traumatisme psychique et le stress sont à distinguer car, le plus souvent, dans le langage commun, ils sont pris l'un pour l'autre. Et pourtant, ces deux (2) concepts ne procèdent pas de la même logique définitionnelle. Cette confusion de sens nous amène à clarifier les deux (2) termes.

Nous commençons par le traumatisme. Il est bon de souligner que le concept de traumatisme a été employé dans différentes directions.

Originellement, le traumatisme est défini comme un événement externe, brutal et violent qui porte atteinte à l'intégrité corporelle de l'individu et bouleverse ses capacités adaptatives de défense (Crocq, 2001a ; b ; 2007b). Berclaz et ses collaborateurs (2004, 11), citant Laplanche et Pontalis (1967), ont défini le traumatisme de la façon suivante :

« Événement de la vie du sujet qui se définit par son intensité, l'incapacité où se trouve le sujet d'y répondre adéquatement, le bouleversement et les effets pathologiques durables qu'il provoque dans l'organisation psychique. En terme économique, le traumatisme se caractérise par un afflux d'excitations qui est excessif, relativement à la tolérance du sujet et à sa capacité de maîtriser et d'élaborer psychiquement ces excitations ».

Pour Anaut (2008, 78), *« initialement, le traumatisme désigne une atteinte physique d'origine exogène, correspondant à un événement externe brutal. Il suppose un choc violent, inattendu, portant atteinte à l'intégrité corporelle et qui met la personne en état de choc. Par extension, le terme de traumatisme a été appliqué à l'état de choc lui-même ».* L'extension dont parle Anaut se voit dans la définition de Jolly (2002, 126): *« Le traumatisme désigne une collection significative de troubles psychiques qui surviennent au décours de cette soudaine intimité. »*

Globalement, ces références définitionnelles nous donnent bien de penser le traumatisme sous une double identité : un côté « événement » et un côté « conséquence ». Cette ambivalence est bien perçue à travers cette définition de S. Freud (1973, 39) : *« les traumatismes sont ou bien des événements intéressant le corps du sujet ou bien les perceptions visuelles ou auditives, donc des événements vécus ou des impressions. »*

Ces différentes conceptualisations rendent quelque peu difficile l'appréhension du phénomène traumatique.

Mais dans le présent travail, nous tenons à faire un distinguo entre les événements et les conséquences induites par les événements. Pour nous donc, le traumatisme réfère, comme dans son acception première, aux événements aversifs présentant une potentialité traumatique. Elle diffère, à cet effet, du traumatisme psychique qui désigne les effets déstructurants des incidents critiques auxquels sont exposés les individus. Pour ce faire, nous adoptons la définition proposée par Crocq (2007b, 7). Pour cet auteur, *« on peut donc 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.»

Ensuite vient la définition du stress. Selon Crocq (2001a), le stress est un concept biophysique qui a été promu par le professeur Hans Selye dès les années 1950 et que ce dernier avait dénommé *Syndrome Général d'Adaptation*. A cette époque, le stress désignait « *la réaction immédiate et éphémère (de l'ordre d'une heure) correspondant aux décharges sanguines d'adrénaline et de cortisol qui mobilisent les effecteurs physiologiques et musculaires. Et il s'agit d'une réaction adaptative, mettant l'organisme en capacité de défense*» (Crocq, 2001a, 4). Des années plus tard, Selye de Montréal a développé toute une philosophie autour du concept de stress qui est devenu la réaction émotionnelle de l'individu à un changement. Il y a donc des *eu-stress*, réponses aux événements heureux et bénéfiques, et des *dis-stress*, réponses aux situations aversives.

S'inspirant de la conception de ce physiologiste canadien, Crocq (1999, cité par De Soir, 2001, 125) a conçu sa propre définition du stress. Il appréhende le stress comme

« la réaction immédiate, biologique, physiologique et psychologique d'alarme, de mobilisation et de défense de l'individu face à une agression ou une menace (...) C'est une réaction éphémère ; elle est a priori utile et salvatrice, et aboutit généralement aux choix et à l'exécution d'une solution adaptative ; elle se déroule dans un climat de tension psychique exceptionnel et s'achève par le relâchement de cette tension, avec sensation mitigée de soulagement et d'épuisement physique et mental ; elle n'est pas pathologique, quoique grevée de symptômes gênants ; mais, trop intense, répétée à de courts intervalles ou prolongée à l'excès, elle se mue en réaction pathologique et inadaptée de stress dépassé ».

Le stress est donc une réaction émotionnelle et physiologique à toute sollicitation extérieure. A cet effet, tout homme est confronté au stress. Celui-ci, tel que défini par les précédents auteurs, peut être positif et peut, donner de l'énergie, stimuler à l'action, susciter la motivation. Mais il peut aussi être nuisible et générer des problèmes de santé (physique et mentale) en cas d'exposition réitérée et/ou continuée.

Plusieurs spécialistes sont unanimes et s'accordent à différencier « traumatisme psychologique » et « stress » parce que « *le traumatisme psychique et la réaction de stress correspondent à des réalités cliniques bien distinctes.*» (De Clercq, 2001c, 105).

Pour eux, le traumatisme psychique renvoie au vécu subjectif de l'événement, à l'enjeu existentiel, par la rencontre inédite avec le réel de la mort. Le stress, quant à lui, fait allusion à la réaction émotionnelle immédiate et éphémère à un stresser. Le premier est du registre psychanalytique et résulte de la menace interne ; le second, lui, est du registre biophysique et renvoie à la menace externe (Bailly, 2001a ; De Clercq, 2001c ; De Clercq et Dubois, 2001 ; Lebigot, 2001a ; b). Pour bien illustrer et systématiser cette différence, Borgne (2001, 226) a écrit : « si l'on schématise, le psychisme serait déformé par le stress, et serait déchiré par le traumatisme psychique ».

Dans la suite du travail, nous avons un espace d'expression à l'exposé sur le trauma ou le traumatisme psychique.

➤ **Résilience**

A l'origine, la résilience est une notion de physique et en métallurgie. En physique, elle désigne le rapport de l'énergie cinétique absorbée nécessaire pour provoquer la rupture d'un métal, à la surface de la section brisée. La résilience qui s'exprime en joules par cm², caractérise la résistance au choc. En métallurgie la résilience désigne la capacité des matériaux à retrouver leur état initial à la suite d'un choc ou d'une pression continue. (Encyclopédie Universalis en ligne)

C'est le site Internet de l'Encyclopédie de l'Agora ⁽¹⁾ qui nous offre une multitude de définitions. La résilience est donc un concept au « halo sémantique » très large parce qu'il est employé couramment dans plusieurs disciplines et ses significations sont fort différentes.

En informatique, la résilience désigne la qualité d'un système lui permettant de continuer à fonctionner correctement en dépit des défauts des éléments constitutifs.

En écologie, le terme réfère à la capacité de récupération d'un organisme ou d'une population, ou encore à l'aptitude d'un écosystème à se remettre d'une perturbation.

Pour les économistes, la résilience renvoie à la capacité intrinsèque des entreprises, organisations, communautés à retrouver leur équilibre après une récession économique.

¹ <http://www.agora.qc.ca/mot.nst/Dossiers/Résilience>

En médecine, la résilience désigne la résistance physique, les phénomènes de guérison spontanée.

Plusieurs auteurs ont conceptualisé le terme de résilience. Deux (2) approches se dégagent des différentes conceptualisations des auteurs. Certains considèrent la résilience comme une capacité du sujet. C'est le cas de De Tychey (2001, 50) qui soutient que la résilience est « *la capacité de l'individu de se construire et de vivre de manière satisfaisante, malgré les difficultés et les situations traumatiques auxquelles il peut être confronté au cours de son existence* ». c'est ce même point de vue que nous rencontrons chez Vanistendaël (2002) retient que « *la résilience est la capacité à réussir de manière acceptable pour la société en dépit d'un stress ou d'une adversité qui comporte normalement le risque grave d'une issue négative* ».

Pour d'autres, la résilience est un processus, c'est-à-dire un ensemble de phénomènes organisés dans le temps et aboutissant à un résultat. Elle est un processus interactionnel qui se construit au contact des autres. C'est bien cette idée que défend Guedeney (1998, 17) lorsqu'il affirme que la résilience est « *un processus complexe, un résultat, l'effet d'une interaction entre l'individu et son environnement. Et l'aspect clef de cette relation, c'est bien semble-t-il la capacité d'être en relation avec l'autre ; on n'est pas résilient face à tout et n'importe quoi, et on ne l'est pas en tout cas tout seul, sans être en relation* ». La résilience est envisagée comme résultant de l'interaction et de l'opposition de paramètres d'orientation contraire. C'est la raison pour laquelle Morale (2007, 4) définit la résilience comme un « *processus dynamique intrapsychique incluant la capacité à maintenir les liens entre le dedans et le dehors* ». Pour Lecomte (2005) « *la résilience est un processus dynamique consistant à bien se développer malgré des conditions de vie difficiles ou des événements traumatiques* ». Manciaux (2001, 50) abonde dans le même sens en « *une capacité qui résulte d'un processus dynamique, évolutif au cours duquel l'importance d'un traumatisme peut dépasser les ressources du sujet.* »

L'idée sous-jacente à ces conceptualisations est que la résilience n'est pas acquise de façon définitive.

Dans la présente étude, nous entendons par résilience, le processus psychosocial référant à l'aptitude qu'a un individu, affecté par un traumatisme psychique, à rétablir l'équilibre émotionnel, à se développer de manière satisfaisante et à développer des compétences personnelles ainsi que sociales nonobstant les situations traumatiques auxquelles il a été confronté au cours de son existence.

Nous reviendrons sur ce concept de la résilience dans la revue de littérature et en ferons une description détaillée.

➤ **Facteurs de risques ou de vulnérabilité**

Selon Marcelli (1996) cité par Anaut (2008: 25), les facteurs de risque renvoient à « *toutes les conditions existentielles chez l'enfant ou dans son environnement qui entraînent un risque de morbidité supérieur à celui qu'on observe dans la population générale* »

Garmezy (1985), cité par (Terrisse et Larose, 2001) pense que les facteurs de risque sont des paramètres dont la présence accroît la possibilité qu'un individu ait des difficultés d'adaptation et d'apprentissage.

De son côté, Anaut (2008, 24), souligne qu'« *en psychologie, les facteurs de risque sont des variables liées à l'apparition ultérieure de pathologies ou d'inadaptations* ».

Sans rejeter les définitions précédentes et la dénomination de « facteurs de risque », nous allons, dans le présent travail, parler plus de « facteurs de vulnérabilisation » pour désigner les variables individuelles, sociales et environnementales qui favorisent le développement pathologique de certaines défaillances psychologiques.

➤ **Facteurs de protection ou de résilience**

Rutter (1990) cité par (Anaut, 2008) « *Les facteurs de protection font référence aux influences qui modifient, améliorent ou transforment la réponse d'une personne face à un événement qui prédispose à une mauvaise adaptation* ». Pour Rutter donc, les facteurs de protection réduisent ou annulent l'effet du risque et les réactions en chaîne négative.

Terrisse et Larose (op. cit.), en citant Garmezy (1985), révèlent que les facteurs de protection sont définis comme des caractéristiques des individus et de l'environnement susceptibles de contrer ou de limiter les effets des facteurs de risque. L'étude des facteurs de protection implique donc que l'individu soit confronté à des conditions défavorables.

Tels que définis, les facteurs de risque ainsi que les déterminants de résilience peuvent être en relation soit avec l'individu, soit avec son environnement, ou plutôt concerner l'interaction entre les deux (2) entités.

➤ *Marginalité*

Koudou K. (2000), entend par la notion de marge, la position de mise à l'écart, caractéristique de l'exclusion.

D'après lesdites définitions, nous retenons que la marginalité sociale est une forme d'exclusion décrivant la situation d'une personne qui est à la marge de la société. Elle peut être comprise comme un état ou une situation précaire, passagère ou définitive.

Ce concept nous intéresse dans le cadre de cette étude parce qu'il reflète le quotidien de nombreux enfants affectés par la guerre marqué par la précarité des conditions de vie.

➤ *Déviance*

Le concept de déviance réfère, selon son étymologie, au verbe *dévier*, composé, du préfixe *de* et du latin *via*, voie, route, chemin.

Dans une perspective sociologique, Cusson (1992) définit la déviance comme l'ensemble des conduites et des états que les membres d'un groupe jugent non conformes à leurs attentes, à leurs normes ou à leurs valeurs et qui, de ce fait, risquent de susciter de leur part réprobation et sanctions.

Dans une perspective psychologique, Selosse (1997) appréhende la déviance comme un concept médiateur qui véhicule à la fois une conception de la nature humaine et de l'ordre social. Son usage révèle qu'à la différence d'une machine, l'homme est un être vivant, plurifinalisé dont le développement est marqué par des conflits d'adaptation qui s'expriment au travers des déviations ou des contestations notamment à l'occasion des phases critiques. (Gueu, 2006).

Koudou K. (1996) établit un lien entre déviance et marginalité. Il soutient que la déviance est plus répréhensible, plus attentatoire que la marginalité qui est exploratoire. Dans la marge, la prise de position de l'individu est temporaire, mais dans la déviance, la prise de position est un peu positionnée, fixée. (Gueu, 2006)

D'après les précédentes analyses, nous admettons que la déviance désigne une conduite, un comportement ou une attitude qui s'écarte des normes sociales en vigueur, qui les transgresse ou les conteste. Considérée comme telle, la déviance fait l'objet d'une réprobation

sociale, voire d'une stigmatisation. Ce concept nous inspire parce que des adolescents victimes de guerre, dans des situations psychologiques et sociales défavorables, peuvent adopter des comportements qui échappent aux normes et valeurs admises en société.

➤ *Adaptation / Inadaptation sociale*

L'adaptation est selon le dictionnaire *Le Nouveau Petit Robert* (1995,27-28) l'action d'adapter ou de s'adapter. Toujours selon ce dictionnaire, en psychologie, la faculté d'adaptation renvoie à l'aptitude d'un individu à modifier sa structure ou son comportement pour répondre harmonieusement à des situations nouvelles.

Par ailleurs, opposée de l'adaptation, ce lexique définit l'inadaptation comme un défaut d'adaptation. Cette approche définitionnelle est la même chez Koudou K. (1999) qui appréhende l'inadaptation comme un manque d'ajustement à la vie sociale.

De ce qui précède, nous considérons l'inadaptation comme une absence d'adaptation, un manque d'intégration au milieu de vie caractérisée par des difficultés à se conformer aux exigences de ce milieu.

Nous pensons que cette définition est opératoire dans le cadre de cette étude dans la mesure où des adolescents affectés par la guerre vivent dans une totale inadaptation dont la marginalité et la déviance sont des formes les plus visibles.

➤ *Pauvreté*

En Côte d'Ivoire, la mesure de la pauvreté est construite autour de la dimension monétaire. Ainsi en Côte d'Ivoire, dans le Document Stratégique de la Réduction de la Pauvreté (DSRP) (2008,5) « *est pauvre en 2008, celui qui a une dépense de consommation inférieure à 241 145 FCFA par an, soit 661FCFA par jour* ». En d'autres mots, les individus dont la dépense de consommation est en dessous du seuil monétaire (661 FCFA /J) sont considérées comme « pauvres ».

Cette approche de la pauvreté que nous offre le DSRP ne se limite qu'au volet économique et monétaire. Cependant, des auteurs abordent autrement le concept de la pauvreté. C'est le cas de Valtriani (1993, cité par Aïssani, 2003, 117), qui considère que :

« *La pauvreté contemporaine peut être appréhendée comme un phénomène ayant un coût économique et social pour la collectivité et qui peut se définir comme la situation des*

individus ou des ménages marqués par l'insuffisance des ressources, l'exclusion d'un mode de vie matériel et culturel dominant, la précarité du statut social. Cette situation [...] se manifeste plus précisément par une insuffisance plus ou moins forte de capital économique (revenus, patrimoine, emploi), de capital culturel (éducation, formation), de capital social (relations sociales), de capital psychophysiologique (santé) ».

L'abord du concept de la pauvreté de cet auteur intègre, en plus de l'aspect économique, une dimension socioculturelle et relationnelle. A cet effet, pour cet auteur, est pauvre, tout individu privé de relations sociales et socialement marginalisé. Ce dernier est donc exclu du jeu social et très souvent, il lui est « refusé » l'accès à des services essentiels tels que les soins de santé et l'éducation. C'est cette même conception de la pauvreté que nous rencontrons chez Soumaré (2003). Pour cet auteur, « *sont considérés comme pauvres, les ménages dont les revenus sont insuffisants pour satisfaire, dans les conditions économiques locales, l'essentiel de leurs besoins de base (alimentation, soins de santé, éducation des enfants), etc.* » (Soumaré, op.cit., 288)

A partir de ces deux (2) dernières définitions, nous comprenons que le concept de la pauvreté englobe plusieurs variantes. C'est d'ailleurs cette approche multidimensionnelle de la pauvreté qui prévaut au niveau des instances internationales. Selon Bénicourt (2001) le PNUD déclare que « *la pauvreté n'est pas un phénomène unidimensionnel – un manque de revenus pouvant être résolu de façon sectorielle. Il s'agit d'un problème multidimensionnel qui nécessite des solutions multisectorielles intégrées* ». De même, la Banque mondiale affirme que la pauvreté a des « dimensions multiples », de « nombreuses facettes » et qu'elle est « *la résultante de processus économiques, politiques et sociaux interagissant entre eux dans des sens qui exacerbent l'état d'indigence dans lequel vivent les personnes pauvres* »

Dans le cadre de notre étude, nous optons pour une analyse multidimensionnelle du phénomène de la pauvreté parce qu'elle permettra de donner plus de mieux appréhender cette réalité.

Après avoir défini les concepts explicites et implicites, nous abordons le problème qui sous-tend la présente recherche. De cette préoccupation majeure découleront les questions de recherche.

III. PROBLEME ET QUESTIONS DE RECHERCHE

III.1. Identification et formulation du problème de recherche

Le monde entier est confronté depuis des années à de graves et violentes crises armées. Aucun continent n'a été épargné par ces situations de perturbations majeures. La guerre sévit et les populations en pâtissent.

Les conflits armés font plus de victimes civiles que de victimes militaires selon les instances internationales. Et parmi les populations civiles qui payent un lourd tribut à la guerre, les femmes, les enfants et les adolescents représentent la proportion la plus importante. A ce sujet, des organisations internationales révèlent que la population infantile rassemble à elle seule deux (2) victimes civiles sur trois (3). (Bellamy, 2002 ; UNICEF, 1996, 1998).

Face à ces nouveaux défis imposés par les conflits armés, la communauté scientifique n'est pas restée sans réaction. En effet, elle s'est mobilisée face à l'adversité des situations dites traumatiques en faisant de la compréhension de l'événement traumatique et de ses conséquences ainsi que la prise en charge qui devrait en découler l'objet de ses investigations.

Dans cette optique, des études, en psychologie et en psychiatrie, ont été menées par plusieurs chercheurs. Ainsi, des travaux, à visée descriptive, ont mis en évidence le profil psychopathologique des sujets : au Mozambique Richman et al. (1990), en Bosnie Preiss et Newmann (1995) et au Cambodge Mollica et al. (1997) et Mambo et Ba (2001) en RDC. Par ailleurs, certains chercheurs ont mis le psychotraumatisme de l'ESPT en relation avec des facteurs pré-traumatiques. C'est le cas par exemple de Jareg qui, dans son étude, intitulée « *Children who have survived* », a relevé que l'âge des enfants est essentiel pour déterminer le niveau de gravité de la pathologie. D'autres par contre, reconnaissent le rôle majeur des facteurs péri-traumatiques dans l'émergence et le maintien des troubles de stress-post-traumatiques. Au nombre de ces auteurs figurent Cordahi et al. (2002) qui ont incriminé les émotions négatives, la dépression subie dans le trauma des enfants déplacés de la guerre du Liban. D'autres chercheurs encore ont plutôt mis en cause les facteurs post-traumatiques tels que l'effondrement du support social (Bleich, 1992).

Sur la base des conclusions de leurs travaux, les chercheurs ayant traité des facteurs de vulnérabilité et/ou de « *vulnérabilisation* » ont proposé, pour certains des mesures préventives et pour d'autres une méthodologie de suivi thérapeutique des états post-traumatiques.

Comme plusieurs autres pays, la Côte d'Ivoire a fait l'expérience de la guerre et depuis le 19 septembre 2002, elle est comptée parmi les pays sinistrés par les conflits armés. A l'instar des autres violences armées, la crise politico-militaire ivoirienne a provoqué d'importants dégâts sur les plans humain, matériel, psychologique et social. Elle a frappé la population ivoirienne. Le contexte événementiel de la guerre a été dominé par la violence parce que les enfants et les adolescents, sans distinction de sexe, d'âge, de religion, d'ethnie et de nationalité, issus de différents milieux de vie (urbains, semi-urbains et ruraux) ont été pris dans la tourmente de la guerre. Scolarisés pour certains, déscolarisés pour d'autres et non scolarisés pour d'autres encore, ces enfants et adolescents ont vécu des situations inédites et diverses. En effet, un certain nombre a vu des parents ou des individus tués sous leurs yeux. D'autres ont été victimes de traitements dégradants et humiliants. D'autres encore ont été contraints à des migrations internes et externes pour trouver asile, fuir misère et surtout représailles et exactions de tous genres. Sur ce point, des différentes sources (Bissouma, Anoumatacky, Delafosse, 2012 ; UNFPA) ont estimé à près de deux (2) millions le nombre de population migrante en 2002-2003, avec une proportion de plus de 50% d'enfants et adolescents. Parmi ces enfants et adolescents migrants, il y avait des sujets séparés de leurs familles, d'autres non-accompagnés, livrés à eux-mêmes.

Des enfants et adolescents, contrairement aux précédents, sont restés otages des violences dans leurs zones d'habitation, souvent ne sachant où aller. Quand ils ne sont pas soumis à un régime de torture, ces derniers sont enrôlés de gré ou de force par des forces combattantes.

Toutes ces expériences ne sont pas sans conséquences et les événements vécus par les uns et les autres peuvent entraîner un traumatisme psychique eu égard à l'horreur de la situation. La société ivoirienne postconflit n'est certainement pas épargnée par les problèmes traumatiques et il est reconnu que des enfants et adolescents sont atteints ou potentiellement atteints de troubles psychotraumatiques, notamment l'ESPT. A titre d'illustration, Bissouma et al. (2010) ont montré qu'au sein d'une population d'étude de 345 enfants-soldats, 58,38% présentaient un PTSD.

Mais la problématique de la guerre et de ses répercussions sur la population semble sous-évaluée en Côte d'Ivoire eu égard aux obstacles liés au manque de volonté politique, à l'identification des victimes, au diagnostic et à la prise en charge des psychotraumatismes. Bissouma, Anoumatacky et Delafosse (2012) reconnaissent que « *la question de la prise en*

charge de la santé mentale des populations vue sous l'angle des traumatismes n'a jamais été au cœur des débats en Côte d'Ivoire ».

Le constat des auteurs témoigne bien que, si sous d'autres cieux la problématique de la guerre a été l'objet de plusieurs études, en Côte d'Ivoire, la question est très peu investiguée. Des aspects de la problématique victimale ont été abordés par des auteurs Bih et Acka-Douabele (2006), Aka (2010). Bissouma et al. (2010) ; Bissouma, Anoumatacky et Delafosse, (2012) et Bissouma, Anoumatacky et Te Bonle (2012). La connaissance de la réalité traumatique dans la société ivoirienne doit s'améliorer pour que des solutions appropriées puissent être proposées. Or le phénomène de l'impact de la guerre est encore mal cerné posant ainsi de nombreuses questions théoriques et méthodologiques. Si les études précédentes, majoritairement descriptives, ont pour certaines présenté le vécu psychologique des sujets ayant souffert de PTSD et pour d'autres parlé du vécu social des sujets, force est de constater qu'un vide demeure dans la compréhension de l'ESPT en Côte d'Ivoire. En effet, les études susmentionnées font un constat et non une explication. La causalité scientifique des conséquences de la guerre est peu ou prou abordée. La réalité post-traumatique, c'est-à-dire l'après-coup psychosocial du trauma est un aspect de la vie des sujets très peu exploré. Et pourtant, les expériences traumatisantes de la guerre dans le paysage ivoirien ont ébranlé, non seulement les fondements individuels, mais aussi les fondements sociaux, entraînant ainsi une situation de déséquilibre et d'anormalité. De plus, la problématique du PTSD a des imbrications avec d'autres problématiques post-événementielles dont il convient de clarifier les liens. C'est dire que l'impact de la guerre n'obéit pas à la logique d'une causalité linéaire mais fluctue en fonction de certaines conditions qui peuvent, soit maintenir les séquelles, soit aider à les remanier.

L'objet de notre étude est d'examiner de près le problème des conséquences de la guerre. Ce problème réside à la fois dans sa complexité que dans la variabilité des réactions et des trajectoires. A cet effet, les concepts de PTSD chronique et de résilience seront interrogés pour une meilleure appréhension des mécanismes en jeu dans ces processus. En ce sens, l'analyse des facteurs de risque et des différences interindividuelles aux traumas et des processus de protection individuels et socioenvironnementaux devient donc centrale. Ces concepts sont essentiels en raison de notre questionnement.

III.2. Questions de recherche

III.2.1. Questions générales

1/ De quelle manière les événements inédits et tragiques de la guerre qui ont métamorphosé la société ivoirienne ont-ils perturbé l'équilibre psychique et la situation sociale de certains adolescents ?

2/ Pourquoi tous les adolescents ne réagissent-ils pas de la même manière aux psychotraumatismes de guerre ?

III.2.2. Questions spécifiques

1/ Quelles sont les caractéristiques cliniques de l'ESPT chronique chez des adolescents et leurs répercussions psychopathologiques et sociales sur la vie de ces derniers ?

2/ Quelles sont les caractéristiques des sujets résilients ?

3/ Pourquoi les conséquences psychopathologiques et sociales de la guerre persistent-elles chez certains sujets tandis qu'elles disparaissent chez d'autres ?

4/ Quels sont les facteurs liés à la persistance de l'ESPT et à la résilience ?

Le problème ainsi que les questions de recherche donnent les grandes orientations de la revue de littérature que nous abordons dans les lignes suivantes.

IV. REVUE DE LITTÉRATURE ET CADRE DE RÉFÉRENCE THÉORIQUE

Dans un premier moment, nous aborderons la revue de littérature avant de présenter, dans un second moment, notre cadre de référence théorique.

IV.1. REVUE DE LITTERATURE

Le domaine des réactions des individus aux événements dangereux et dévastateurs est aussi vaste que complexe et, dans cet univers à découvrir, les concepts de traumatismes psychiques et de résilience se révèlent tout de même fondés, dynamiques et évolutifs.

Notre revue de littérature se structure autour de trois (3) axes principaux:

1. Traumatismes psychiques.
2. Résilience, l'envers du trauma.
3. Victime de guerre, objet d'étude.

IV.1.1. Traumatismes psychiques

Cette partie de notre travail est consacrée à une approche descriptive du traumatisme psychique. Si aujourd'hui l'existence du traumatisme psychique n'est pas contestée, sa description fait l'objet de réflexions et de travaux complexes avec de nombreuses divergences selon les auteurs et les époques.

IV.1.1.1. Historique du traumatisme psychique

Nous devons l'essentiel de cette section à Crocq (1999, 2001a, b ; 2007b, c, d) et Jolly (2002).

Il est ici question, pour nous, de situer le point de départ de la description du concept de psychotraumatisme à l'étude. Nous effectuerons une chronologie de l'histoire du trauma afin de comprendre les évolutions conceptuelles et cliniques qui ont permis d'appréhender aujourd'hui, de façon plus précise, la pathologie traumatique. En effet, c'est faire un historique du traumatisme psychologique depuis les premières descriptions cliniques proposées par les récits légendaires de l'antiquité jusqu'aux réflexions contemporaines sur le concept, en passant bien sûr par la création du terme « *Névrose Traumatique* » proposé par Oppenheim et celui de « *névrose de guerre* », ainsi que les travaux d'éminents psychiatres (Charcot, Janet, Lebigot, Crocq, De Clercq), sans oublier ces grands noms de la psychanalyse que sont S. Freud et Fenichel.

On peut distinguer grosso modo quatre (4) périodes dans l'histoire de la pathologie traumatique.

IV.1.1.1.1.Période des précurseurs : de l'antiquité à 1880.

Les réactions traumatiques et leur description sont connues depuis la plus haute antiquité à travers les récits légendaires. (Crocq, 2001b ; Jolly, 2002). Environ 2700 av. Jésus-Christ, Gilgamesh ⁽¹⁾, confronté au réel de la mort, va souligner l'intensité traumatique qu'il a ressentie lorsque son serviteur et ami Enkidu agonisait au cours d'un combat. En effet, témoin de cette agonie, le héros sumérien a été angoissé par la perspective inéluctable de sa propre mort. Il s'est exprimé en ces termes : « *Saisi par la peur de la mort, et plein d'effroi, j'erre dans le désert, le sort de mon ami m'obsède, en de longues errances, je vais çà et là dans le désert, le sort de mon ami m'obsède* ». (Crocq, 2001b; Jolly, 2002, 91).

Il en est de même du mythe platonicien du soldat Er. Ce guerrier pamphylien, laissé pour mort sur le champ de bataille, s'est réveillé après dix(10) jours sur le bûcher funéraire. Il raconte qu'il est revenu à la vie parce que les dieux l'ont exceptionnellement dispensé de boire au fleuve de l'oubli afin de porter témoignages aux autres, le voyage initiatique de son âme aux enfers, les visions terrifiantes (« traumatiques ») ou extatiques qui lui ont été données à contempler, et la leçon de responsabilisation qu'il en a reçue (Crocq, 2001b). Cette épopée est édifiante parce que le guerrier pamphylien s'est cru mort ; Er a « côtoyé » la mort, et comme pour reprendre l'expression de plusieurs auteurs qui parlent de « *rencontre avec le réel de la mort* ».

Le grec Homère (environ 900 av. J.C.) dans le poème épique de l'*Iliade* nous a permis de comprendre l'intensité traumatique à laquelle des combattants ont été confrontés. Dans ce poème qui est un récit de la guerre de Troie, l'on peut faire la lecture traumatique du vers suivant : « *l'aile de la mort vient étendre son ombre sous leurs yeux étonnés* ». (Crocq, 2001b, 23)

A la suite de récits légendaires susmentionnés, des récits historiques, littéraires et scientifiques nous ont offert d'autres observations cliniques tout aussi riches.

¹Le légendaire Gilgamesh aurait été, vers 2700 av. Jésus-Christ, le premier roi d'Ourouk, une cité antique de la basse Mésopotamie, aujourd'hui Iraq. (Dictionnaire Le Petit Larousse illustré, 2000, 1359, 1571)

A ce sujet, l'historien grec Hérodote nous a rapporté le cas du soldat Epizelos qui, lors de la bataille de Marathon ⁽¹⁾ (490 av. J.C.), a été frappé de cécité en plein combat et est resté aveugle le restant de ses jours pour avoir vu la silhouette d'un ennemi perse gigantesque passer près de lui sans le voir et qui non loin de lui alla occire son frère d'arme. Hérodote a écrit :

« Pendant qu'il était aux prises avec l'ennemi et se conduisait en homme de cœur, il disait qu'il avait cru voir face à lui un ennemi de très grande taille, pesamment armé et dont la barbe ombrageait tout le bouclier, que ce spectre l'avait passé pour aller tuer celui qui combattait à ses côtés ».(Crocq, 2001b, 24).

En 1512, pendant les guerres de religions, on a retrouvé des rêves traumatiques au lendemain du massacre de la Saint-Barthélemy ⁽²⁾ ; massacre perpétré au nom du jeune roi de France Charles IX. Ce dernier, se plaignant d'être harcelé par des rêves et hallucinations à caractère itératif et la vision effrayante des cadavres sanglants, a fait appeler son médecin Ambroise Paré et lui a fait partager son vécu : *« Ambroise, je ne sais pas ce qui m'est survenu depuis 2 ou 3 jours, mais je me sens l'esprit et le corps tout aussi émus que si j'avais la fièvre. Il me semble à tout moment, aussi bien veillant que dormant, que ces corps massacrés se présentent à moi les faces hideuses et couvertes de sang ».* (Jolly, 2002, 91).

A la même époque, précisément en 1577, le poète Agrippa d'Aubigné, rescapé miraculeux du combat de Casteljaloux, a relaté sa réaction d'horripilation face au spectacle horrifiant et épouvantable donné par les scènes de guerres de religion. En effet, blessé au combat et resté à demi-mort pendant une semaine, il a vécu une véritable « épreuve initiatique, admis à contempler le paradis et recevant d'un ange mission de témoigner sur les scènes de la guerre ». Il a fait la description traumatique suivante : *« Soit qu'un songe au matin m'ait donné ces images, soit qu'en la pâmoison l'esprit fît ces voyages [...] Mes cheveux étonnés hérissent en ma tête »* (Crocq, 2001b, 25).

¹Bataille de la première guerre médique qui consacra la victoire du général athénien Miltiade sur les perses, près du village de Marathon, à 40 km d'Athènes. Un coureur, dépêché à Athènes pour annoncer la victoire, serait mort d'épuisement à son arrivée

²La Saint-Barthélemy est un symbole de l'intolérance religieuse. C'est un massacre des protestants qui eut lieu à Paris dans la nuit du 23 au 24 Août 1572 et en province les jours suivants. Massacre perpétré à l'instigation de Catherine de Médicis, mère du roi Charles IX.

En 1654, le philosophe français Pascal a manqué d'être précipité dans le fleuve « la Seine » avec son carrosse au pont de Neuilly par ses chevaux emballés. Ce fait a été une expérience traumatique pour lui et il a présenté ensuite pour les huit (8) années qui lui sont restées à vivre toute la symptomatologie de ce qui est décrit de nos jours sous le vocable de névrose traumatique. Et c'est le médecin aliéniste Pinel qui a rapporté cette observation :

Pascal ne fut point blessé, mais vivement effrayé ; et une syncope qui dura très longtemps fut le résultat de cette frayeur. Vers la même époque, il éprouva, durant la nuit, une espèce de vision dont il conserva la mémoire dans un papier qu'il portait toujours sur lui. La sensation de ce malheureux événement, sans cesse retracé à son imagination le troublait partout, surtout la nuit, au milieu de ses insomnies et de son dépérissement. Il croyait toujours voir un abîme de son côté gauche, et y faisait placer un siège pour le rassurer (Crocq, 2001b, 26).

Au VIII^e et XIX^e siècle, dans toute l'Europe mais particulièrement en France, dans les armées de l'Ancien régime, des médecins militaires se sont intéressés aux troubles psychiques immédiats englobés sous le vocable de « nostalgie ». Cette dérive pathologique observée chez les soldats impliqués dans les horribles combats a été pour beaucoup due à la frayeur observée au combat ou à la détresse éprouvée par ces combattants à la vue d'un camarade fauché dans le rang par les boulets ou les mitraillettes.

Ces cas de nostalgie ont traduit un état agité ou stuporeux, accompagné d'une hypersensibilité au moindre bruit, une insomnie ou des rêves retraçant les faits de guerre. Ainsi affectés, les militaires sont devenus inutilisables voire dangereux pour eux-mêmes ou leurs frères d'armes.

Desgenettes, Larrey et Percy, tous chirurgiens des armées napoléoniennes, ont dénommé en France, « *Vent de boulets* », les états confuso-stuporeux aigus déterminés par la frayeur chez les combattants de sentir les projectiles les frôler pour les blesser (Crocq, 2001b). A ce propos, Larrey a présenté deux (2) cas. Le premier a été celui d'un grenadier qui à Wagram ⁽¹⁾, effleuré par un boulet, est tombé sur le coup, privé de parole et est demeuré

¹Bataille de Wagram en 1809, bataille de l'empire qui consacra la victoire de Napoléon sur les autrichiens de l'Archiduc Charles, au Nord-est de Vienne, à Wagram

ensuite complètement muet. Le second cas est celui d'un officier à Eylau ⁽¹⁾, qui a vu sa coiffe arrachée par un boulet russe. Celui-ci a fait part de sa réaction en ces mots : « *Il me parut que le monde s'arrêtait ; la paralysie de mes membres était que je ne pouvais remuer un seul de mes doigts* ». (Crocq, 2001b, 27).

En plus, les événements de la révolution française (1789-1848) ont fourni à Pinel beaucoup de cas cliniques. Il a fait état de troubles psychiques déterminés par des chocs émotionnels de guerres qu'il a classé selon la sémiologie la plus fréquemment rencontrée parmi « *les névroses de la circulation et de la respiration* » ou les idiotismes, les manies et mélancolies. Ainsi, il a diagnostiqué chez un jeune réquisitionnaire un état d'idiotisme stuporeux. En réalité, ce patient avait vu son frère tué près de lui pendant les combats sanglants. Il est resté « immobile et comme une statue à ce spectacle ». Événement qui a précipité son retour en famille, mais ce retour a été préjudiciable au troisième fils de la famille. « *La nouvelle de la mort de l'un de ses frères et l'aliénation de l'autre le jettent dans une telle consternation et une telle stupeur, que rien ne réalisait mieux cette immobilité glacée d'effroi qu'ont peinte tant de poètes anciens ou modernes* » (Crocq, 2001b, 27).

Toujours dans ses observations de cas, Pinel nous fait une belle description d'une névrose traumatique dans *le traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale*. Il présente le tableau clinique d'un militaire venant de prendre sa retraite après cinquante années passées au service de la cavalerie. Il a écrit :

« *Il devint sujet à diverses affections nerveuses, comme des spasmes dans les membres, des sursauts durant le sommeil, des songes effrayants, quelque fois une chaleur erratique aux mains et aux pieds; le désordre s'est étendu bientôt jusqu'à l'état moral ; il a commencé par ressentir des émotions vives pour les causes des plus légères ; s'il entend parler, par exemple, de quelque maladie, il croit aussitôt, en être attaqué. Parle-t-on dans la société intime de ses amis d'un égarement de la raison, il se croit aliéné et il se retire dans sa chambre, plein de sombres rêveries et d'inquiétudes : tout devient pour lui un sujet de crainte et d'alarme. Entre-t-il dans une maison il craint que le plancher ne s'écroule et ne l'entraîne dans sa ruine. Il ne pourrait sans frayeur passer sur un pont, à moins qu'il ne s'agit de combattre, et que la voix de l'honneur se fît entendre.* (Jolly, 2002, 92) ».

¹Ville de l'ex-U.R.S.S. (Union des Républiques Socialistes et Soviétiques). Bataille de l'empire, difficile victoire de Napoléon 1^{er} contre les russes en février 1807 à Eylau

Jolly a observé que dans les cas cliniques de Pinel, « *Tout y était déjà décrit : les cauchemars, la labilité émotionnelle, les réactions de sursaut, les manifestations psychosomatiques, ainsi que les symptomatologies anxieuses et dépressives* ».

Le milieu du XIX^e siècle a été marqué par de violentes guerres dont la bataille de Solferino (24 juin 1859), bataille de la campagne d'Italie qui a vu la victoire des troupes franco-piémontaises commandées par Napoléon III sur les autrichiens de François-Joseph à Solferino. Le philanthrope suisse Henri Dunant, spectateur horrifié et secouriste bénévole de cette bataille, qui selon les estimations, a fait environs 40 000 tués en la seule journée du 24 juin 1859, s'est procuré à ses frais, chemises, charpie, cheval, charrette et cocher pour ramasser les blessés de ce combat abandonnés sur le champ de bataille afin de les soigner dans les églises transformées pour la circonstance en hôpitaux. Trois (3) ans plus tard, c'est-à-dire en 1862, Dunant dépeint la scène horrible de Solferino dans un récit intitulé *Un souvenir de Solferino*. L'auteur décrit les rescapés de cette boucherie humaine en ces termes : « *les uns pâles et livides, anéantis, le regard hébété et semblant ne pas comprendre ce que l'on leur dit, les autres inquiets et agités d'un tremblement nerveux convulsif et, chez certains, une sensibilité nerveuse qui se traduisait par des gémissements et des sanglots* ». (Crocq, 2001b, 28).

Le caractère particulièrement sanglant de ce combat a été à l'origine de la création de la Croix Rouge en 1863. Ainsi, par ses actions sur le théâtre des opérations, Dunant est considéré comme le pionnier de l'action humanitaire et le principal fondateur de la Croix Rouge. En 1864, il a fait adopter la première convention de Genève.

Dans la même époque, Duchesne en France (1856) et Erichsen en Grande-Bretagne (1866) ont affirmé que les troubles présentés par les patients dans les tableaux cliniques trouvaient leur origine dans l'inflammation du cerveau et de la moelle épinière. (Crocq, 2001b).

Pour finir avec le premier point, nous mentionnerons deux (2) auteurs, (Da Costa et Mitchell), qui ont eu à travailler sur les événements de la Guerre de Sécession américaine (1861-1865). Après cette guerre, ce sont les neurologues qui ont dénombré plusieurs cas de « *nostalgie* » et des formes aiguës de névrose traumatique chez les soldats. Ainsi, deux (2) propositions nouvelles ont été faites par ces médecins aux armées. Da Costa (1871) a donné

des dénominations suivantes « *cœur de soldat* » (*soldier heart*) et « *cœur irritable* » (*irritable heart*) pour décrire les symptômes cardio-vasculaires chez les soldats revenus de la ligne de front, selon l'ancienne représentation symbolique des émotions et des sentiments par le cœur où se confondaient cœur symbole et cœur organe. Cette proposition de Da Costa dénommée « *cœur de soldat* » et « *cœur irritable* » sera rattachée plus tard aux manifestations neurovégétatives de l'anxiété de guerre. Mitchell, quant à lui, a reconnu l'existence d'une hystérie post-émotionnelle chez l'homme (Crocq, 2001b).

On remarque aussi, d'après cet exposé, que les véritables conditions d'observations des troubles psychologiques⁽¹⁾ se sont faites en premier dans des situations de guerre. Par la suite, les médecins ont tenté de comprendre la névrose traumatique sous l'angle physiologique, organiciste. Mais une révolution dans le domaine des réactions traumatiques sera apportée par la découverte de l'inconscient traumatique.

IV.1.1.1.2. Courte période des fondateurs (1880-1900).

La seconde moitié du XIX^e siècle est particulièrement riche en enseignements sur la pathologie traumatique et révèle des réflexions sur la question des conséquences psychiques des événements critiques. Cette fois, c'est sous l'impulsion des psychiatres civils impliqués auprès des victimes d'accidents de la voie ferrée que le problème a été abordé et étudié de façon systématique. A la suite des victimes d'accidents ferroviaires, les populations belligérantes ont alimenté les recherches (Jolly, 2002).

Les accidents dus au trafic ferroviaire avec leurs retombées psychiques ont suscité l'intérêt scientifique chez plusieurs auteurs. Ainsi, en 1884, les auteurs américains Putman et Walton, tout en défendant le diagnostic proposé antérieurement par les auteurs européens Duchesne et Erichsen, ont introduit le concept de « *railwayspine* » et qu'ils ont par la suite remplacé par celui de *railwaybrain*. En outre, ont-ils fait un rapprochement entre la symptomatologie des victimes et l'affection hystérique (Crocq, 2001b ; Jolly, 2002).

La même année, le psychiatre allemand Oppenheim serait le premier à avoir employé le concept de « *névrose traumatique* » (*traumatische Neurose*) pour décrire la symptomatologie

¹Un trouble psychologique est un dysfonctionnement psychologique associé à un sentiment de détresse ou à une dégradation fonctionnelle. (V. M. Durand & D. H. Barlow, M. Gottschalk (2004, 2-3)

présentée par les accidentés de la voie ferrée, et qu'il a déterminé comme une entité nosographique autonome. Par ces importantes observations sur les troubles post-traumatiques des victimes d'accidents de trains, Oppenheim reste encore de nos jours une référence dans l'histoire de la pathologie traumatique. Ainsi, dans son ouvrage intitulé « *Die traumatischen Neurosen* » (Les névroses traumatiques) paru quatre années plus tard, soit en 1888, Oppenheim a créé le concept de « *traumatisme psychique* » encore valable aujourd'hui et l'a introduit pour la première fois en psychopathologie. Dans ledit ouvrage, illustré de quarante-deux (42) cas de névrose consécutifs à des accidents de travail ou des accidents des réseaux ferroviaires, l'auteur opte sans équivoque pour une thèse psychogénique en mettant en cause l'effroi (*Schreck*) qui provoque un ébranlement psychique (*seelischeerschütterung*) et affectif (*Gremüterschütterung*) des sujets. Sur le plan clinique, Oppenheim a présenté des patients caractérisés par des souvenirs obsédants de l'accident, la labilité émotionnelle, des troubles de sommeil, des cauchemars de reviviscences, des phobies. En outre, il a souligné l'éventualité d'un décalage temporel entre les agressions et les symptômes y subséquents (Crocq, 2001 ; Jolly, 2002).

La publication d'Oppenheim est venue, selon Crocq (2001b), résoudre une ancienne controverse sur les troubles psychiques consécutifs aux accidents des chemins de fer, controverse initiée par les organicistes Duchesne et Erichsen. Ainsi, l'idée qu'il ne peut se développer une pathologie après un traumatisme en l'absence de toute lésion organique est maintenant révolue et laisse place à celle toujours actuelle que la frayeur, la surprise et la peur (triade de l'effroi) peuvent provoquer une pathologie durable.

Jean-Martin Charcot, dans ses *Leçons du mardi à la Salpêtrière* en 1888 et 1889, s'opposant aux réflexions de Oppenheim, a récusé l'indépendance nosologique de la névrose traumatique proposée précédemment par ce dernier. De fait, Charcot avait remarqué les mêmes symptômes chez ses patients à l'hôpital parisien de la Salpêtrière et a rattaché à l'hystérie et à la neurasthénie cette symptomatologie comme une forme étiologique. En Allemagne, c'est Kraepelin (1894) qui a poursuivi la réflexion en développant un tout autre concept, celui de *névrose d'effroi* (*Schrecksneurosen*) auquel il a conféré « *le statut nosologique autonome de l'hystérie traumatique de Jean-Martin Charcot* » (Crocq, op.cit.). Kraepelin a observé qu'un individu ayant simplement assisté à une scène d'accident peut développer une névrose d'effroi. Sur le plan clinique, l'auteur a relevé chez ses patients une rumination des événements liés au traumatisme, une perturbation de sommeil, une altération

dans la sphère relationnelle, une réduction des champs d'intérêts, une humeur dépressive et l'hypocondrie. (Jolly, 2002 ; Crocq, 2001b).

Par ailleurs, c'est en 1889 que le concept de traumatisme psychique est introduit dans le monde scientifique, car cette année là-même, Janet avait soutenu sa thèse de Doctorat ès lettres sur « *L'Automatisme psychologique* », dans laquelle il avait présenté des cas de névrose dus à un traumatisme psychologique. Pour Janet, « *les traumatismes proprement dits correspondent à des frayeurs éprouvées à l'occasion d'un accident ou d'une agression avec ou sans atteintes physiques, au choc émotionnel ressenti à l'occasion d'un viol ou d'un inceste, à l'effroi que provoque le spectacle de la mort ou de la violence, et à l'émotion que suscite la nouvelle brutale de la mort d'un être cher* ». (Jolly, 2002, 95).

Poursuivant ses réflexions, Janet a relevé que les paralysies, les troubles de conduite, les phobies et obsessions, les tics, les tremblements, ainsi que les contractures, les spasmes et les anesthésies sont les premiers symptômes et signes à suspecter pour le diagnostic de l'hystérie, de la neurasthénie : la névrose traumatique. En sus, il a proposé d'autres symptômes (cauchemars, rêveries, idées fixes) qui, par leur caractère itératif, « *inlassablement reproduisent le traumatisme* ». Et l'auteur de souligner aussi le changement de personnalité dont témoignent les blessés psychiques. Cette caractéristique clinique est aussi appelée « *changement d'âme* » par Ernst Simmel et « *transfiguration de la personnalité* » par Shatan, ou encore *personnalité traumatique* selon Crocq (2001).

Janet en est venu au constat que l'une des réalités cliniques qui caractérise au mieux l'état mental des patients est « *la compulsion à la reviviscence* » par laquelle le sujet reste scotché aux souvenirs de l'expérience vécue de l'événement traumatique sans pouvoir s'en défaire. Et pour illustrer cette caractéristique, il a repris, à propos, un vers de la cinquième épître de Boileau évoquant l'individu qui part en voyage pour oublier ses soucis : « *Quand un homme traumatisé par quelque triste souvenir cherche à l'oublier en partant au loin, le chagrin monte en croupe et galope avec lui* » (Crocq, 2001b, 6 ; Jolly, 2002, 95).

Janet attribue donc à la névrose traumatique la pathologie de « *désagrégation de la conscience* » qui a semblé caractériser les patients traumatisés. Il évoque l'« *idée fixe* » en relation avec la persistance de vagues souvenirs de l'événement traumatisant liés à des perceptions brutes, des images terrifiantes, des anxiétés invalidantes, etc. Cette notion d'idée fixe, associée à celle de désagrégation de la conscience, n'est pas une connaissance mais la conservation du traumatisme dans une partie du psychisme. Cette partie engendre ses effets

pathogènes tels que les reviviscences (gestes, images) « *automatiques* » (d'où le titre de sa thèse) archaïques et inadaptés qui coexiste avec les parties saines. (Crocq, 2001 **b** ; Jolly, 2002, Bessoles et Mormont, 2004).

S. Freud, un des principaux auteurs de ce mouvement et considéré comme le père de la psychanalyse, a apporté sa contribution dans les recherches sur les réactions traumatiques. Il a, dans ses différentes publications, parlé de *réminiscence* et de rêve traumatique. Réfléchissant sur la question du rêve traumatique, Freud a identifié la « *compulsion de répétition* » comme moyen de défense précédent le principe de plaisir, « *celle-ci aurait pour but de faire naître cet état d'angoisse propice à la mise en œuvre rétroactive d'une maîtrise qui aurait fait défaut, par effet de surprise lors de la confrontation au danger* ». (Jolly, 2002, 101).

Chez Freud, le rêve normal a une fonction hédonique, c'est-à-dire celle d'accomplir les désirs et de correspondre au principe de plaisir. Le rêve traumatique, quant à lui, a pour finalité une tentative d'annulation du traumatisme psychologique. Dans cette perspective d'annulation du trauma, le rêve ramène sans cesse le patient à l'incident critique, à l'événement potentiellement traumatique. On peut donc supposer que la fonction du rêve dans le traumatisme psychologique est détournée de sa finalité première.

IV.1.1.1.3. Période des continuateurs (1900 – 1980)

Lors de la guerre des Boers (1900-1902), opposant les afrikaners et les britanniques et, qui a consacré la victoire des derniers sur les premiers, la description de confusions mentales et d'hystéries de conversion après de violentes émotions éprouvées au cours des combats a été faite. Tel ce cas d'un officier qui, atteint de surditivité après une explosion, guérit miraculeusement au bout de quelques semaines dans le navire qui a assuré son rapatriement (Crocq, 2001**b**).

Il en va de même lors de la guerre russo-japonaise (1904-1905) survenue à la veille de la première Guerre Mondiale. Pour évoquer les séquelles psychiques induites par cette guerre, l'Allemand Honigman, qui y a participé comme psychiatre volontaire de la Croix Rouge, a proposé en 1908 le terme de « *névrose de guerre* » (*Kriegneurose*, en allemand, *war neurosis* en anglais), affection analogue à la névrose traumatique décrite précédemment par son compatriote Oppenheim. C'est le cas d'un officier russe qui, ayant survécu à une tentative

infructueuse de strangulation de la part de deux marins ennemis lors de l'abordage de son bateau, a présenté, dans la période qui a suivi l'incident critique, des accès de striction laryngée avec spasmes respiratoires ayant requis la pose d'une canule trachéale, et des récidives spectaculaires à chaque tentative de retrait de la canule. (Crocq, 2001b ; Jolly, 2002).

Une décennie après la précédente guerre, est survenue la Grande Guerre dont les leçons n'ont guère été assimilées par les psychiatres volontaires de la Croix Rouge. En effet, au début de ce conflit mondial, le Français Georges Lilan (1915) a observé, chez des soldats d'infanterie affectés par les durs combats, des états confuso-stuporeux, des sidérations avec obnubilation et des hallucinations. Il a donné à cette symptomatologie la dénomination de « *hypnose de combat* » avec une double étiologie : le choc émotionnel lui-même et l'épuisement physique dans lequel se sont trouvés les sujets. Malheureusement, la publication de Lilan est restée lettre morte (Crocq, 2001b ; Jolly, 2002)

Mais la réalité du traumatisme psychologique s'est imposée à nouveau à la conscience collective et sociale lorsque le front de bataille s'était stabilisé et que des soldats terrés dans leurs tranchées avaient subi des canonnades étourdissantes d'artillerie lourde. Les derniers, exposés aux horreurs des tranchées, ont été désorientés, stuporeux, tremblants, puis ont présenté des humeurs anxieuses et dépressives au fur et à mesure qu'ils ont repris contrôle des excitations. Pour ces signes observés, les diagnostics de « *vent de l'obus* » ou de « *obusite* » en France, ou de « *shell shock* » en Angleterre et de « *granatsexplosion* » ou encore de « *granatschockwirkung* » en Allemagne ont été formulés.

Par ailleurs, ayant remarqué que certains troubles aigus et massifs diminuaient alors que d'autres, suite à de faibles explosions se perpétuaient et se compliquaient, les psychiatres aux armées ont constaté que ces tableaux cliniques aggravés sont grevés de nombreux symptômes anxieux, neurasthéniques, hystériques post émotionnels, et ont proposé des diagnostics d'*anxiété de guerre*, de *neurasthénie de guerre* ou de *hystérie de guerre* (Crocq, 2001b ; Jolly, 2002).

Après les leçons antérieures sur les troubles psychiques, c'est le mouvement psychanalytique « *qui donnera toute sa profondeur à ces troubles qui deviendront des névroses de guerre (war neurosis)* » pour reprendre Jolly, (2002). C'est avec ce mouvement que les névroses ou psychonévroses (pour les cas graves) de guerre ont acquis leurs lettres de

noblesse. En effet, la psychanalyse émerge à peu près la notion de névrose traumatique proposée par Oppenheim.

Par les idées qu'il a développées, Fénichel « *est incontestablement le plus proche de l'orthodoxie freudienne par sa référence à la métaphore économique* ». (Jolly, 2002, 102)

Fénichel a conçu que le psychotraumatisme est une situation dans laquelle les modes d'adaptation habituels d'un individu ont échoué. Il faut alors à ce dernier trouver des modes d'adaptation nouveaux et meilleurs. Toutefois, il admet que le concept de trauma n'est pas absolu. A cet effet, certains stimuli ont une intensité si écrasante qu'ils ont une action traumatisante sur n'importe qui ; d'autres stimuli, en revanche, sont inoffensifs pour la plupart des individus, mais peuvent être traumatiques pour certains sujets. Il met ainsi en évidence la relativité du trauma et la variabilité des modes de réponses des individus face aux événements stressants, c'est-à-dire la susceptibilité propre aux sujets. Pour lui, cette relativité au trauma dépendrait d'un certain nombre de facteurs : facteurs constitutionnels (*fatigue, maladie*) ; facteurs historiques (*expériences antérieures et des circonstances extérieures avant l'action du trauma*) ; facteurs conjoncturels (*possibilité ou impossibilité, au moment où intervient le trauma, de réactions motrices*) et enfin les facteurs liés à l'organisation du psychisme (*refoulements antérieurs*). Dans cette condition, les individus les plus vulnérables sont ceux dont toutes les forces nécessaires de contrôle ou de défense sont toutes entièrement mobilisées pour la sauvegarde et le maintien des refoulements anciens. (Crocq, 2001b ; Jolly, 2002)

En outre, Fénichel présente quatre (4) symptômes des névroses traumatiques: *le blocage ou l'affaiblissement des fonctions du Moi ; les troubles de sommeil et les symptômes de répétition ; les crises émotives et enfin les complications névrotiques secondaires.*

Le blocage ou l'affaiblissement des fonctions du Moi peut être compris comme l'effet de la concentration de toute l'énergie mentale disponible sur une tâche unique, à savoir, la maîtrise de l'afflux d'excitations. L'urgence de cette tâche rend relativement peu importantes les autres fonctions du Moi, reléguées à cet effet au second rang ; ces dernières devant céder leurs énergies à la tâche urgente qui domine entièrement l'individu. Parmi les fonctions qui peuvent être affaiblies ou bloquées, parce que devenues secondaires après le trauma, figure la sexualité. En effet, de façon générale, l'intérêt sexuel a tendance à diminuer voire à disparaître

chez les névrosés traumatiques et, chez les sujets masculins par exemple, il est constaté très souvent une impuissance sexuelle. Cela s'expliquerait par le fait que l'énergie sexuelle, à l'instar des autres énergies psychiques, est mobilisée pour maîtriser le flot d'excitation et, n'est plus à la disposition de la sexualité, du plaisir sexuel. De même que l'intérêt sexuel diminue généralement chez les malades en raison du fait qu'ils deviennent narcissiques, de même l'énergie sexuelle peut perdre son caractère spécifique dans le traumatisme psychologique.

Toutefois, bien qu'ayant pris le symptôme sexuel pour illustrer le blocage des fonctions du Moi, nous devons relever qu'il s'observe le plus souvent dans les complications névrotiques secondaires.

Les symptômes de répétition, quant à eux, se manifestent aussi bien dans le sommeil qu'en état de veille. Le sommeil est un phénomène physiologique permettant le repos et la relaxation. Un organisme submergé d'excitation ne peut cependant pas se détendre. C'est ce qui justifie chez les sujets névrosés la présence de trouble de sommeil. Dans le cas où le sujet arrive à s'endormir, ce sont les rêves traumatiques qui l'assaillent : « *des insomnies et des rêves traumatiques surviennent visant à reprendre peu à peu le contrôle de ce qui a été ressenti au moment du trauma.* » (Jolly, 2002, 102).

Les répétitions du trauma ne sont pas limitées aux rêves. Elles se produisent aussi à l'état de veille. Elles sont en partie conscientes sous formes de réminiscence et de reviviscence. Le sujet, dans ces cas, ne peut s'empêcher de repenser toujours et sans cesse à l'événement et, de telles souvenirs provoquent de fortes émotions. Elles sont aussi inconscientes sous formes de tics qui n'ont apparemment aucune signification, mais qui à l'analyse, se révèlent être « *des répétitions des mouvements accomplis ou qui eussent été adaptés lors de la confrontation.* » (Jolly, 2002).

Puis, viennent les crises émotives qui ont lieu généralement à la suite d'un trauma, le sujet étant parfois agité et ayant tendance à pleurer, à hurler, à rire, même souvent ou à s'enfuir en courant (trouble panique). Les crises émotives, à ce stade, sont des décharges d'excitation produites au moment du trauma, mais qui n'ont pas pu être drainées en quantité suffisante. Elles sont réactivées souvent en présence d'un stimulus évocateur. En ce sens, elles relèvent des symptômes de répétition.

Enfin, dans les complications névrotiques secondaires les névroses traumatiques ne s'orientent pas vers une guérison, mais plutôt vers la survenue et le développement de certaines déficiences de la personnalité du sujet (psychonévrose ⁽¹⁾ ou psychose). Ce symptôme conduit à une réduction voire à une modification de la perception, du jugement du monde intérieur et extérieur du sujet. Ce symptôme est diversement appelé par d'autres auteurs. Ernst Simmel parle de « *changement d'âme* », Shatan le dénomme « *transfiguration de la personnalité* ». Crocq (2001b, 2007e) propose, quant à lui, les appellations forts variables de « *altération de la personnalité* », « *personnalité traumatique* » ou encore « *personnalité traumatonévrotique* ». Les complications névrotiques secondaires donnent lieu au sentiment de culpabilité, à l'irritabilité, à l'agressivité permanente, aux conduites pathologiques, aux problèmes affectifs, relationnels, sentimentaux, etc. C'est pour cette raison que nous avons dit précédemment que la diminution de l'intérêt sexuel est aussi un symptôme spécifique des complications névrotiques.

Les réflexions menées par ces psychanalystes ont été stimulées par les différents cas cliniques de la Grande Guerre. Cette dernière a donc été un véritable bassin pour les travaux sur le psychotraumatisme. Mais la Première Guerre Mondiale terminée et la paix retrouvée, les leçons de celle-ci ont été une fois de plus oubliées. La Seconde Guerre mondiale ainsi que la guerre américaine au Vietnam (1964–1973) se sont révélées comme de nouveaux points de départ dans les réflexions sur les traumatismes psychiques de guerre. En effet, à cause du nombre important de victimes militaires et civiles de ces guerres, l'intérêt porté au concept de trauma s'est accru.

De fait, lorsque la Seconde Guerre mondiale a éclaté en 1939, c'était la *psychiatrie de l'arrière* ⁽²⁾ qui était pratiquée. Ce n'est que tardivement, précisément, le 23 Avril 1943, que la *psychiatrie de l'avant* ⁽³⁾ a été instaurée pour les alliées grâce à une circulaire dénommée "

¹La psychonévrose est un trouble psychique intermédiaire entre la névrose et la psychose qui est caractérisé par le fait que le sens autocritique du patient est perturbé sans être aboli, ou par l'intensité des troubles qui peuvent prendre la forme d'une vraie psychose (Dictionnaire Le Nouveau Petit Robert).

²La psychiatrie de l'arrière consistait en l'évacuation des blessés psychiques des zones de combat pour les traiter vers l'arrière, c'est-à-dire loin du théâtre des opérations.

³La psychiatrie de l'avant exigeait de garder tout blessé psychique en observation à l'avant, dans les zones de combat pour une période, avant toute évacuation en cas d'aggravation de l'état du patient.

circulaire Bradley⁽¹⁾". Aussi cette circulaire a-t-elle recommandé l'utilisation du diagnostic d'*exhaustion* (épuisement) ou encore « *usure de combat* » (batte fatigue) ou encore « *secousse de combat* » (Battleshock) pour désigner les signes et les symptômes dont se plaignent les soldats. Mais finalement, c'est le diagnostic de *réaction de combat différé* (delayed combat reaction) qui a été préféré à celui d'*exhaustion* pour décrire les symptômes les plus sévères et les plus durables, autrement « *les troubles mentaux tardifs et durables ne survenant que lorsque le soldat est placé en retrait de combat, évacué ou rapatrié.* »

La symptomatologie la plus fréquemment rencontrée a été davantage les symptômes anxieux et les troubles psychotraumatiques, que les conversions hystériques de la Première Guerre mondiale. Sur le plan pathogénique, la dureté et la longue durée des combats sont incriminées et, il a été admis que chaque individu avait son propre point de rupture (breakdown point) (Crocq, 2001b ; Jolly, 2002.)

Par ailleurs, la découverte des camps de concentration et d'extermination nazis d'Auschwitz et de Buchenwald en 1945, a instruit la communauté scientifique sur une pathologie spécifique aux déportés. Selon Crocq (2001b), cette pathologie a d'abord été décrite en 1946 par Richet, puis en 1957 par Eugène Minkowski qui a remarqué l'« *anesthésie affective* » qui frappait les déportés. Mais, c'est le français Targowla qui a, un peu plus tard, c'est-à-dire en 1950, décrit « *le syndrome résiduel des camps* » (Jolly, 2002) ou encore le « *syndrome des déportés* » (Crocq, op. cit.), comprenant l'asthénie (motrice, mentale), l'hyperémotivité, l'angoisse et le repli de la personnalité (pessimisme, perte d'intérêt pour le monde, l'irritabilité, extinction du désir sexuel, sentiment d'impuissance et d'infériorité, découragement). Quatre années plus tard, soit en 1954, Targowla a identifié le « *syndrome d'hypermnésie émotionnelle* ».

Une demi-décennie après, c'est-à-dire en 1961, Eitinger a proposé la dénomination « *KZ syndrome (Konzentrationslager syndrome)* » pour désigner les symptômes décrits précédemment par Targowla. Et c'est finalement cette dénomination d'Eitinger que la communauté scientifique internationale a adopté aujourd'hui. (Crocq, 2001 ; Jolly 2002).

¹Bradley (Omar) est un général américain. Il commanda le 12^e groupe d'armées de la Normandie en Allemagne pendant la Seconde Guerre mondiale.

Aussi, au Japon, les deux (2) bombardements atomiques d'Hiroshima et de Nagasaki, (6 et 9 Août 1945), ont-ils été une base d'analyse et de compréhension des réactions traumatiques.

La guerre du Vietnam menée par les américains d'Août 1964 à Janvier 1973 a produit des troubles à grande échelle parmi les corps expéditionnaires américains et, elle a, par ailleurs, marqué un tournant dans l'histoire des psychotraumatismes de guerre. Il a y eu une importance quantitative de pathologies séquellaires parce que la psychiatrie de l'avant pratiquée pendant la dite guerre avait montré ses limites ; du coup, la confiance accordée aux effets de celle-ci a été trompeuse et illusoire. Pour ce faire, plusieurs anciens GI⁽¹⁾, une fois à l'abri, au repos, ont présenté des souffrances psychiques. En 1972, c'est le psychiatre et psychanalyste Shatan qui a le premier donné l'alarme aux professionnels de la santé mentale, en signalant l'existence et la grande fréquence de ce qu'il a nommé « *post-vietnam syndroms* ». L'extériorisation de ces syndromes est intervenue après retour des soldats américains en Métropole au terme d'un temps de latence relativement long, allant de quelques mois à plusieurs années. Ces anciens du Viêt Nam sont restés obsédés par les souvenirs de guerre, ont éprouvé d'énormes difficultés à reprendre le cours normal de leur vie antérieure et à rentrer en contact avec les autres (familles, amis, etc.). Ils ont continuellement été en proie aux reviviscences, aux cauchemars. En outre, ils se sont sentis incapables d'aimer autrui ou d'être aimés par lui, incapables de toute humanité. Certains ont développé des conduites agressives et violentes et des attitudes d'asociabilité. En somme, ils se sont sentis changés et ont eu l'impression d'avoir subi une « *transfiguration de la personnalité* » pour reprendre l'expression de Shatan. C'est la typique névrose traumatique décrite précédemment.

Par ailleurs, une année plus tôt, le médium américain le *New York Times* avait attiré l'attention du public sur la santé mentale des vétérans du Viêt Nam. En effet, dans un article en date du 26 Mai 1971, a été rapporté un fait tragique au cours duquel un ancien héros du Viêt Nam, décoré de la médaille d'honneur, avait été abattu par la police alors qu'il commettait un hold-up. Ce fait a corroboré ainsi les constats de Shatan relativement aux habitudes de violence et d'asociabilité de certains anciens GI. (Crocq, 2001b ; Jolly 2002).

¹General Infantry (infanterie générale), nom donné aux soldats américains de l'armée des Etats Unis. GI signifie aussi Galvanized Iron (acier inoxydable).

IV.1.1.1.4. Période des novateurs (de 1980 à nos jours)

Les séquelles psychologiques présentées par les anciens combattants des Etats-Unis revenus du Viêtname en 1973, ont entraîné un regain d'intérêt pour la pathologie traumatique et a concouru à l'inscription en 1980 de la névrose traumatique au sein de la troisième (3^e) révision et édition du système nosographique américain, le DSM ⁽¹⁾, mais en la dénommant Post-Traumatic Stress Disorder, en abrégé (PTSD). Ce système nosographique, se voulant a-théorique, a adopté une telle approche et a récusé le terme de névrose entaché à ses yeux de connotations freudiennes et de résonance étiologique. (Crocq, 2001b ; Jolly 2002 ; Marchard et Boyer, 2003 ; Berclaz et al., 2004).

Dans les premiers moments, les traumatismes psychiques de guerre ont été étudiés par la psychiatrie militaire et la psychanalyse aux armées. Les troubles psychiques ont été décrits sous des dénominations variables. Cependant, les expériences de la médecine militaire se sont étendues aux situations de vie quotidienne et la matière à étudier n'a seulement plus été les anciens combattants, mais aussi les populations civiles victimes de perturbations traumatiques. Toute une série d'observations et de réflexions sur le trauma survenant en temps de paix dans la société civile sont venues étoffer le corpus de travaux sur le PTSD.

Aux Etats-Unis, l'action du réseau des Vet Centers⁽²⁾ en faveur des anciens du Viêtname ainsi que des mouvements pacifistes et féministes ont poussé à la reconnaissance des traumatismes psychiques résultant des violences civiles. Elle a ainsi contribué à faire progresser les observations et les réflexions dans ce domaine pour aboutir à une description rigoureuse et précise du PTSD ⁽³⁾ et son adoption en 1980 par l'A.P.A. ⁽⁴⁾ et en 1992 par la

¹DSM: Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders. (Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux.)

²Le réseau des Vet Centers sont des centres de consultation installés près des centres commerciaux et des universités et employant non seulement des psychiatres, mais aussi des psychologues, des assistants sociaux, des éducateurs, des enseignants et des conseillers juridiques. Grâce à leurs actions, 700 000 vétérans sur trois (3) millions d'hommes envoyés au Viêtname avaient été auscultés et identifiés comme souffrant de séquelles psychiques. (L. CROCQ, 2001,43)

³PTSD (Post-Traumatic Stress Disorder) traduit variablement en français par Etat de Stress Post-traumatique (ESPT) ; Trouble de Stress Post-traumatique (TSPT) ou encore Syndrome de Stress Post-traumatique (SSPT.)

⁴A.P.A. : American Psychiatric Association (Association Psychiatrique Américaine)

dixième édition la CIM ⁽¹⁾ de l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé). (Crocq, 2001 ; Jolly 2002 ; Marchard et Boyer, 2003 ; Berclaz et al., 2004). Tout ceci a donné lieu à un spicilège de publications et à la constitution, en 1985, de la société spécialisée ISTSS ⁽²⁾, suivie de celle de sa filiale française ALFEST ⁽³⁾.

Cependant, beaucoup de cliniciens européens préfèrent l'appellation *psychotraumatisme* à celle de PTSD. Ceux de l'ALFEST prônent, quant à eux, le vocable de « *syndrome psychotraumatique* ». Nous nous apercevons que les différents auteurs ont enrichi les connaissances et les réflexions sur les processus en jeu dans les réactions psychotraumatiques.

Bien que le diagnostic du PTSD soit aujourd'hui étendu aux événements de la vie civile, le contexte qui nous interroge dans la présente étude est celui de la guerre. Par conséquent, notre diagnostic de la pathologie psychotraumatique sera exclusivement en rapport avec les événements de la guerre, c'est-à-dire avec les traumatismes psychiques de guerre dont souffrent des enfants et des adolescents affectés par les conflits armés. En plus, l'intégration de ces mineurs à la guerre témoignent clairement du déplacement de la violence des affrontements en direction des populations désarmées dans leur ensemble. Elle est une caractéristique omniprésente dans tous les conflits armés actuels.

IV.1.1.2. Matérialité du trauma chez l'enfant et l'adolescent

Au début des réflexions sur le trauma, l'enfant était considéré par les chercheurs d'alors comme un être que la Providence avait doté de qualités exceptionnelles qui le rendaient "insensibles" aux traumatismes et qui le mettaient à l'abri de toute infortune. Selon toujours cette croyance de l'époque, l'enfant était un "ange", être supérieur moralement et psychiquement qui était au-dessus de toute atteinte. C'est ce que Crocq (2001b, 46) a souligné en ces termes :

La tradition clinique a longtemps crédité l'enfant d'une certaine "imperméabilité" aux traumatismes psychiques de guerre ou de paix. Son image de "victime innocente" ne

¹CIM : Classification Internationale des Maladies Mentales (CIM 10 = 10^e édition.)

²ISTSS : International Society for Traumatic Stress Studies, en français, société internationale pour les études sur le stress traumatique.

³ALFEST : Association de Langue Française pour l'Etude du Stress et du Trauma.

s'appliquait qu'aux conséquences physiques des traumatismes, car son psychisme était censé demeurer protégé tant par son immaturité intellectuelle que par le cocon de son univers de jeux et d'imaginaire. En outre, sa plasticité et sa faculté d'oubli lui permettaient de se réinsérer ensuite totalement dans l'univers retrouvé d'une existence paisible sans aucune place dans la conscience pour de mauvaises réminiscences.

Ce sont ces conceptions qui expliquent le piétinement des recherches sur les traumatismes psychiques chez l'enfant et l'adolescent.

Cependant, la multiplication des guerres civiles qui ont frappé sans discrimination autant les combattants que les populations civiles, vieillards, femmes et enfants, ont placé l'opinion publique devant l'évidence des séquelles psychiques chez les enfants et adolescents victimes de guerre et ont suscité des réflexions à caractère scientifique. A ce propos, une revue succincte, dressée par Crocq, dans le chapitre « Perspective historique sur le trauma » pour l'ouvrage collectif « *Les Traumatismes psychiques* » qu'il a lui-même dirigé, identifie quatre (4) étapes historiques dans l'étude de trauma chez l'enfant ⁽¹⁾.

La première période dite "*empirique*", a débuté dans la seconde moitié du XIX^{ème} siècle et s'est achevée dans la troisième décennie du XX^{ème} siècle. Dans ce premier intervalle de temps, parmi les rares observations cliniques chez l'enfant, il convient de citer l'observation clinique de névrose traumatique de Janet sur le cas d'un enfant dans sa thèse sur "*L'Automatisme psychologique*".

La seconde période, dénommée "*Période d'alarme*" s'étend de 1930 à 1950. Elle couvre la Seconde Guerre mondiale. Les réflexions de cette époque ont concerné les nombreux enfants et adolescents déplacés et qui ont erré à travers l'Europe à la fin de la guerre ainsi que des enfants des adolescents vivant en institutions (orphelinats, hôpitaux). Les chercheurs de ce moment ont été particulièrement frappés par la souffrance psychique qu'ont présentée ces sujets. Parmi ces auteurs, se trouvent les époux Brauner qui ont montré la réalité du trauma chez l'enfant et l'adolescent. En effet, Albert Brauner, docteur et éducateur d'enfants ainsi que son épouse Françoise, pédiatre, tous deux volontaires pour soutenir la République

¹. La plupart des auteurs et des travaux cités dans cette partie de notre travail sont tirés du chapitre de l'ouvrage suscit.

espagnole en guerre, ont secouru les enfants et adolescents évacués des zones de combat. Pendant cette guerre civile espagnole (1936-1939), ils ont su étudier l'appareil psychique de certains mineurs emportés dans la tourmente de la guerre. Au contact de ces derniers, le couple Brauner a découvert toute la portée clinique du dessin et a conduit à cet effet une expérience novatrice, en proposant aux sujets de représenter par le dessin leur vie, avant, pendant et après la guerre. Ils ont collectionné des milliers de dessins et cette expérience est devenue depuis lors une technique d'investigation et de thérapie. Cette technique a permis d'instruire sur la présence et la nature de certains troubles psychiques chez l'enfant et l'adolescent. Au cours de ladite expérience, la froideur affective, les vécus d'insécurité et d'abandon, ainsi que l'angoisse ont été des symptômes observés et décrits par les Brauner. Ainsi, la "collection Brauner" est devenue une estimable source lumineuse pour les cliniciens et « *un fonds précieux pour l'étude des traumatismes de guerre sur l'enfant.* » (Crocq, 2001 ; Ripa, 2006)

Les époux Brauner, en traçant les sillons des recherches sur le trauma infantile, ont ainsi agrandi le champ de connaissances des psychotraumatismes.

La troisième phase a débuté en 1950 et s'est prolongée jusqu'à 1970. Cette période est considérée comme la "*période de synthèse*". C'est surtout pendant cette ère que de nombreux travaux sur l'enfant et la guerre ont été menés dans le monde. Il sied d'énumérer les travaux du pédiatre et psychanalyste anglais Bowlby. Dans le prolongement des études de Spitz dont il se réclame le disciple, Bowlby a livré les conclusions de ses recherches sur l'attachement et la perte d'affection. Il a révélé que le processus d'attachement de l'enfant à une figure maternelle est une part essentielle du tréfonds de l'espèce humaine. L'attachement réussi, c'est-à-dire la réponse adéquate de l'entourage à tous les signaux de l'enfant, construit le sentiment de confiance en soi et de sécurité du petit qui affrontera mieux les séparations et les épreuves ultérieures. A l'inverse, les enfants "prédisposés" devraient présenter des séquelles psychotraumatiques.

La quatrième étape est celle qui a commencé depuis les années 1980 et qui se poursuit jusqu'à nos jours. C'est l'époque contemporaine baptisée "*période de progrès*", parce que marquée par des recherches sur le trauma avec tous les riches apports des chercheurs de ce domaine.

Ainsi, Moskowitz a mené une étude sur une vingtaine d'autres enfants pour la plupart rescapés du camp de Buchenwald. Il a identifié « *le syndrome de Buchenwald* » caractérisé par « *la défiance, une mentalité soupçonneuse, ainsi que le retrait affectif et social.*»

Une autre étude menée par Hemmendinger (1986), analysant la sphère affective de certains enfants rescapés des camps, a eu le même rapport de conformité avec celle de Moskowitz, corroborant le diagnostic de *dessèchement affectif*. Eugène Minkowski avait précédemment englobé ce symptôme sous le vocable de « *anesthésie affective* », et Crocq a, quant à lui, préféré la dénomination « *désert affectif* ». (Crocq, 2001b)

On peut donc considérer les trois premières décades du XXème siècle, comme la période à partir de laquelle les traumatismes psychiques chez les enfants victimes de guerre ont été étudiés de façon systématique. A cette époque, a apparu l'idée toujours actuelle que les expériences pénibles et inédites auxquelles les enfants sont confrontés peuvent provoquer des pathologies psychotraumatiques. De fil en aiguille, la pensée et les jugements cliniques sur le psychotraumatisme infantile ont progressé et se sont affinés, de sorte qu'aujourd'hui, nous disposons d'un corpus de travaux qui ont permis de rejeter les illusions d'esprit d'après lesquelles l'enfant était invulnérable, invincible grâce à une "immaturité intellectuelle" prétendument protectrice.

Si, l'on a longtemps cru que les enfants étaient insensibles aux traumatismes, il est admis de nos jours que c'est le contraire qui advient. De fait, parce qu'elle est malléable et inachevée, la personnalité des enfants est plus naturellement perturbée et peut en quelque façon subir davantage d'altérations que celle des adultes. En sus, les traumatismes subis dans l'enfance peuvent avoir de graves conséquences, tant sur le développement que sur la santé somatique, mentale ou le bien-être psychosocial.

De notre analyse, il ressort que ce sont ces efforts progressifs et continus qui ont contribué à la prise en compte, dans les systèmes nosographiques, des particularités liées à la clinique de l'enfant et de l'adolescent. Aussi, en tenant compte de la clinique de l'enfant, ces nosographies admettent-elles l'idée que les enfants, tout comme les adultes sont susceptibles de présenter des affections psychiques après la confrontation à un incident critique. Vilamot

(2007) soutient que l'enfant ou l'adolescent traumatisé présente le même tableau clinique que l'adulte.

Ainsi, dans la foulée de la communauté scientifique, la société quasi-entière est unanime sur le fait que, exposée aux situations traumatogènes, une forte proportion d'enfants présente diverses réactions, allant des réactions aiguës des premières heures ou premiers jours, aux cas chroniques et durables. Dans la dernière hypothèse, les sujets développent de profondes modifications de leurs personnalités qui sont, dans la plupart des cas, socialement invalidantes.

En somme, les études sont venues mettre à nu les stéréotypes de l'immunité absolue de l'enfant et l'adolescent face aux traumatismes psychiques. Ainsi, le traumatisme psychologique chez l'enfant et l'adolescent est aujourd'hui dégagé des tabous qui l'enveloppaient, et nous nous autorisons à dire qu'en ce qui concerne la clinique du trauma chez l'enfant, on est passé du mythe à la réalité. Cependant, dans la présente étude, nous ne pouvons présenter l'ensemble des séquelles psychologiques générés par la guerre. Seulement, un type particulier de souffrance psychique connu sous les dénominations variables de PTSD, névrose traumatique et syndrome psychotraumatique, d'Etat de Stress Post-traumatique (ESPT) ou encore de Trouble de Stress Post-traumatique (TSPT) sera appréhendé. Cette précision faite, comment certaines nosographies ⁽¹⁾ décrivent-elles la pathologie du PTSD ou de névrose traumatique?

IV.1.1.3. Nosographies et séquelles psychotraumatiques

Nous avons retenu dans cette section deux (2) nosographies que nous comparons, en examinant les rapports de ressemblances et de divergences au niveau de chacun des états successifs de la pathologie traumatique. Les nosographies concernées sont le DSM IV et celle de l'ALFEST.

¹Nosographie est une description et une classification méthodiques des maladies

IV.1.1.3.1. Différentes phases de la pathologie psychotraumatique

Le manuel officiel de l'Association Psychiatrique Américaine, le DSM, en sa quatrième (4^e) édition, détermine trois (3) phases dans la pathologie psychotraumatique. La première phase, dénommée « *phase immédiate* », survient aussitôt après l'événement et dure un minimum de deux (2) jours et un maximum de quatre (4) semaines. La séquelle traumatique de cette phase est appelée Acute Stress Disorder, en français *Etat de Stress Aigu (ESA)*. (Crocq, 2001b, 2007e ; Marchard et Boyer, 2003).

La seconde phase, dite *post-immédiate*, apparaît un (1) mois après la confrontation à l'événement. Le diagnostic PTSD aigu est retenu lorsque les symptômes de cette phase durent moins de trois mois.

La dernière phase, la plus complexe et difficile à schématiser parce que présentant à elle seule deux (2) pathologies, est désignée sous le vocable de *phase chronique ou différée*. En effet, lorsque la durée des symptômes excède trois (3) mois, on parle de *PTSD chronique*. Par ailleurs, lorsqu'il y a un écart temporel d'au moins six (6) mois entre l'exposition à l'événement et l'apparition des symptômes, on admet le diagnostic de *PTSD à survenue différée*, caractérisé par le trouble de l'adaptation, avec un temps de latence. Il est aussi reconnu que l'éclosion des premiers symptômes peut survenir des années après l'expérience traumatisante. (Crocq, 2001b, 2007e ; Jolly 2002 ; Berclaz et al., 2004).

Une autre nosographie non moins importante et actuelle a adopté le concept de *syndrome psychotraumatique* et a déterminé, elle aussi, trois (3) phases dans la clinique du trauma. Cette nosographie qui corrobore l'idée des trois (3) phases de la pathologie psychotraumatique est celle de l'ALFEST. Selon les cliniciens de cette obédience, seule la phase immédiate qui dure de quelques heures à une journée peut être dénommée *réaction émotionnelle immédiate*. Pour ces cliniciens de langue française, la seconde phase est cruciale parce qu'elle est implicitement un *temps de latence*, de « *méditation* » ou encore d'« *incubation* ». Pour cette étape, le diagnostic de *syndrome psychotraumatique transitoire* est retenu. Au cours de cette période, les symptômes sont souvent silencieux et discrets. Ils requièrent toute l'attention et la vigilance du clinicien. Ces symptômes durent variablement quelques mois ou années. Pour la troisième phase, les auteurs praticiens acceptent l'expression « *syndrome psychotraumatique différé* » qui « *recouvre toute la gamme de cas*

observés à cette phase ; aussi bien les pathologies psychotraumatiques transitoires (s'éteignant au bout de quelques mois, que des syndromes durables répondant aux critères exigés pour le diagnostic de l'ESPT (du DSM IV), que d'authentiques névroses traumatiques (avec altération typique de la personnalité) » (Crocq, 2001b, 46).

Comme points de ressemblance, nous relevons que toutes les nosographies sont unanimes sur l'identification de trois (3) phases dans la pathologie psychotraumatique : **phase immédiate, phase post-immédiate et la phase chronicisée ou différée.**

Nous avons, en revanche, déterminé trois (3) points de divergences. Le premier point concerne la dénomination des perturbations psychiques. En effet, cette désignation diffère d'une nosographie à une autre. En sus, la durée variable des symptômes selon ces grilles de description constitue le second point. Le dernier point de dissimilitude se situe au niveau de la troisième phase. Là où le DSM IV parle deux (2) séquelles, l'entité nosographique de l'ALFEST reconnaît une seule séquelle.

Dans le tableau 1 ci-après, les différentes phases, les symptômes qu'on y trouve ainsi que leurs durées respectives sont présentés.

Tableau 1: Tableau récapitulatif et comparatif de la réalité clinique, DSM IV et Echelle

ALFEST.

Nosographies Phases	Diagnostic DSM IV	Diagnostic ALFEST
<i>Phase immédiate</i>	Etat de Stress Aigu (ESA) <i>(1ers jrs à 1 mois)</i>	Réaction émotionnelle immédiate <i>(qqs. heures à 1 jnée)</i>
<i>Phase post-immédiate</i>	PTSD <i>(de 1 mois à 3 mois)</i>	Syndrome psychotraumatique transitoire <i>(1ers jrs à qqs. Mois, voire qqs. années)</i>
<i>Phase chronicisée ou différée</i>	- PTSD chronique <i>(de 3 mois à 6 mois)</i> - Trouble de l'adaptation <i>(de 1 mois à 3 mois)</i>	Syndrome psychotraumatique différé <i>(A partir de qqs. Mois, voire qqs. années)</i>

Vu que l'évaluation des troubles psychiques dans la présente étude intervient plusieurs années après la survenue de l'événement traumatogène, il va de soi que les syndromes psychotraumatiques à diagnostiquer chez nos sujets sont exclusivement ceux de la phase chronicisée ou différée, c'est-à-dire les conséquences psychopathologiques et psychosociales à long terme des traumatismes.

IV.1.1.3.2. Description de la symptomatologie de l'ESPT ou PTSD.

Pour présenter les perturbations psychiatriques et psychosociales chez nos sujets, nous avons choisi deux (2) élaborations cliniques en vogue dans le domaine de la psychopathologie. Ce sont le diagnostic de PTSD recommandé par le DSM IV et celui de syndrome psychotraumatique préconisé par le système nosographique de l'ALFEST. Cette dernière a la particularité de se substituer à la défunte névrose traumatique et d'enrichir la sémiologie de celle-ci (Jolly, 2002).

IV.1.1.3.2.1 Description selon le DSM IV

Les auteurs du DSM ont admis plusieurs modifications de cette nosographie américaine. En effet, parue en 1952 avec la dénomination DSM I, cette grille diagnostique a connu plusieurs révisions successives. Ainsi, en 1968, nous avons eu le DSM II, en 1980 le DSM III, en 1987 le DSM III-R ⁽¹⁾, en 1994 le DSM IV et enfin, en 2000 la dernière version du DSM. C'est depuis 1980 que le PTSD a été introduit dans le DSM III.

Depuis 1980, date de l'inscription du PTSD dans le DSM III, cette entité nosographique a connu, relativement à son diagnostic, trois (3) correctifs consécutifs. Les rectifications et les modifications successives apportées au diagnostic de PTSD témoignent de l'évolution de la pensée psychiatrique américaine sur le trauma. De fait, les conséquences potentielles sévères et invalidantes du trauma sont formellement reconnues et identifiées.

Nous ferons l'économie des différentes modifications apportées par les auteurs américains du DSM. Dans les lignes qui suivent, les manifestations que nous présentons sont celles de l'entité nosographique PTSD du DSMIV.

En 1994, soit sept (7) ans après la publication du DSM III-R, les auteurs américains ont procédé à des critiques de ladite nosographie. Ainsi le DSM IV, produit de réflexions et d'expériences intenses, apparaît comme la forme évoluée et affinée de la pensée psychiatrique américaine.

Nous ferons ci-après, un tableau récapitulatif présentant tous les symptômes et critères diagnostiques du PTSD énoncés plus haut.

¹R signifie Revised, en français Révisé.

Tableau 2: Définition et Critères du PTSD chez l'enfant et l'adolescent dans le DSM IV.

A – LA CONFRONTATION A L'ÉVÉNEMENT TRAUMATIQUE
<p>Le sujet a été exposé à un événement traumatique dans lequel les deux (2) éléments suivants étaient présents :</p> <p>1 - Le sujet a vécu, a été témoin ou a été confronté à un événement ou à des événements durant lesquels des individus ont pu mourir ou être très gravement blessés ou bien ont été menacés de mort ou de grave blessure ou bien durant lesquels son intégrité physique ou celle d'autrui a pu être menacée.</p> <p>2 - La réaction du sujet à l'événement s'est traduite par une peur intense, un sentiment d'impuissance ou d'horreur.</p> <p><i>N.B : « Chez les enfants, un comportement désorganisé ou agité peut se substituer à ces manifestations. »</i></p>
B – SYMPTÔMES D'INTRUSION
<p>L'événement traumatique est constamment revécu de l'une (au moins) des façons suivantes :</p> <p>1 - Souvenirs répétitifs et envahissants de l'événement provoquant un sentiment de détresse et comprenant des images, des pensées et des perceptions.</p> <p><i>N.B : « Chez les jeunes enfants peut survenir un jeu répétitif exprimant des thèmes ou des aspects du traumatisme ».</i></p> <p>2 - Rêves répétitifs de l'événement provoquant un sentiment de détresse.</p> <p><i>N.B : « Chez les enfants, il peut y avoir des rêves effrayants sans contenu reconnaissable ».</i></p> <p>3 - Impressions ou agissements soudains « comme si » l'événement traumatique allait se reproduire (incluant le sentiment de revivre l'événement, des illusions, des hallucinations et des épisodes dissociatifs (flash-back), y compris ceux qui surviennent au réveil.)</p> <p><i>N.B : « Chez les jeunes enfants, des reconstitutions spécifiques du traumatisme peuvent survenir.»</i></p> <p>4 - Sentiment intense de détresse psychique lors de l'exposition à des indices externes ou internes évoquant ou ressemblant à un aspect de l'événement traumatique en cause.</p> <p>5 - Réactivité physiologique lors de l'exposition à des indices internes ou externes pouvant évoquer ou ressembler à un aspect de l'événement en cause (tachycardie, transpiration, sensation de froid, bouffée de chaleur, tremblements, etc.)</p>
C – SYMPTÔMES D'ÉVITEMENT & D'EMOUSSEMENT
<p>Évitement persistant des stimuli associés au traumatisme et émoussement de la réactivité générale, avec au moins des manifestations suivantes :</p> <p>1 - Efforts pour éviter les pensées, les sentiments ou les conversations associées au traumatisme.</p> <p>2 - Efforts pour éviter les activités, les endroits ou les gens qui éveillent des souvenirs du traumatisme.</p> <p>3 - Incapacité de se rappeler d'un aspect important du traumatisme.</p> <p>4 - Réduction nette de l'intérêt pour des activités importantes ou réduction de la participation à ces activités.</p> <p>5 - Sentiment de détachement d'autrui ou de devenir étranger par rapport aux autres.</p> <p>6 - Restriction des affects (par exemple : incapacité à éprouver des sentiments tendres).</p> <p>7 - Sentiment d'avenir (bouché). (par exemple : penser ne pas pouvoir faire carrière, se marier, avoir des enfants ou avoir un cours normal de la vie.).</p>
D – SYMPTÔMES NEUROVEGETATIFS
<p>Présence de symptômes persistants traduisant une activation neurovégétative (ne persistant pas au traumatisme), comme en témoigne la présence d'au moins deux (2) des manifestations suivantes :</p> <p>1 - Difficulté d'endormissement ou sommeil interrompu.</p> <p>2 - Irritabilité ou accès de colère</p> <p>3 - Difficultés de concentration</p> <p>4 - Hypervigilance</p> <p>5 - Réaction de sursaut exagérée</p>
E - Les perturbations des critères B, C, D durent plus d'un mois.
F - La perturbation entraîne une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.
<p>Trouble aigu (< 3 mois), chronique (> 3 mois), différé (apparaît 6 mois)</p>

Certains auteurs soulignent la portée de la grille diagnostique américaine grâce aux différentes améliorations apportées au diagnostic du PTSD, et lui reconnaissent « *le mérite d'avoir réhabilité l'entité diagnostique européenne de névrose traumatique oubliée au lendemain de la Seconde Guerre mondiale, et facilité l'émergence de tout un corps de travaux actualisant l'expérience de la psychiatrie américaine, mais aussi européenne.* » (Jolly, 2002,117).

Pour sa part, Crocq (2001b, 55) soutient que les restructurations successives apportées à l'analyse sémiologique du PTSD sont significatives parce qu'elles « *traduisent un rapprochement de la pensée américaine vers la clinique psychiatrique européenne.* ». Abondant dans le même sens que les précédents, De Clercq (2001c, 104) ne nie pas « *la réalité clinique définie par le DSM IV.* »

En revanche, ces mêmes auteurs relèvent les limites du diagnostic du PTSD proposé par les auteurs anglo-saxons.

Ainsi, De Clercq (2001c) reproche au DSM IV sa description partielle des symptômes du PTSD qui écarte certaines manifestations cliniques qui auraient pu être intégrées aux critères diagnostiques de ce trouble. A ce propos, il fait remarquer que :

« *Le DSM range au rang des pathologies associées de comorbidité ⁽¹⁾, les troubles anxieux, les troubles dépressifs, les troubles de personnalité, les modifications caractérielles, les troubles de la conduite, pour ne citer que ces problèmes psychopathologiques omniprésents dans tous les tableaux cliniques que nous rencontrons. Ils ne sont pas inclus dans la nosographie du "PTSD", alors qu'ils semblent constituer des symptômes spécifiques de la névrose traumatique, ce que nos collègues américains appellent des **coresymptoms**. Il ne peut en aucun cas constituer ou rassembler l'ensemble des conséquences psychopathologiques provoqués par le traumatisme psychique chez les individus fragilisés ou particulièrement saisis par cette rencontre avec le réel de la mort, la leur propre ou celle de proches ou victimes.* » (pp. 103-104).

Un peu plus virulents sont les critiques de Crocq. En effet, en plus des reproches antérieurs, Crocq fait grief de certaines confusions et imprécisions rencontrées dans l'établissement du diagnostic du PTSD. De fait, il réproche la pensée américaine qui, au niveau du critère (B) du DSM relatif au syndrome d'intrusion, ne fait aucun distinguo entre

les variantes cliniques, les registres d'expression et les circonstances de survenue dudit syndrome (Voir Tableau 2, p.93). En sus, l'auteur est particulièrement choqué par le fait que les concepteurs du DSM n'aient fait aucune mention dans la description du PTSD, de la structure de la personnalité traumatique reconnue précédemment par Fenichel.

Ce sont ces limites et ces carences qui ont conduit l'école européenne francophone, plutôt française, à se démarquer du concept de PTSD. Elles sont également à l'origine de l'élaboration et de l'adoption de l'entité nosographique de *syndrome psychotraumatique*. Cette récrimination se résume en ces mots :

Devant cette impropriété du terme, ces carences, ces expressions et ces défauts de logique, le mieux est de récuser en Europe le diagnostic de PTSD et lui substituer celui de syndrome psychotraumatique, en y maintenant les critères de l'ancienne névrose traumatique. On sera ainsi plus en accord avec la gamme des cas observés en clinique, plus en accord avec la réalité du trauma, et plus en accord avec la logique d'une stricte analyse sémiologique. (Jolly, 2002, 117)

IV.1.1.3.2.2. Description selon l'ALFEST

Le syndrome psychotraumatique est un trouble psychologique promu par l'ALFEST. Les cliniciens de cette tendance ont préféré ce pattern de syndrome psychotraumatique à celui de PTSD. Le maître mot et le concept prôné par l'ALFEST est le traumatisme psychique. Selon cette conception française, « *le traumatisme désigne une collection significative de troubles psychiques qui surviennent au décours de cette soudaine intimité* » (Jolly, 2002, 126). Pour Crocq, (2001a, 4), « *le traumatisme psychique est un phénomène qui se déroule dans le psychisme, sous l'impact d'un événement potentiellement traumatique* ».

Sur le plan clinique, le syndrome psychotraumatique se subdivise en trois (3) pans : les deux (2) signes pathognomoniques ⁽¹⁾, le syndrome de répétition et les modifications ou altérations de la personnalité, ainsi que les symptômes non-spécifiques.

¹Signe pathognomonique : « *symptôme qui se rencontre seulement dans une maladie déterminée et qui suffit à en établir le diagnostic.* » (Dictionnaire *Le Nouveau Petit Robert*)

IV.1.1.3.2.2.1. Syndrome de répétition traumatique

Le syndrome de répétition traumatique est le retour à la conscience, n'importe quand et n'importe où de l'événement traumatisant. Celui-ci s'impose au psychisme du sujet à l'occasion de réminiscence et de reviviscence. C'est du reste pour le blessé psychique le début d'un long processus durant lequel le trauma va prendre une dimension sociale et durable qui dépasse le seul moment d'effroi.

Sur le plan clinique, la présence de syndrome pathognomonique de répétition est remarquée dans ses sept (7) variations cliniques, trois (3) registres d'expression et trois (3) types de circonstances de survenue. (Jolly, 2002 ; Crocq, 1992b, 2007e).

Le syndrome de répétition traumatique se manifeste sous forme de *reviviscence hallucinatoire*, de *reviviscence par illusion*, de *souvenir forcé*, de *rumination mentale*, de *vécu comme si l'événement allait se produire*, de *d'agir comme si l'événement se reproduisait* et de *cauchemar de répétition*.

Pour établir le diagnostic du syndrome de répétition, il n'est pas exigé que le sujet cumule toutes les sept (7) variantes cliniques énumérées ci-dessus, ce qui est rarissime. Une (1) ou deux (2) suffisent.

Le syndrome de répétition se traduit par trois (3) registres d'expression : *la détresse psychique*, *l'orage neurovégétatif* et *l'attitude de raidissement du corps*.

Les circonstances de survenue des reviviscences englobées sous le vocable de syndrome de répétition traumatique sont de trois (3) types : *l'apparition spontanée*, *l'apparition en réponse à un stimulus évocateur* et *l'apparition d'une baisse du niveau de conscience*.

IV.1.1.3.2.2.2. Personnalité traumatonévrotique.

La personnalité traumatique qui est une altération, un remaniement de la personnalité, a été décrite depuis la Première Guerre mondiale (Grande Guerre). Ainsi Simmel (1918) l'a-t-il dénommée « *changement d'âme* ». Après la Grande Guerre, ce trouble a encore été diagnostiqué par d'autres auteurs tel Shatan qui en 1972 et 1974 a proposé l'expression de

« *transfiguration de la personnalité* ». La CIM 10 (1992) adopta le concept de « *modification de la personnalité*. » (Crocq, 2001, 2007).

On parle alors de personnalité traumatique, c'est-à-dire l'état changé de la personnalité sous l'effet du trauma, « *établissant un nouveau rapport avec le monde et avec soi-même, une nouvelle manière de percevoir, de ressentir, de penser, d'aimer, de vouloir agir.* » (Crocq, 2001b, 56). Ce signe de l'altération de la personnalité, pathognomonique du syndrome psychotraumatique, est donc un remaniement profond de la personnalité donnant lieu à l'affirmation d'une « *personnalité traumatonevrotique* » caractérisée par un triple blocage des fonctions du Moi : *le blocage de la fonction de filtration de l'environnement, le blocage de la présence au monde, le blocage de la fonction d'amour et de la relation aux autres.*

IV.1.1.3.2.2.3. Symptômes non-spécifiques.

« *Les symptômes non spécifiques sont ainsi dénommés car on peut les observer aussi dans d'autres affections mentales.* » (Vilamot, 2007, 42)

Ce sont des symptômes qu'on rencontre dans d'autres problèmes psychopathologiques et qui ne sont pas caractéristiques du seul syndrome psychopathologique. Ces symptômes viennent compléter et enrichir les tableaux cliniques de l'entité diagnostique de l'ALFEST où figurent déjà les symptômes pathognomoniques de répétition et d'altération de la personnalité. On peut, grosso modo, ranger ces symptômes en cinq (5) catégories distinctes : *l'asthénie, l'anxiété, les superstructures psychonevrotiques, les troubles psychotraumatiques et les troubles de conduites.* (Jolly, 2002 ; Crocq, 2007).

Dans le tableau 3, nous faisons un récapitulatif des symptômes psychotraumatiques. Puis, nous établissons les ressemblances et les dissemblances entre la clinique du PTSD et celle du syndrome psychotraumatique dans le tableau 4.

Tableau 3: Structure clinique des syndromes psychotraumatiques (Jolly, 2002, 129)

A – L'ÉVÉNEMENT TRAUMATIQUE
<p>Le sujet a été exposé à un événement dans lequel les deux (2) éléments suivants étaient présents :</p> <p>1-Le sujet a été confronté à un événement violent et exceptionnel relativement à sa personnalité et à la conjoncture de la situation.</p> <p>2-La réaction du sujet à l'événement s'est traduite par un sentiment d'effroi, d'incompréhension ou d'absence de secours.</p>
B – LE SYNDROME DE REPÉTITION
<p>Présence du syndrome pathognomonique de répétition, se manifestant dans les combinaisons diverses de ses huit (8) modalités, trois (3) registres d'expression et trois (3) types de circonstances.</p> <p>Sept (7) modalités de manifestation :</p> <p>1- réviviscences hallucinatoires</p> <p>2- illusion</p> <p>3- souvenir forcé</p> <p>4- rumination mentale</p> <p>5-Le vécu comme si ..., crises émotives</p> <p>6- agir comme si... (conduites de répétition)</p> <p>7- cauchemar de répétition</p> <p>Trois (3) registres d'expression :</p> <p>1-La détresse psychique</p> <p>2-L'orage neurovégétatif</p> <p>3-L'attitude de défense de raidissement du corps</p> <p>Trois (3) circonstances de survenue</p> <p>1-Apparition spontanée</p> <p>2-Apparition en réponse à un stimulus évocateur</p> <p>3-Apparition à la faveur d'une baisse du niveau de conscience.</p>
C – LA PERSONNALITÉ TRAUMATONEVROTIQUE
<p>Remaniement sous-jacent de la personnalité, donnant lieu à l'affirmation d'une personnalité traumatonevrotique, caractérisée par un triple blocage des fonctions du Moi</p> <p>Blocage de la fonction de filtration de l'environnement</p> <p>1-Etat d'alerte</p> <p>2-Sursaut à tout stimulus</p> <p>3-Resistance à l'endormissement, réveils fréquents</p> <p>4-Attitude de prospection-évitement</p> <p>5- Retrait à l'égard de l'environnement</p> <p>Blocage de la fonction de présence au monde</p> <p>1-Réduction de l'intérêt pour des activités motivantes</p> <p>2-Impression de détachement du monde</p> <p>3-Impression d'avenir bouché</p> <p>Blocage de la fonction d'amour et de relation aux autres</p> <p>1-Sentiment de détachement d'autrui</p> <p>2-Régression narcissique</p> <p>3-Irritabilité</p> <p>4-Retrait social</p>
D – LES SYMPTÔMES NON-SPECIFIQUES
<p>Présence fréquente de symptômes non-spécifiques, tels que :</p> <p>1-Asthénies physique, psychique et sexuelle</p> <p>2-Anxiété</p> <p>3-Superstructures psychonevrotiques hystériques, phobiques et obsessionnelle</p> <p>4-Troubles psychosomatiques</p> <p>5- Troubles de la conduite</p>
E – Les troubles sont durables
F – La perturbation entraîne une souffrance psychique et une invalidation sociale durable
Affection durable, voire chronique Temps de latence obligatoire

Tableau 4: Correspondances et différences entre syndrome psychotraumatique et Etat de Stress Post-Traumatique (DSM IV) (cf. Crocq 2007, pp. 46-47)

Syndrome psychotraumatique	Etat de stress post-traumatique (DSM-IV) (309-81)
<p>A – L'événement traumatique A1 – violence et exception A1 bis – relatif à personnalité ou conjoncture A2 – vécu effroi, non-sens, absence de secours</p>	<p>A – L'événement traumatique A1 – menace de mort ou de blessure A2 – vécu de peur, impuissance, horreur</p>
<p>B – Syndrome de répétition <i>Ses modalités de manifestation :</i> B1- réviviscences hallucinatoires B2- illusion B3- souvenir forcé B4- rumination mentale B5-Le vécu comme si ..., crises émotives B6- agir comme si... (conduites de répétition) B7- cauchemar de répétition <i>Ses circonstances de survenue</i> -spontanée, - provoqué par stimulus, - facilité par altération de la conscience (endormissement, intoxication) <i>Ses registres d'expression :</i> - détresse, - orage neurovégétatif, - raidissement de l'attitude.</p>	<p>B – Symptômes de réviviscence B1 – perceptions et images flash-back B1 bis – souvenirs répétitifs et envahissants B1 ter – agir comme si..., jeux répétitifs B2 – rêves répétitifs B3 – vécus comme si... B3 bis – flash-back de réveil ou d'intoxication - Détresse (voir B4) - Troubles neurovégétatifs (voir B5) B4 – détresse si exposé à stimulus évocateur B5 – troubles neurovégétatifs si stimulus évocateur</p>
<p>C – Altération de la personnalité Ca – <i>Blocage de fonction de filtration</i> C1 – état d'alerte C2 – sursaut à tout stimulus C3 – résistance à endormissement, réveils fréquents C4 – attitude de prospection-évitement C5 – retrait de l'environnement Cb – <i>Blocage de fonction de présence</i> C6 – réduction d'intérêt pour loisir et travail C7 – impression d'avenir bouché C8 – impression de détachement du monde Cc – <i>Blocage de fonction d'affection</i> C9 – incapacité à aimer autrui C10 – régression narcissique C11 – irritabilité C12 – retrait social</p>	<p>C – Evitement des stimuli évocateurs, émoussement de la réactivité générale C1 – éviter, pensées et sentiments évocateurs C2 – éviter activités, lieux, gens évocateurs C3 – incapacité de se souvenir un aspect... C4 – réduction d'intérêt pour activités antérieures C5 – sentiment de détachement d'autrui C6 – restriction affects, incapacité d'aimer C7 – sentiment d'avenir bouché D1 – difficulté endormissement, sommeil interrompu D2 – irritabilité D4 – Hypervigilance D5 – réaction de sursaut exagérée</p>
<p>D – Symptômes non spécifiques D1 – anxiété D2 – asthénie physique, psychique, sexuelle D3 – symptômes psychonévrotiques D4 – troubles psychosomatiques D5 – troubles des conduites</p>	<p>D – Hyperactivité neurovégétative D3 – difficulté de concentration</p>
<p>E – Temps de latence dans tous les cas Affection durable, voire chronique</p>	<p>E – « différencié » si éclos six (6) mois après le trauma La perturbation dure plus d'un mois (< 3mois = « aigu » ; > 3 mois = « chronique ».</p>
<p>F – Souffrance psychique et invalidation sociale variables (gamme de cas)</p>	<p>F – entraîne une souffrance significative et une altération du fonctionnement social</p>

Le syndrome psychotraumatique est désigné dans la nosographie européenne traditionnelle sous le nom de névrose traumatique. Le système nosographique américain, DSM IV, le dénomme Post-Traumatique Stress Disorder (PTSD), en français ESPT (Etat de Stress Post-Traumatique).

La description clinique et leurs critères diagnostiques sont, grosso modo, les mêmes dans les deux (2) cas.

Toutefois, il existe aussi des différences. On peut citer entre autres, la récusation par le DSM, du concept de névrose entaché à ses yeux de connotations psychanalytiques. En plus, le DSM n'intègre pas dans sa grille d'observation tous les autres symptômes et conduites, non spécifiques qui, dans les pratiques quotidiennes, font cependant partie intégrante du tableau clinique du PTSD. (De Clercq, 2001c).

Aussi les différences énumérées ci-dessus nous conduisent-elles à poser la question essentielle de savoir s'il existe réellement dans la description du syndrome psychotraumatique européenne (névrose traumatique) une forme clinique de l'enfant nettement distincte des syndromes psychotraumatiques de l'adulte.

Crocq (1992a ; 1992b ; 1998, 1999, 2001, 2007) et Vilamot (2007) pensent, *a priori*, que la réponse est négative dans la mesure où, les enfants et les adolescents présentent, comme les adultes, des phénomènes de reviviscence, un état d'alerte, des troubles de sommeil, de l'asthénie, de l'anxiété, des troubles phobiques ou hystériques, des troubles psychosomatiques et des conduites pathologiques. Ils poursuivent en affirmant que comme les adultes, la personnalité des enfants et adolescents peut subir, du fait du trauma, le triple blocage des fonctions de filtrage, de présence au monde et d'amour. Toutefois, les auteurs reconnaissent que les tableaux cliniques observés chez l'enfant et l'adolescent comportent davantage de plaintes somatiques et des blocages scolaires. Enfin, peut-être plus que l'adulte, on rencontre des tableaux cliniques où les perturbations de la personnalité semblent prendre le pas sur les phénomènes de reviviscence.

IV.1.1.4. Quelques théories étiologiques de l'ESPT.

En dehors des modèles fournis par l'APA et l'ALFEST, des chercheurs ont présenté d'autres théories étiologiques du PTSD.

Parmi elles, nous voulons présenter les théories cognitives et comportementales.

Les approches cognitives et comportementales sont des approches qui expliquent le comportement normal et pathologique à partir de la psychologie cognitive et comportementale. Elles insistent pour l'une sur le rôle des principes d'apprentissage et l'autre sur les modes de pensées dans l'acquisition et le maintien de l'ESPT. (Chabrol, 2004). C'est le lieu de montrer l'apport des modèles cognitifs et comportementaux dans la compréhension des traumatismes psychiques, notamment le trouble de stress post-traumatique.

IV.1.1.4.1. Théories étiologiques cognitivistes de l'ESPT

Plusieurs auteurs reconnaissent que l'impact, traumatique ou non, d'un événement dépend largement de l'interprétation qui en est faite. Dans l'approche cognitiviste contemporaine de l'étude de l'ESPT, trois axes sont privilégiés par les auteurs :

- Certains auteurs mettent en avant le rôle prépondérant des schémas cognitifs ;
- D'autres insistent sur la narration de l'événement traumatisant dans une perspective constructiviste ;
- D'autres encore s'attachent préférentiellement au traitement de l'information et des émotions.(Mormont, 2001).

IV.1.1.4.1.1. Rôle des schémas cognitifs de Janoff-Bulman et Epstein.

Selon Janoff-Bulman, l'Homme a trois conceptions de base : la conception de sa relation au monde, sa conception du monde et sa perception de soi. Pour l'auteur donc, l'événement traumatique vient ébranler, invalider ou annuler ces trois (3) conceptions. (Brillon, Marchand et Stephenson, 1996 ; Mormont, 2001 ; Marchard et Boyer, 2003)

La première supposition se rapporte à la croyance de son invulnérabilité personnelle. En effet, l'individu qui n'a jamais fait l'expérience d'un événement traumatique surévalue la possibilité de vivre des événements heureux et sous-évalue la possibilité pour lui d'expérimenter des événements funestes.

La seconde conception réfère à une perception du monde comme étant cohérent, rationnel, juste et maîtrisable. Un individu qui n'a jamais vécu d'incident critique croit foncièrement qu'il existe une conditionnalité entre l'incident et les comportements ou valeur des personnes qui le subissent. Cette conviction donne à l'individu un sentiment de

cohérence, de compréhension et de maîtrise du monde, étant donné que pour lui, tout malheur est le châtement pour ce qu'on a fait de mal. Par conséquent, bien se comporter est suffisant pour être à l'abri de toute mésaventure.

La troisième supposition consiste en la perception de soi comme un être valeureux, brave doté d'habiletés diverses.

Epstein (1990), cité par Brillon, Marchand et Stephenson (op. cit.) ainsi que Mormont (op. cit.), pense pour sa part que l'Homme a trois (3) croyances fondamentales que sont : le monde est aimable et source de joie ; il a du sens et est contrôlable ; le self est bon et doué.

Pour ces deux (2) auteurs, l'événement traumatique peut ébranler les trois (3) conceptions ou croyances. En effet, le sujet normal possède un profond sentiment de sécurité et de confiance. Mais le fait traumatisant vient effondrer et anéantir toutes ces certitudes. Ainsi, en lieu et place du sentiment d'invincibilité personnelle, s'installent l'angoisse, la détresse et la fragilité. Aussi, la croyance en un monde bienveillant et juste est-elle entièrement remise en question par le trauma et fait place dorénavant à une opinion du monde odieux et injuste.

Dès lors, l'expérience de victimation entraîne une confusion grave dans l'image de soi de la victime. Celle-ci peut présenter des manifestations cliniques inhabituelles, gênantes et invalidantes et être amenée à se sous-estimer. La victimisation ébranle également le sentiment de cohérence interne de la victime qui se trouve alors obligée de reconsidérer ses anciennes conceptions, maintenant incapables d'expliquer le monde bouleversé par ses dernières expériences. On en retient que l'expérience traumatique, par son apparition inopinée et violente, a trahi et anéanti les postulats du monde et de soi de la victime. Dès lors, le monde devient anxiogène et traumatogène pour la victime. L'opinion du monde et de soi ayant été fardée (falsifiée) et ne pouvant plus être reconstruite, le sujet développe des réponses inadaptées. Ainsi, au sentiment de trahison, s'ajoute un sentiment d'injustice. Les croyances et conceptions de départ deviennent irrationnelles. Dans cette condition, on dit que l'expérience de victimation installe la victime dans un état de déséquilibre cognitif, émotif et affectif qui favorise l'émergence des symptômes de l'ESPT.

De ces élaborations, on peut déduire que l'intensité du trauma du sujet est fonction de la distorsion cognitive du sujet, c'est-à-dire l'écart entre ses propres certitudes de départ et l'incident critique vécu. Il résulte la plupart du temps de cette situation des sentiments de haine, de honte, de culpabilité qui, dans certains cas, sont renforcés par les facteurs sociaux.

IV.1.1.4.1.2. Modèle cognitif du traitement des informations et des émotions ou modèle des structures de la peur de Foa et al. (1989, 1992).

Le modèle de Foa et collaborateurs intègre la conceptualisation bio-informationnelle de Lang (1977, 1985) et la notion de structure cognitive propositionnelle de la peur. (Brillon, Marchand et Stephenson, op. cit. ; Mormont, op. cit. ; Marchard et Boyer, op. cit.). En effet, Lang considère la peur comme une structure cognitive contenant les représentations qui suscitent la peur, les réponses « peur » ainsi que les significations associées à ces stimuli et à ces réponses. Foa et ses collaborateurs remarquent que la structure « peur » ne se limite pas uniquement aux éléments cognitifs et affectifs. Ils postulent qu'un élément supplémentaire en fait partie : la notion d'interprétation du danger entre les stimuli traumatisants et les réactions cognitives, affectives, comportementales et physiologiques.

Cette structure de la peur est définie comme un réseau complexe d'interconnexions dont l'objectif est de préparer le sujet à une éventuelle réaction d'adaptation, de défense et de fuite (comportement d'échappement et de fuite face à un danger).

Les auteurs soutiennent que le sentiment d'imprévisibilité et d'incontrôlabilité de l'incident est positivement associé à la survenue de syndrome post-traumatique. Par ailleurs, ils reconnaissent que la perception de prévisibilité et de contrôlabilité est profitable à l'Homme et fait partie de la structure « peur ». De ce qui précède, les auteurs soutiennent que plus une personne perçoit un événement comme imprévisible et incontrôlable, plus grande est pour elle la probabilité de développer des symptômes de l'ESPT. La perception d'imprévisibilité et d'incontrôlabilité annule les croyances originelles du sujet sur sa propre confiance et celle en son environnement, de sorte que ce dernier n'est plus à mesure de distinguer un élément rassurant d'un élément nocif.

Selon cette conceptualisation donc, l'expérience traumatique n'est pas le reflet pur et simple de l'événement lui-même, mais le résultat de l'interprétation. En d'autres termes, ce qui est traumatique, ce n'est pas tant l'événement, mais l'interprétation que l'on en fait.

IV.1.1.4.1.3. Modèle de la perspective constructiviste dans l'analyse et l'utilisation de la narration.

Cette approche théorique émane de Meichenbaum (1995) cité par Mormont (op. cit). Pour cet auteur, la perspective constructiviste dans l'analyse et l'utilisation de la narration, en anglais, Constructivist Narrative Perspective (CNP) hérite d'une longue tradition philosophique et psychologique selon laquelle « *les êtres humains construisent activement leurs réalités personnelles et créent leurs propres modèles pour se représenter le monde* ».

Ainsi donc, la manière dont on se représente le monde, et au-delà, la représentation de soi sont soutenues par le discours narratif. L'objet d'étude du modèle de Meichenbaum est le discours narratif que le sujet traumatisé fait de son expérience. Ce qui est traumatique, ce n'est pas l'événement, mais les représentations du monde et de soi que le sujet fait de son expérience. En ce sens, ce n'est pas l'événement primaire qui intéresse la Constructivist Narrative Perspective (CNP), mais plutôt l'expérience de victimisation mise en discours.

Au regard de tout ce qui précède, on constate que les modèles cognitivistes ont un réel intérêt dans l'analyse des conditions d'apparition de l'ESPT ainsi que dans l'étude des conditions de maintien et de persistance de ce trouble, en incriminant les schémas cognitifs, les croyances, les souvenirs, les structures, les interprétations, les représentations. Cependant, en plus de ce qu'ils apportent les théories cognitivistes semblent ne pas accorder assez d'attention au concept d'apprentissage. Et c'est ce sur quoi les modèles comportementalistes vont insister.

IV.1.1.4.2. Théories étiologiques comportementalistes de l'ESPT

Pour les behavioristes, les comportements anormaux tout comme les comportements normaux sont acquis et maintenus par l'apprentissage. Ainsi, deux (2) modèles comportementalistes retiendront ici notre attention. Ce sont le modèle de Mowrer et celui de Foy et ses collaborateurs.

IV.1.1.4.2.1. Modèle de Mowrer

Selon Brillon, Marchand et Stephenson, (op. cit.) ainsi que Mormont (op.cit.), les modèles comportementalistes de base développés dans le champ de la psychotraumatologie par Keane et al., (1985) reposent sur la théorie des deux (2) facteurs de Mowrer. Celle-ci souligne le rôle des mécanismes d'apprentissage dans l'apparition et le développement de l'ESPT. L'impact donc des réactions traumatiques y trouve une explication. En effet, le modèle de Mowrer s'appuie sur les notions d'apprentissage par conditionnement classique (apprentissage de la réponse « peur, angoisse, haine » selon les principes associationnistes) et d'apprentissage par conditionnement opérant (apprentissage de l'évitement des indices, des situations conditionnées qui provoquent la réponse « peur »).

Dans cette approche de Mowrer, au niveau du premier facteur qui est le conditionnement classique, la réponse est provoquée par « un stimulus inconditionnel pénible » (événement négatif, angoissant) associé à un stimulus neutre (situation rappelant cet événement), lequel devient le stimulus conditionnée de la réponse « peur ».

Conformément au processus d'apprentissage, la réponse conditionnée énumérée ci-dessus peut être déclenchée par des stimuli neutres associés à la réponse conditionnée ou par des stimuli neutres ressemblant au stimulus conditionné. En d'autres termes, une série de stimuli, antérieurement neutres, vont devenir pathogènes. Dès lors, ils acquièrent, en dehors de la situation initiale, la propriété de déclencher à leur tour des réactions inadaptées et invalidantes.

Le second facteur de la théorie de Mowrer concerne l'apprentissage opérant des réponses d'évitement (conditionnement opérant ou skinnerien). En effet, les behavioristes, dans leur ensemble, réfute toute cause endogène comme cause finale du comportement. Ils donnent, en revanche, une place essentielle au milieu. C'est pourquoi, pour eux, tout comportement est testé par ses conséquences à l'environnement.

Ainsi, l'apprentissage opérant des réponses d'évitement permet d'échapper à la peur ou, déclenchée par le stimulus conditionnée de la diminuer. Lorsque l'évitement du stimulus conditionné est acquis, la réponse d'évitement est renforcée par une réduction de la réponse « peur ».

IV.1.1.4.2.2. Modèle de Foy et ses collaborateurs

Au modèle behavioriste précédent, Foy et ses collaborateurs (1992) pensent qu'il faut fixer des variables additionnelles pour mieux saisir la complexité de la réalité et l'action des paramètres en jeu. Mormont (2001), en exposant le modèle des auteurs précédents, a fait remarquer qu'en l'absence d'une théorie générale « *qui rende compte de façon satisfaisante de l'état de stress post-traumatique* » ces théoriciens retournent à un modèle de préférence empirique qui s'attache à la « *relation prévisible entre un événement pénible et la détresse psychologique résultante* ».

Foy et ses collaborateurs supposent par hypothèse que « *la réaction au trauma est une réponse émotionnelle immédiatement conditionnée. Le trauma et la réaction immédiate de stress (réponse émotionnellement conditionnée) constituent les conditions nécessaires et suffisantes pour que des symptômes de l'état de stress surviennent, que l'individu soit impliqué dans l'événement traumatisant, qu'il en soit témoin ou qu'il en prenne connaissance par un tiers* ». Ces auteurs postulent qu'il existe des variables additionnelles (biologiques, psychologiques et sociales) qui permettent d'expliquer la persistance des symptômes de l'ESPT. Ces variables peuvent soit avoir des effets négatifs, soit des effets positifs.

La conceptualisation de ces théoriciens est intéressante parce qu'elle fait en dernier ressort appel à des facteurs non comportementaux qui permettent de l'améliorer et l'enrichir.

Les théories cognitivistes et comportementalistes demeurent des fondements dans les études sur l'ESPT.

Par ailleurs, dans la continuité des recherches sur l'ESPT, plusieurs autres auteurs dont (Terrisse et Larose, 2001 ; Trudel, Puentes-Neuman et Ntebutse (2002) ; Marchard et al., 2011) parlent plutôt de facteurs de risques ou de protection pré-traumatiques, péri-traumatiques et post-traumatiques pour désigner les variables additionnelles de Foy et ses collaborateurs.

IV.1.2. Résilience, envers du trauma

Dans la clinique ancienne, les individus ont été étudiés et décrits exclusivement à partir de schèmes de pathologie. Mais depuis peu, une nouvelle approche, abordant les sujets sous l'angle de leurs ressources, a vu le jour. Ce glissement de conception et de compréhension des

sujets, fondé sur les défaillances, à une autre orientée vers les potentiels, s'est opéré dans les recherches et les études cliniques qui traitent du concept de résilience.

Ainsi, après avoir exposé au début de la revue de littérature sur les effets et les problèmes psychologiques et psychiatriques, nous proposons maintenant d'aborder le phénomène de la résilience dans ses différentes acceptions et représentations.

A cet effet, notre exposé sur la résilience se structure en quatre (4) points. Les principaux axes que nous abordons sont les suivants :

- ✓ Origine et fondements du concept de résilience ;
- ✓ Différentes approches de base de la résilience ;
- ✓ Distinction de concepts voisins et phases de la résilience ;
- ✓ Approches théoriques et évaluation de la résilience.

IV.1.2.1. Origine et fondements du concept de la résilience

Pour comprendre un mot et en maîtriser les contours, il faut nécessairement se référer et s'intéresser à l'origine et à l'histoire du mot, car de chaque concept, c'est une histoire qui surgit. Faire l'historique du concept de la résilience, c'est énumérer les courants qui en ont fait usage. Ainsi, la résilience a été utilisée par différentes écoles. Aux Etats-Unis, c'est l'école anglo-saxonne, puis des décennies après, le concept a été introduit dans l'Hexagone et enfin étudié dans la même période par des auteurs nord-américains.

IV.1.2.1.1. Origine

La résilience n'est pas un terme nouveau, car il a été emprunté à la physique des matériaux. Elle désignait à l'origine le « *rapport de l'énergie cinétique absorbée nécessaire pour provoquer la rupture d'un métal, à la surface de la section brisée. La résilience qui s'exprime par joules par cm², caractérise la résistance au choc.* » (Dictionnaire *Le Nouveau Petit Robert*, 1995, 1951).

Etymologiquement, le concept de résilience et celui de résiliation viennent de la même racine latine du mot "*resilire*". Cependant bien que très proches, ces deux (2) concepts ont des significations différentes. Issues du latin "*resilire*", la résilience et la résiliation sont

construites à partir du verbe "salire" qui veut dire « sauter », « bondir » et du préfixe "Re" indiquant l'idée d'un mouvement vers l'arrière. Ainsi, résilier signifie, dans son étymologie, « sauter en arrière », « se retirer, se rétracter ou encore se soustraire ».

La différence de signification entre la résilience et la résiliation viendrait du « parcours » de chacun de ces mots. En effet, la résiliation descendrait directement de sa racine latine "resilire" (sauter en arrière, se rétracter, se soustraire), c'est pourquoi elle désigne l'acte ou le geste de se retirer, de se soustraire d'un engagement, d'un contrat ou encore d'une promesse pour y mettre fin et en être définitivement libéré, affranchi.

La résilience, quant à elle, aurait fait une « virée », dans la langue de Shakespeare. La langue anglaise aurait préféré le participe présent "resiliens". Elle a retenu à cet effet du saut l'idée d'une réaction après un choc : **le rebond**. (Tisseron, 2009 ; Anaut, 2008).

Le mot français « résilience », tel qu'il est appréhendé, est emprunté de l'anglais (resiliency). Ainsi, la première conception, anglo-saxonne, a perçu la résilience comme une résistance du caractère. (Tisseron, 2009 ; Anaut, 2008).

IV.1.2.1.2. Fondements du concept

IV.1.2.1.2.1. Précurseurs anglo-saxons

Il s'agit de parler de ceux qui ont posé les jalons de la résilience : les fondateurs.

- Emmy Werner

Le concept de résilience, tel qu'il est utilisé en psychologie, est né d'études réalisées aux Etats Unis par Emmy Werner. Cette psychologue américaine a mené une recherche longitudinale auprès d'enfants issus de Kauai, une île défavorisée d'Hawaï. Par ce travail scientifique, elle est reconnue et présentée unanimement par tous les auteurs comme la « mère » de la résilience. (Cyrulnik, 1998 ; Tisseron, 2009 ; Anaut, 2008).

Werner a, en effet, suivi sur une période de trente-deux (32) ans, environ sept cents (700) enfants nés en 1955 dans cet archipel de Kauai. Pour une population d'étude estimée exactement à six cent quatre-vingt-dix-huit (698) enfants observés dès la naissance, ce sont cinq cent quarante-cinq (545) individus qui ont pu survivre jusqu'à l'âge adulte. Cette psychologue a identifié au sein des cinq cent quarante-cinq (545) survivants deux cent dix (210) enfants extrêmement vulnérables parce qu'exposés à de gros éléments de risques

(misère, violence, discorde et psychopathologies parentales). L'enjeu de l'étude menée par cette pionnière a été l'évaluation du développement et du devenir de ces enfants défavorisés.

Au terme de cette période d'observation, Werner a pu noter qu'une certaine proportion de sujets dits à risques pathologiques (1/3, exactement soixante-dix (70) individus) a pu se développer normalement sans problème d'apprentissage, de comportement ou encore de santé mentale. En d'autres mots, ces enfants ont montré, à l'âge adulte, une amélioration ou une réparation des altérations psychologiques et sociales qu'ils avaient subies dans l'enfance. Ainsi, bien qu'accumulant des facteurs de risques importants, ces enfants ont, néanmoins, réussi à s'accommoder aux défaillances environnementales (physiques, psychoaffectives et sociales) et à devenir de jeunes adultes bien intégrés dans la société, témoignant d'une remarquable adaptation sociale. Et ce, sans qu'aucune intervention thérapeutique n'ait été mise en place.

Werner a utilisé le terme de « rebondir » pour désigner la réaction de ces enfants, c'est-à-dire des sujets qui ont su rebondir après une enfance difficile. De cette notion de rebondissement est née la conception actuelle de la résilience. La mise en évidence d'une aptitude à se développer de manière non pathologique, malgré des conditions psychosociales défavorables de départ, a fait ainsi émerger le concept de la « résilience ». Par ailleurs, Werner a parlé « d'enfants vulnérables mais invincibles ». (Cyrulnik, 1998 ; Tisseron, 2009 ; Anaut, 2008).

« *Si la résilience a une mère, elle a aussi "un père", ou plutôt deux (2) [...] Les américains Michaël Rutter et Norman Garmezy, sont souvent cités au même titre que Emmy Werner* » (Tisseron, 2009, 20). Ce sont ces auteurs qui ont, les premiers, fait une ébauche de définition de la résilience.

- **Michaël Rutter**

Les premiers travaux de Rutter ont été orientés vers les familles. Travaillant sur des enfants d'une île (Wight) âgés de dix (10) ans, il a mené une étude longitudinale portant sur la fréquence de troubles mentaux chez ces sujets, en essayant d'identifier par ailleurs les facteurs susceptibles de les protéger contre les éléments de risque ⁽¹⁾ familiaux. Ses travaux lui ont permis de déterminer les facteurs de risque familiaux suivants : les discords intra- familiales, la classe sociale défavorisée, la famille nombreuse, la criminalité des pères, les troubles

¹Événement ou condition organique ou environnementale contribuant à l'apparition d'un phénomène néfaste

psychiatriques des mères et l'internement des enfants. Rutter a indiqué que la coprésence de plusieurs facteurs de stress était un indice multiplicatif. Ainsi, « *il a montré que la présence d'un seul facteur de risque n'augmente pas la probabilité d'apparition d'un trouble psychiatrique, alors que cette probabilité se trouve multipliée par quatre quand deux facteurs coexistent. En outre, l'existence concomitante de quatre (4) facteurs de risque multiplie par dix le risque d'apparition de troubles psychiatriques.* » (Tisseron, 2009, 20).

Aussi, corrélativement aux facteurs de risques, reconnaît-il l'existence de facteurs de protection dont la présence atténue les effets du risque. En plus, Rutter a montré qu'une personne résiliente doit accumuler trois (3) caractéristiques essentielles : *la conscience de son auto-estime et du sentiment de soi ; le sentiment de son auto-efficacité ou de sa propre compétence*, et enfin *un répertoire d'approches de résolution de problèmes sociaux*.

Pour finir, il est admis que les travaux de Rutter ont été d'un apport significatif dans l'évolution de la réflexion sur la résilience. En effet, il a précisé le concept de résilience par le postulat de la variation individuelle de la résilience face aux situations aversives. Par la suite, il a montré que les individus peuvent faire le travail de résilience à tout âge. Une idée encore admise aujourd'hui.

De sa conception de la résilience, il faut retenir un phénomène manifesté par des sujets qui évoluent favorablement bien qu'ayant éprouvé une forme de stress qui, dans la population générale, est connue comme comportant un risque sérieux de décompensation. (Tisseron, 2009 ; Anaut, 2008).

- **Norman Garmezy**

Certains travaux de Garmezy se sont appuyés sur l'observation d'enfants vivant dans des conditions psychosociales défavorables (pauvreté et psychopathologies parentales). Il a eu comme objectif d'étudier le devenir de ces enfants. Garmezy a remarqué qu'une forte proportion d'enfants concernés par l'étude s'est développée de manière satisfaisante nonobstant les problèmes psychiatriques que présentaient leurs parents et les problèmes sociaux environnementaux. Ce pionnier a cherché à répertorier les variables qui ont pu éventuellement protéger ces enfants prédisposés. Il a identifié une triade de classe de facteurs : les facteurs individuels qui sont centrés sur l'enfant (qualité intellectuelle, imagination), les facteurs familiaux (cohésion, qualité des relations affectives) et les facteurs sociaux environnementaux (travailleurs sociaux, professionnels).

En outre, Garmezy a montré que les facteurs de protection neutralisaient les facteurs de risque. Dans la foulée, il a démontré que le risque de vulnérabilisation augmentait significativement avec la coexistence de plusieurs facteurs de risques.

Pour finir, Garmezy a présenté la résilience comme une manifestation de compétences développées par des enfants malgré l'exposition à des événements perturbants (Tisseron, 2009 ; Anaut, 2008).

Par leurs réflexions, Werner, Rutter et Garmezy ont posé les jalons de l'étude de la résilience dans le champ de la psychologie et de la psychiatrie. Par leurs différentes observations, ils ont réfuté les théories déterministes et fatalistes des effets négatifs des incidents critiques sur le développement des enfants, ainsi que les a priori sociaux qui donnent l'image d'enfants condamnés à ne plus s'en sortir. Ils ont révélé la capacité qu'ont des sujets à s'accommoder, mieux, à récupérer après des événements et conditions défavorables. Si pour Werner, les sujets résilients sont invincibles, Rutter et Garmezy n'ont pas soutenu ce point de vue. Ils se sont appliqués à tracer une ligne de démarcation entre la résilience et l'invincibilité.

Le concept de résilience est sans conteste issu des travaux des auteurs anglosaxons. Ils sont à juste titre considérés comme les précurseurs de ce concept. Mais dans la lignée de leurs travaux, d'autres auteurs que nous dénommons les continuateurs ont travaillé sur ce concept en le réaffirmant et l'affinant.

IV.1.2.1.2.2. Continuateurs européens et nord-américains

Si les pionniers ont posé « *les bases théoriques et les principes méthodologiques des recherches* » (Anaut, 2008) dans ce domaine, les continuateurs ont, quant à eux, consolidé ces bases épistémologiques. Nous pouvons citer, entre autres, Cyrulnik (1998), Lemay (1998, 1999), Lecomte (2000, 2006), Vanistendaël (1996, 2000), Manciaux (2000, 2001), Guedeney (1998), Tisseron (2009), Anaut (2008), qui ont continué l'œuvre des précurseurs en enrichissant par leurs travaux, le domaine de la résilience d'approches et d'explications nouvelles. Toutefois, nous nous sommes particulièrement intéressé à deux (2) de ces continuateurs, (Cyrulnik en France, et Lemay au Québec), dont nous exposons brièvement et partiellement des écrits.

- **Boris Cyrulnik**

En France, la résilience a été aussi abordée par des psychiatres, des psychanalystes et des psychologues. Cyrulnik, neuropsychiatre, éthologue, psychanalyste et psychologue, est le chef de file des études de cette nouvelle approche. Disciple de Bowlby, Cyrulnik a développé et vulgarisé le concept de résilience. En effet, à partir de l'observation de survivants des camps d'extermination nazis, de divers groupes vulnérables dont les enfants de la rue, il a montré que des sujets ont réussi à s'en sortir en dépit des adversités connues. Par ailleurs, le nom de Cyrulnik rime avec la métaphore de l'huître perlière qui illustre son oxymoron de « *un merveilleux malheur* » de la construction du processus résilient. Un oxymoron est en rhétorique, une figure de style qui consiste à associer deux (2) termes de sens contradictoires, de leur donner plus de force d'expression.

Quelle est donc cette métaphore de l'huître perlière et en quoi illustre-t-elle l'oxymoron de ce « *merveilleux malheur* » du fonctionnement de la résilience ?

Lorsqu'un grain de sable pénètre dans une huître et l'agresse, celle-ci pour se défendre et se protéger de ce grain de sable qui la blesse secrète une substance minérale appelée nacre autour de cet objet indésirable et agressif. Cette sécrétion va donner naissance à un bijou dur et beau : la perle.

Dans l'oxymoron, le « *malheur* » qui est un événement cruellement douloureux et dont les conséquences sont fâcheuses, réfère, dans la métaphore dont il vient d'être question, à l'agression et à la blessure subies par l'huître. L'adjectif épithète « *merveilleux* » signifiant ce qui est agréable et admirable, se rapporte, quant à lui, au produit, au fruit du travail défensif réalisé par l'huître, c'est-à-dire la perle, objet beau et admirable.

L'association de ces deux (2) termes dans la description du phénomène de la résilience exprime l'idée forte et nouvelle qu'une expérience affligeante peut révéler des ressources et des qualités qui jusqu'alors étaient ignorées du sujet lui-même et de son entourage. La perle qui est le produit de la réaction de défense de l'huître symbolise le sujet résilient. « *La résilience apparaît ainsi comme résultant d'un processus paradoxal dans lequel la confrontation au traumatisme et à la blessure viennent étayer la créativité* ». (Anaut, 2008, 54).

- **Michel Lemay**

Au Québec, le pédopsychiatre et psychanalyste Lemay (1998, 1999) a, à travers ses expériences cliniques auprès d'enfants et d'adolescents présentant des problèmes psychiatriques, montré que ses patients utilisaient des mécanismes de défense de résilience dénommés processus intégratifs salvateurs.

L'auteur postule que les processus intégratifs salvateurs utilisés par les sujets ont semblé avoir une allure pathologique et non adaptée à l'environnement. Pour lui, ces mécanismes de défense se déclinent en deux (2) modalités principales : *hyperactivité* et *les manifestations psychosomatiques*.

Par ce postulat, Lemay « *développe une théorie originale à propos de la résilience, dans laquelle la fonction du symptôme, ou de ce qui est habituellement considéré comme une perturbation chez l'enfant prend un sens nouveau. Il devient un signe clinique, non pas seulement d'un trouble, mais avant tout d'un mode d'ajustement ou plus exactement d'un mécanisme salvateur, qui a pour fonction de préserver l'enfant et participe à la mise en place du processus de résilience.* » (Anaut, 2008, 91)

Toutefois, pour ce pédopsychiatre et psychanalyste, le concept de mécanismes salvateurs utilisé dans le processus de résilience est à relativiser, car ils peuvent être de véritables signes cliniques de perturbations psychiques.

Par ailleurs, certains auteurs révèlent que, d'autres avant eux, ont esquissé une approche scientifique de la résilience en lui attribuant d'autres dénominations. Ainsi, Manciaux et al. (2001) considèrent que Bowlby (1978), dans ses travaux sur l'attachement, avait fait allusion à la résilience en l'appelant « *ressort moral, qualité d'une personne qui ne se décourage pas, ne se laisse pas abattre.* » (Manciaux et al., 2001 ; Anaut, 2008). C'est ce que fait remarquer la psychanalyste Korff-Sausse (2002) qui atteste que S. Freud et Ferenczi, sans avoir utilisé la terminologie « résilience », ont étudié des phénomènes correspondant à ce concept. Ce sont les phénomènes de sublimation, d'élaboration psychique du trauma. (Tisseron, 2009 ; Anaut, 2008).

En conclusion, nous retenons que la résilience, de prime abord, a été comprise comme une simple capacité de résister. Mais avec l'évolution scientifique qui procède de la remise en cause successive des idées précédentes, une autre signification de la résilience est suggérée :

celle de se délier d'un trauma. Le concept de résilience fait référence à un processus évolutif. Il ne s'agit plus, comme dans son acception première, d'un retour à un état initial. Désormais, le terme « résilience » fait référence à un processus développemental dynamique et au maintien d'une adaptation positive face à des conditions de vie adverses. Cette conception ne retient plus la seule idée de résistance, mais mieux, elle intègre la capacité de se reconstruire après une situation aversive. « *Ainsi, la résilience est à la fois la capacité de résister à un traumatisme et celle de se reconstruire après lui.* » (Tisseron, 2009, 59).

IV.1.2.2. Différentes approches de base de la résilience

La compréhension du modèle de la résilience confronte les individus à certaines difficultés. En effet, à travers la littérature, la résilience revêt de multiples acceptions. Ainsi, suivant les sensibilités et les représentations des chercheurs, il existe des conceptions variées du phénomène de la résilience. Ce nouveau modèle est, à certains moments, perçu comme une capacité, un résultat, un équilibre et, à d'autres moments comme un trait de personnalité ou un processus. L'analyse que nous présentons, propose d'énumérer ces différentes approches de la résilience, puis de les discuter afin d'en cerner les contours théoriques.

IV.1.2.2.1. Résilience, une capacité

L'une des représentations de la résilience dans la littérature scientifique concerne sa référence à la capacité. Vanistendaël (2002) retient que « *la résilience est la capacité à réussir de manière acceptable pour la société en dépit d'un stress ou d'une adversité qui comporte normalement le risque grave d'une issue négative.* » Point de vue que nous rencontrons chez De Tychev (2001, 50) qui définit la résilience comme « *la capacité de l'individu de se construire et de vivre de manière satisfaisante, malgré les difficultés et les situations traumatiques auxquelles il peut être confronté au cours de son existence.* »

Si la capacité est la qualité de celui qui est en état de faire et de réussir quelque chose (Dictionnaire Le Nouveau Petit Robert, 1995), il est admis par la majorité des chercheurs que cette qualité, ce pouvoir est conféré par l'étayage social, par l'interaction entre l'individu et son milieu. Ce qui amène à concevoir la capacité de résilience comme le produit de l'interaction entre le sujet et son environnement. Une conception soutenue par Guedeney (1998, 17) qui postule qu'on n'est pas résilient « *en tout cas pas tout seul, sans être en*

relation ». Cependant, s'inscrivant dans une conception inverse, Anaut (2008, 43) conçoit le contraire. Pour elle, c'est plutôt « *la capacité de résilience singulière de l'individu qui lui permet de percevoir et d'agir sur son environnement de manière significative. Ainsi la capacité de résilience (en tant que caractéristique princeps du sujet) permettrait à l'individu qui la possède de construire un fonctionnement spécifique dans la rencontre avec son environnement. Dans cette optique, la capacité de résilience déterminera la manière dont le sujet appréhende et se saisit de son monde (interne et externe) et s'apparente à la mise en présence de facultés internes et des potentiels externes comprenant les liens intersubjectifs et le contexte social et culturels* ».

IV.1.2.2.2. Résilience, un équilibre

L'équilibre est l'égalité de forces entre deux (2) ou plusieurs choses qui s'opposent. (Dictionnaire *Le Nouveau Petit Robert*, 1995, 802). Dans le cas de la résilience, l'équilibre résulterait de l'égalité entre d'une part les éléments de risque et d'autre part les variables de protection. (Rutter, Garmez). Selon Braconnier (2000), la résilience, à travers les mécanismes de défense, a un rôle homéostatique (équilibre). Plusieurs autres chercheurs dont Anaut (2008, 45) partagent cette approche. « *La résilience est donc à comprendre comme un construit multidimensionnel résultant d'un état d'équilibre entre les facteurs de risque et les facteurs de protection face aux événements stressants et/ou aux traumatismes.*»

IV.1.2.2.3. Résilience, un résultat

Le résultat peut être considéré comme l'aboutissement, la finalité d'une action, d'un fonctionnement. Vu sous cet angle, le résultat semble avoir un caractère définitif. L'approche de la résilience en tant que résultat apparaît dans plusieurs travaux. La résilience se définit comme « *un résultat, l'effet d'une interaction entre l'individu et son environnement.*» (Guedeney, 1998, 17).

Parler de la résilience comme un résultat, c'est l'inscrire dans un registre qui lui confère un caractère de pérennité. C'est comme si la résilience était imprimée chez le sujet qui la possède en caractères ineffaçables. Dans cette logique, le sujet résilient présenterait une vie extraordinaire marquée du sceau de l'infailibilité. « *Or les observations cliniques et les recherches qui ont traité de cette question ont mis en évidence que la résilience chez un*

individu n'est pas acquise une fois pour toute et qu'elle ne correspondrait pas à un mode de fonctionnement statique, mais évolutif». (Anaut, 2008 40).

Sans admettre que la résilience est acquise de façon définitive, mais plutôt saisie comme un phénomène modulable suivant les modifications structurelles et conjoncturelles, on pourrait néanmoins considérer que la résilience est le résultat de multiples phénomènes qui viennent interrompre des trajectoires négatives.

IV.1.2.2.4. Résilience, un trait de personnalité ?

Certains chercheurs présentent la résilience comme un trait de personnalité. Parmi ces chercheurs, on peut citer Jeanne et Jack Block (1980) qui se sont évertués à définir une forme de résilience dénommée « *ego-resiliency* » ou (résilience du moi). Pour eux, il s'agit de « *la capacité d'adaptation aux circonstances variables et aux contingences environnementales, l'analyse du niveau de correspondance entre les exigences situationnelles et les possibilités comportementales et l'utilisation souple du répertoire disponible de stratégies de résolution de problèmes.* » (Anaut, 2008, 45).

Pour les Block, l'expression « *résilience de soi* » (ego-resiliency) fait référence à une caractéristique de la personnalité n'impliquant pas nécessairement une exposition à des événements traumatiques. Elle recouvre quatre (4) composantes principales : *la possibilité d'être heureux, la capacité de s'engager dans un travail productif, une bonne sécurité émotionnelle et enfin la capacité de nouer des relations satisfaisantes avec les autres.* (Tisseron, 2009)

L'existence d'une personnalité résiliente en tant que telle n'ayant pas pu être prouvée, l'idée qui servit désormais de base aux raisonnements des chercheurs était la présence en tout individu de potentiels sous-jacents. « *La résilience sous-tend que des compétences et des possibilités sont latentes en chaque individu quel qu'il soit et qu'il faut essayer de les actualiser.* » (Michallet, 2009).

Il ne s'agit donc plus de chercher une personnalité résiliente, mais plutôt des facteurs de personnalité qui aideraient les individus à surmonter les difficultés qui favoriseraient la résilience.

Dans cette optique, « *les travaux sur la résilience ont abandonné l'idée d'isoler un trait de personnalité résilient, pour mettre l'accent sur les facteurs de protection qui participent à la résilience des sujets ou des groupes de sujets. Il ne s'agit plus de rechercher l'existence d'un trait de personnalité appelé résilience, mais d'étudier les caractéristiques stables de la personnalité susceptibles de participer à la résilience. Dans ce cas, il s'agit de mettre en évidence un ensemble de traits de personnalité susceptibles d'avoir un rôle protecteur face aux épreuves de la vie et de l'adversité* ». (Anaut, 2008, 46).

IV.1.2.2.5. Résilience, un processus

La quasi- totalité des chercheurs ayant traité de la question de la résilience sont unanimes pour dire que la résilience est un processus. Nous présentons les définitions de certains d'entre eux. Guedeney (1998, 17) définit la résilience comme « *un processus complexe, un résultat, l'effet d'une interaction entre l'individu et son environnement. Et l'aspect clef de cette relation, c'est bien semble-t-il la capacité d'être en relation avec l'autre ; on n'est pas résilient face à tout et n'importe quoi, et on ne l'est pas en tout cas tout seul, sans être en relation.*»

Lecomte (2005) de son côté indique que « *la résilience est un processus dynamique consistant à bien se développer malgré des conditions de vie difficiles ou des évènements traumatiques.*»

Enfin, nous retenons Manciaux (2001, 50) qui admet la résilience comme « *une capacité qui résulte d'un processus dynamique, évolutif au cours duquel l'importance d'un traumatisme peut dépasser les ressources du sujet.*»

Mais quels sont ces phénomènes qui se déroulent dans le processus résilient et qui en constituent les éléments constitutifs ?

La prochaine section nous donnera les éléments de réponse sur la question. Néanmoins, nous pouvons considérer que ces différents abords de la résilience sont complémentaires lorsque l'on s'inscrit dans une perspective à la fois descriptive et explicative du phénomène.

IV.1.2.3. Distinction de concepts voisins et phases de la résilience

IV.1.2.3.1. Distinction de concepts voisins

IV.1.2.3.1.1. Résilience et résistance

La résilience et la résistance sont deux (2) concepts apparentés qui peuvent être mis dans le même champ sémantique ; mais en réalité, ils sont nuancés. En effet, quand on parle de résistance, l'idée maîtresse qui s'en dégage, c'est que le corps qui subit l'attaque, l'oppression ou le choc reprend sa position ou sa structure primitive. Pourtant, être résilient, ce n'est pas demeuré dans sa position originelle, ce n'est pas conserver sa structure initiale, c'est faire plutôt preuve de dépassement de l'adversité pour se projeter vers l'avenir. Tisseron (2009) soutient ce point de vue. En partant de l'étymologie des deux (2) concepts, il arrive à faire clairement un distinguo entre eux. Selon cet auteur, la résilience provient de l'anglais « *resilience* » qui veut dire élasticité. Pour lui encore, les premiers auteurs français qui ont tenté de traduire le concept, lui ont substitué le mot « résistance ». Et pourtant, les deux (2) termes ont des origines diverses qui leur donnent chacun une signification distincte. De fait, « *la résistance est la capacité de se tenir droit (le mot vient du latin stare), tandis que la résilience est la capacité de rebondir (du latin salire, qui veut dire sauter).* » (Tisseron, op. cit., 8).

La résilience est un processus et non un état, c'est pourquoi Vouche (2003) a écrit :

« La résilience se distingue de résistance peut-être trop chargée en connotations trop psychanalytique et surtout qui ne comporte pas la dimension d'une dynamique amenant le sujet à se projeter en avant [...] et pourtant la résilience est une notion dynamique, évolutive. Elle ne peut être repérée qu'après-coup à distance d'un événement gravement perturbant, lorsqu'on aura pu vérifier au terme d'un parcours l'évolution favorable d'un individu malgré les agressions ».

Vanistendaël et Lecomte (2000, 19) abondent dans le même sens en soutenant que « *la résilience humaine ne se limite pas à une attitude de résistance, elle permet la construction, voire la reconstruction.* »

IV.1.2.3.1.2. Résilience et coping

Le concept « *coping* » vient du verbe anglais « *to cope with* » dont il faut retenir les significations de « *faire face, affronter, venir à bout* ». Développé dans une approche cognitivo-comportementale, le coping est défini par Lazarus et Folkman (1984) comme « *l'ensemble des efforts cognitifs et comportementaux permettant de gérer des demandes internes et/ou externes spécifiques, évaluées comme mettant à l'épreuve ou excédant les ressources de la personne* » (Michallet, 2009). Chabrol (2004) atteste, pour sa part, que « *le coping décrit les pensées et les comportements spécifiques utilisés pour faire face à, ou résoudre un problème interne ou externe. Le coping a été traduit par "stratégies d'ajustement" ou "processus de maîtrise"* ».

Le coping est toujours présent lorsque l'individu a perçu une demande d'adaptation. A cet effet, il comprend des processus autant conscients qu'inconscients. Concernant les processus inconscients, on peut énumérer le déni et l'agressivité. Les processus de coping conscient sont aussi appelés stratégies d'ajustement. Il en existe trois (3) types : les stratégies d'ajustement axées sur le problème, les stratégies centrées sur l'émotion et enfin les stratégies centrées sur l'hygiène de vie (Tisseron, 2009).

Les premières stratégies sont destinées à la diminution ou à l'élimination du problème qui se trouve à l'origine de la détresse du sujet. Il arrive souvent que le problème qui est la cause de la détresse ne peut être changé ou éliminé, il faut s'en accoutumer tant bien que mal. Dans ce cas de figure, les stratégies d'ajustement centrées sur l'émotion peuvent alors aider le sujet. Elles permettent de gérer la détresse émotionnelle associée à la situation-problème. Les exercices de relaxation (sophrologie, gymnastique douce), l'expression des émotions ; l'abréaction ⁽¹⁾ sont autant de stratégies axées sur l'émotion et qui peuvent aider à gérer la détresse émotionnelle.

Pour finir, les stratégies centrées sur l'hygiène de vie, contrairement aux deux (2) premières stratégies qui favorisent la guérison, contribuent à la prévention. En effet, un individu en pleine forme qui vit sainement, qui adopte un ensemble de pratiques et de mesures

¹L'abréaction qui est une réaction de réviviscence émotionnelle intense consiste à permettre à l'individu de revivre le trauma et les affects négatifs qui y sont associées. Elle peut se produire soit spontanément, soit déclenchée par un stimulus évocateur, soit enfin sur incitation du thérapeute. C'est en somme une décharge émotionnelle par laquelle un sujet se libère d'un événement oublié qui l'avait traumatisé. (CROCQ, 2001, 17 ; SMAGA, 2001, 284.)

destinées à conserver et à améliorer sa santé, sera plus à même de supporter les sollicitations ou agressions provenant de l'environnement.

Le coping est donc l'élaboration par la pensée et le comportement de stratégies adaptatives aux fins de mieux contrôler et maîtriser les sollicitations internes et les agressions du milieu. En d'autres termes, les stratégies d'ajustement ou coping correspondent à l'ensemble des pensées et des actes développés par l'individu pour résoudre les problèmes auxquels il est confronté et/ou pour réduire la détresse qui en découle.

Anaut (2008, 63-64) soutient que « *les liens conceptuels entre le coping et la résilience semblent à première vue très étroits. Cependant, il ne s'agit pas de les confondre [...]. La définition du terme de résilience indique ainsi une différence notable avec la notion de coping et surtout de sa traduction française d'ajustement puisque la résilience suppose deux (2) mouvements. Le premier consiste dans les modalités de résistance au stress ou au traumatisme et donc la capacité à faire face (coping), alors que le deuxième mouvement concerne davantage la capacité à continuer à se développer et à augmenter ses compétences dans une situation adverse* ».

Ce point de vue est partagé par Vouche (op. cit.) qui soutient que « *la résilience se distingue du coping, car si la notion de coping souligne l'aspect adaptatif du moi, il n'exprime rien de l'aspect évolutif et ne s'inscrit pas dans la durée comme la résilience, laquelle se décrit comme un itinéraire.*»

Le coping se déroule généralement dans la phase qui suit immédiatement la survenue de l'événement stressant, tandis que la résilience est repérée après-coup à distance d'un événement gravement perturbant. Anaut (2008, 64) vient corroborer l'idée précédente, car pour elle, « *le coping s'apparente plus à la première phase de la résilience qui est centrée surtout sur des mécanismes adaptatifs.*»

IV.1.2.3.1.3. Résilience et empowerment

Le Bosse et Lavalée (1993, 17) définissent l'empowerment comme « *un processus par lequel une personne qui se trouve dans des conditions de vie plus ou moins incapacitantes, développe, par l'intermédiaire d'actions concrètes le sentiment qu'il lui est possible d'exercer*

un plus grand contrôle sur les aspects de sa réalité psychologique et sociale qui sont importants pour elle et pour ses proches.»

Certains auteurs francophones préfèrent à l'anglicisme "empowerment" les désignations de " *pouvoir d'agir*", " *réappropriation*", " *habilitation*" ou encore le néologisme " *capacitation*". Ce qui veut dire que tous ces concepts entretiennent des rapports synonymiques, donc renvoient à la même réalité. Pour ce qui est de la réappropriation, elle est construite à partir du substantif " *appropriation*" qui « *réfère à l'acquisition du sentiment de compétence et de confiance en ses propres ressources*» (Michallet, 2009) et du préfixe " *Re*" indiquant la répétition, le renouvellement ou encore le renforcement. Ce qui revient à considérer la réappropriation comme le renforcement du sentiment de compétence et de confiance en ses propres ressources. Cette réappropriation est généralement déclenchée par une crise, une frustration, une offense.

Ce qui insinue d'une part, qu'après une adversité, un individu peut perdre le sentiment de compétence et de confiance qu'il avait précédemment et qu'il a besoin de renouveler ; ou encore que le sentiment de confiance a été quelque peu affaibli et qu'il faille le renforcer. D'autre part, à la suite d'une situation affligeante, le sujet acquiert une expérience, une habileté qui a besoin d'être entretenue, renforcée.

Dans l'une comme dans l'autre hypothèse, nous sommes dans l'empowerment qui est sous-tendu par une philosophie de l'intervention et est, pour ce faire, inscrit au cœur de l'interaction entre le sujet et son environnement. Le pouvoir d'agir se révèle comme une approche d'intervention basée sur l'entraide et l'étayage social (famille, pairs, communauté).

Pour Cario (2006, 33), l'empowerment est une stratégie qui postule que malgré l'aide et l'assistance, « *la victime au centre des dispositifs, doit demeurer le plus possible maître de ses propres affaires.* » L'empowerment est donc une stratégie d'assistance qui est sous-tendue par la logique de l'action. La compétence (individuelle, sociale), l'autodétermination, la participation active, la prise de conscience sont tous des concepts qui ont des liens conceptuels étroits avec l'empowerment. Dans la logique de l'assistance, le réseau social d'entraide manifeste de l'empathie envers la victime. Ce qui renforce son estime de soi qui lui permettra de reprendre le contrôle de sa situation et de la maîtriser. C'est pourquoi, Guedeney (op. cit.) soutient qu'on n'est pas résilient tout seul, sans être en relation. On peut postuler que l'empowerment s'apparente à la troisième phase de la résilience en ce qu'il est sous-tendu par un principe : aider la victime à reprendre le contrôle sur sa vie. Il serait la modalité qui permet de poser le diagnostic de résilience.

IV.1.2.3.2. Phases du processus résilient

D'après les observations faites précédemment, le processus de la résilience s'inscrit toujours en aval du traumatisme qui va le déclencher. « *Le processus de la résilience renvoie à l'aptitude du sujet à surmonter le traumatisme et à la reprise d'un autre type de développement malgré l'effraction psychique due au trauma.* » (Anaut, 2008, 83)

Si la plupart des chercheurs reconnaissent et soutiennent que la résilience est un processus, ils ne s'accordent cependant pas sur la nature et les phases de ce processus. Sur la question, deux conceptions s'opposent. La première conception soutenue par des auteurs tels De Tychey (2001) et Anaut (2008) considèrent la résilience comme un processus exclusivement psychique. C'est pourquoi ces auteurs ont identifié deux (2) phases constitutives de ce processus.

- La première phase de la résilience concerne l'exposition au trauma et la mobilisation des mécanismes de défense. Le sujet, à ce niveau, met en œuvre les processus défensifs pour faire face aux affects de déplaisir très importants, pour se protéger et essayer de rétablir l'équilibre psychique perturbé. Selon Anaut (op.cit), le coping, dont nous avons parlé précédemment, s'apparente à cette première phase de la résilience.

- La deuxième phase de la résilience renvoie à l'assimilation du traumatisme et à l'« *autoréparation* ». Il s'agit de façon précise de l'activation « *du processus de mentalisation* » qui renvoie à « *la capacité de mettre en mots les éprouvés, les images et les émois ressentis en leur conférant un sens.* » (Anaut, 2008, 84). Pour De Tychey (2001, 57) « *la mentalisation constitue le processus intrapsychique essentiel qui vient fonder la capacité de résilience du sujet.* » La mentalisation se rapporte donc aux capacités d'élaboration mentale ultérieure de la détresse par le sujet. Tisseron (2009, 26) préfère la terminologie « *symbolisation* » à celle de mentalisation, car selon lui, « *toute mentalisation est une opération symbolique, et que celle-ci engage à la fois les mots, les affects, la motricité et les images psychiques.* »

En réalité, en parlant de « *processus psychique de résilience* », Anaut et les autres abordent ce concept seulement sous l'angle psychologique et en font un phénomène exclusivement psychique. Pour ce faire, on peut supposer que les auteurs de cette approche psychologique de la résilience retiennent comme critère de résilience la seule absence de

symptomatologie clinique. A cet effet, on parlerait de résilience émotionnelle pour décrire une absence de perturbations psychologique et psychiatrique.

La seconde conception est celle amenée par Cyrulnik et Guedeney. Ces auteurs et d'autres encore postulent que la résilience ne se résume pas à une donnée psychologique. Pour eux, le processus résilient intègre également une dimension sociale. Ils concilient à cet effet deux (2) orientations épistémologiques différentes : l'une psychologique et l'autre sociale. Ce qui fait qu'ils décrivent la résilience comme un processus psychosocial qui se décline en trois (3) phases.

Ces trois (3) phases sont les trois (3) phénomènes qui s'y déroulent. En retenant les deux précédentes phases et phénomènes psychiques, ils y ajoutent une troisième phase, le phénomène d'empowerment.

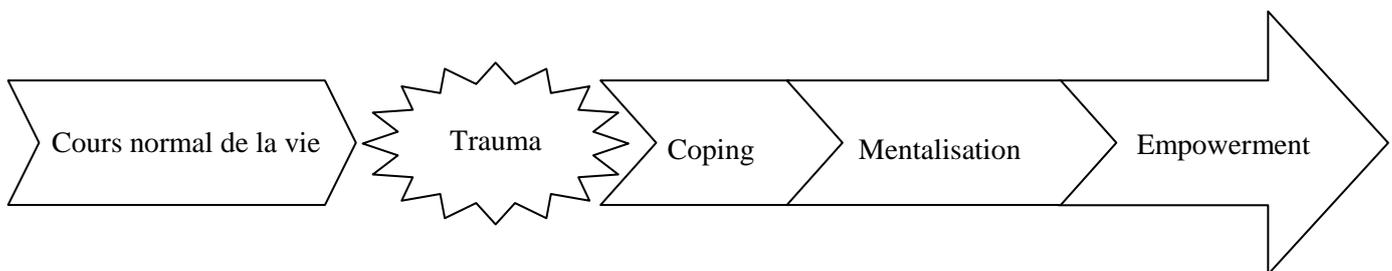


Figure 1 : Etapes du processus de la résilience humaine

Dans le schéma du processus de la résilience que nous proposons, il y a une dyade de paramètres. Un premier paramètre psychologique qui englobe les deux (2) premières phases (coping et mentalisation) et un second paramètre qui, lui, est social et réfère à la troisième phase (empowerment). Nous nous sommes inscrit d'une part dans la lignée théorique d'Anaut (2008) qui a identifié deux (2) phases dans ce qu'elle a dénommé elle-même « *processus psychique de la résilience* » et d'autre part dans les travaux de Guedeney (1998) qui met la résilience au cœur de l'interaction entre le sujet et son environnement. Pour lui, en effet, on ne peut être résilient sans être en interaction. Conceptualiser la résilience comme un processus dynamique décliné en trois (3) phases, avec l'empowerment à la troisième phase, c'est introduire l'idée que l'on peut intervenir dans le cours de la vie du sujet pour réduire l'impact subi et l'aider à se développer positivement en dépit de l'adversité. Cela souligne par ailleurs toute l'importance accordée à l'étayage social dans le processus de la résilience.

IV.1.2.4. Approches théoriques et évaluation de la résilience

IV.1.2.4.1. Approches théoriques de la résilience

Deux (2) approches théoriques fondent notre approche de la résilience. La première est l'approche psychodynamique et la seconde est le modèle écologique.

IV.1.2.4.1.1. Modèle psychodynamique de la résilience

En psychodynamique, le processus de la résilience est indissociable d'un trauma. Les chercheurs qui s'inscrivent dans ce courant s'accordent pour dire que le concept de résilience embrasse deux (2) idées différentes, mais intimement liées : la première est l'existence d'un psychotraumatisme et la seconde le fonctionnement résilient.

Dans cette perspective psychodynamique, les deux (2) réalités, traumatisme psychique et résilience, sont enchevêtrées, inextricablement liées, car pour comprendre la seconde, il faut nécessairement connaître la première. « *Dans cette optique, l'atteinte traumatogène est considérée comme le préalable à l'émergence du processus résilient [...]. Ainsi, c'est le traumatisme psychologique et la menace de désorganisation psychique qui se trouve à l'origine de l'entrée en résilience.* » (Anaut, op. cit., 77). (cf., Figure 1, p.130)

IV.1.2.4.1.2. Modèle écologique ou écosystémique de la résilience

L'écologie est l'étude des milieux où vivent les êtres vivants ainsi que les rapports de ces êtres entre eux et avec le milieu. (Dictionnaire *Le Nouveau Petit Robert*). L'écologie sociale part du postulat que le développement résulte d'une interaction entre divers niveaux de systèmes qui régissent le sujet (Toussignant, 1998). La résilience, dans son abord, renferme deux (2) notions fondamentales : le risque et les facteurs de protection. Les facteurs de risque selon Marcelli(1996) sont « *toutes les conditions existentielles chez l'enfant ou dans son environnement qui entraînent un risque de morbidité supérieur à celui que l'on observe dans la population générale à travers les enquêtes épidémiologiques.* » (Anaut, op.cit., 25). Les facteurs de risque intègrent à la fois les caractéristiques de l'individu et celles du milieu. Les facteurs de protection incluant les compétences, les caractéristiques de la personnalité ainsi que les mécanismes de soutien du milieu (familial, extra-familial). Le modèle

écologique de la résilience s'inscrit dans la lignée des travaux de Bronfenbrenneur (1996) aux Etats-Unis.

Dans ce modèle, il s'agit de comprendre la nature des interrelations complexes qui relient l'individu et son environnement, selon l'hypothèse que les notions de risques et de protection couvrent une réalité qui peut prendre racine tantôt dans la personne, tantôt dans les milieux qu'elle fréquente ou encore dans les contextes qui la déterminent. Ce modèle s'appuie sur une approche centrée sur les aspects socio-environnementaux du développement humain. (Anaut, 2008 75-76.)

L'interaction individu/environnement est ce à quoi s'intéresse le modèle écologique.

Dans ses premières conceptualisations, l'abord de la résilience se situait essentiellement à l'intérieur d'une perspective individualiste, c'est-à-dire que la description et l'explication du phénomène résilient se trouvaient dans l'individu, comme un phénomène intrapsychique. Les écrits sur la résilience reconnaissent cependant de plus en plus le rôle important de l'environnement ambiant et des systèmes avec lesquels l'individu interagit dans son développement psychologique et social. C'est fort de ce constat que nous proposons une approche intégrative de la résilience, c'est-à-dire celle qui tient compte simultanément de la dimension psychodynamique et de la dimension écologique. Selon cette nouvelle approche, la résilience est un processus conçu en rapport avec les facteurs multiples de types psychologiques, comportementaux et environnementaux. La résilience, à cet effet, correspond à une interaction constante entre toutes ces variables et ne peut être comprise (décrite et expliquée) sans tenir compte de cette complexité.

IV.1.2.4.1.3. Notre conception de la résilience

Comme Cyrulnik, nous admettons que la résilience embrasse deux (2) idées différentes, mais intimement liées : la première est l'existence d'un psychotraumatisme et la seconde le fonctionnement résilient. « *La résilience apparaît de ce point de vue comme l'autre côté du traumatisme.* » (Vouche, 2003). Autrement dit, la résilience est l'envers du traumatisme psychique. De ce qui précède, « *la résilience implique donc en amont la survenue d'un traumatisme dont l'origine peut être uni ou multifactorielle et en aval l'aptitude du sujet à le surmonter.* » (De Tychev, 2001, 53). De la sorte « *par le traumatisme, le sujet entre en résilience.* » (Anaut, 2008, 81).

Par ailleurs, nous convenons que le développement de tout individu résulte d'une interaction entre lui et les divers niveaux de systèmes qui le régissent. Cela souligne l'importance de l'environnement ambiant et des systèmes avec lesquels l'individu interagit dans son développement psychologique et social.

Fort de ce constat, nous postulons que la résilience humaine est au cœur d'interactions sociales.

Notre approche est donc intégrative ; elle intègre aussi bien l'approche psychodynamique que l'approche systémique.

IV.1.2.4.2. Evaluation de la résilience

Il s'agit ici de notre approche évaluative de la résilience. Elle est sous-tendue par trois (3) questions fondamentales. La réponse à ces questions, « *Comment évalue-t-on la résilience ?* », « *Avec quoi fait-on cette évaluation ?* » et enfin « *Qui évalue la résilience ?* », donne la structuration de la présente section.

La première question vise à déterminer les critères d'évaluation de la résilience. La détermination des critères à prendre en compte dans ladite évaluation soulève quelques difficultés. Toutefois, De Tychev (2001, 51) précise que « *la définition des critères de résilience engage nécessairement la subjectivité du clinicien-chercheur* ». Pour ce faire, dans le cadre de la présente étude, les applications cliniques de la résilience reposent sur deux (2) domaines, à savoir :

- La symptomatologie clinique : la résilience sera associée à un certain bien-être psychologique, à une absence de perturbations psychologiques et psychiatriques ;
- La compétence sociale : les indices répertoriés dans ce domaine sont la qualité des relations sociales, le rendement scolaire ou l'insertion professionnelle.

De ce point de vue, un sujet sera résilient selon une convergence des deux (2) critères susmentionnés. Dans ce sens, le sujet résilient sera celui qui présentera à la fois une bonne santé mentale et un bon niveau de fonctionnement social (scolaire, professionnel, relationnel).

La réponse à la seconde question amène au choix des instruments d'évaluation de la résilience. Les protocoles évaluatifs auxquels nous nous référons sont des tests (16 PF et dessin de famille), une échelle d'évaluation (inventaire-échelle de névrose traumatique), des

guides d'entretien et les observations. Ces instruments d'évaluation utilisés de manière complémentaire visent les objectifs suivants :

- Evaluer des traits de personnalité ainsi que la symptomatologie clinique ;
- Accéder aux processus intrapsychiques des sujets ;
- Evaluer la compétence sociale.

Enfin, la réponse à la troisième question identifie les personnes susceptibles d'intervenir dans l'évaluation de la résilience. En effet, trois (3) catégories de personnes sont à même de procéder à ladite évaluation. Dans un premier temps, il y a le sujet lui-même dans une auto-évaluation à lui adressée par le chercheur. Dans un second temps, on peut citer l'entourage du sujet, c'est-à-dire le milieu familial et extra-familial dont les points de vue et les jugements seront précieux. Dans un troisième et dernier moment, il y a le chercheur lui-même dans une hétéro-évaluation.

Nous proposons une telle évaluation multidimensionnelle parce que nous voulons éviter, sinon minimiser, les risques de biais méthodologiques.

Au terme de cet exposé, les observations cliniques et les recherches qui traitent de la question de la résilience ont démontré que la capacité de résilience ne se construit pas seulement à l'intérieur de l'individu, ni exclusivement grâce à son environnement, mais par l'enchevêtrement des deux (2). Ces deux (2) entités étant donc interdépendantes, en les mettant en relation, nous obtenons la formule suivante : $R = f(ri, re)$. Ce qui signifie que la résilience d'un sujet (R) est fonction (f) aussi bien des ressources internes du sujet (ri) que de ses ressources extérieures (re).

IV.1.3. Victimes de guerre, objet d'étude

La criminologie s'est pendant longtemps intéressée à l'acte criminel et à son auteur. En effet, l'école classique en criminologie avait fait de l'infraction son objet d'étude, quand l'école positiviste donnait comme objet à la criminologie le délinquant. Mais le phénomène criminel devait aussi être observé sur un versant souvent ignoré : celui de la victime.

C'est ainsi qu'autour des années 1950, grâce aux écrits de Hans Von Heutig et de Benjamin Mendelshon, naissait la victimologie. Ce courant posait comme impératif scientifique la prise en considération de la victime dans le champ de la réflexion scientifique.

Considérés comme les pionniers de la victimologie, ces auteurs ont posé les fondements de ce que l'on peut aujourd'hui baptiser la victimologie classique ou « *première victimologie*. » (Audet, Katz, 1999 ; Cario, 2006 ; O. Koudou, 2007)

L'ensemble des théories classiques en victimologie peuvent être résumé en trois (3) points essentiels : les typologies de victimes, les facteurs victimogènes et les relations victime agresseur. (Cario, op. cit.)

De fait, les typologies de victimes ont été élaborées dans une perspective étiologique. Cette démarche a permis de mettre en relief un contexte victimogène, autour de l'existence des facteurs victimogènes considérés comme déterminants dans les relations entre l'infacteur et la victime.

Ces précurseurs de la victimologie ont, grâce à leurs travaux, enrichi la réflexion criminologique dans la mesure où la victime n'avait jamais été étudiée comme l'avait été le criminel.

Ces auteurs ont permis de dépasser les limites des écoles précitées. Sans aucun doute, les travaux de ces victimologues classiques sont dignes d'être regardés par leur mérite, en ce sens qu'ils « *ont ouvert à la victime les chemins de la (re)connaissance scientifique* », c'est-à-dire que dorénavant la victime est étudiée en tant que telle, comme un objet d'étude, comme un problème en soi.

L'inscription de la victime dans la pensée et la recherche scientifique confère à la victimologie toute sa légitimité. De ce point de vue, l'apport de Von Heutig, Mendelsohn et de tous les victimologues classiques semble tout à fait essentiel.

Nonobstant leur contribution, les discours classiques en victimologie présentent des limites.

En effet, une critique qu'il importe de faire est relative à la réduction des discours classiques à une approche purement étiologique.

Aussi la plupart des victimologues classiques, sinon tous, n'ont-ils eu de cesse de souligner la culpabilité de la victime dans le passage à l'acte criminel ; autrement dit, ces théoriciens n'ont fait qu'attirer l'attention sur le rôle de la victime dans la commission de l'infraction. Ce parti pris épistémologique est lourd d'implication, car il revient paradoxalement et implicitement à ignorer ce qui fait la spécificité de la victime par rapport à son bourreau : les souffrances.

En outre, nous relevons que la victimologie classique a circonscrit l'étude de la victime à un cadre strictement juridique, c'est-à-dire seulement par rapport à la commission d'une

infraction de droit commun. En d'autres mots, pour les victimologues classiques, il n'y a de victime que lorsque l'agresseur est identifié et que la situation victimisante est un acte prohibé par la loi pénale.

Fort de ces insuffisances, au cours des années 1970, un glissement de conception s'est opéré avec les théories victimologiques contemporaines. Ainsi, conformément au processus scientifique d'amélioration permanente des connaissances par remise en cause successive, les victimologues contemporains n'ont pas manqué de rejeter les restes des théories antérieures. Dans cette optique, les approfondissements menés sur la victime n'étaient plus focalisés sur la culpabilité de celle-ci, mais plutôt, ils visaient à étudier la victime en elle-même indépendamment du passage à l'acte et de la personne du délinquant.

Regroupée autour de deux (2.) axes principaux (théories contestataires et théories reposant sur l'expérience et le vécu), cette nouvelle tendance en victimologie est d'une portée certaine. En effet, elle envisage d'abord deux (2) sortes de réformes dans le domaine de la politique pénale :

- La nécessaire prise en compte des souffrances des victimes ;
- La reconnaissance légale du statut de victime.

Ensuite, elle a mis l'accent sur la nécessité de dépasser, quoique essentiel, le cadre strictement matériel de la réparation pécuniaire des victimes en préconisant de mettre en place des dispositifs d'assistance, de conseil et d'aide aux victimes eu égard aux conséquences psychologiques et sociales que la victimisation entraîne. Cette nouvelle perspective victimologique appelée seconde victimologie met l'accent sur les données psychologiques, sociales, médicales, judiciaires des victimisations subies par les individus. Ainsi, selon ces victimologues contemporains, « *la victimologie, branche de la criminologie peut être définie comme la discipline scientifique multidisciplinaire ayant pour objet l'analyse globale des victimisations sous leur double dimension individuelle et sociale, dans leur émergence, leur processus et leurs conséquences, afin de favoriser leur prévention et, le cas échéant, la réparation corporelle, psychologique et sociale de la victime* ». (Cario, 2006, 36-37)

Avec cette nouvelle orientation, la pierre angulaire de la définition de la victimologie, c'est son objet, c'est-à-dire la victime et sa condition. Ces deux (2) variables clés deviennent nécessairement et désormais l'épine dorsale de toute démarche victimologique.

C'est ainsi que dans le domaine de la pensée victimologique dans le monde, les travaux de nombreux auteurs dont Bailly (1995, 2001), Moro (1997), Audet & Katz (1999), De Clercq

et Lebigot (2001), Josse (2006, 2007), Cario (2006) ont stimulé l'étude des victimes. Ils ont élaboré une approche notionnelle novatrice de la victime en dehors du cadre strictement juridique et ont développé une philosophie de l'action. A cet effet, ces auteurs se sont intéressés autant aux victimes de catastrophes macrosociales (tsunamis, séismes, guerres, inondations, crash d'avion, etc.), que de victimes de catastrophes microsociales (viol, maltraitance, agressions physiques, etc.). On voit sans qu'il soit besoin d'insister davantage, toutes les riches perspectives ouvertes par les théories en victimologie dans le champ d'étude de la victime.

Rappelons au passage que les victimes de guerre font partie des victimes des catastrophes macrosociales.

Tout au long des deux (2) derniers siècles, l'intérêt pour les conséquences de la guerre sur les populations a connu un essor graduel et constant.

Les conflits armés, particulièrement les deux (2) Grandes Guerres ainsi que celle du Viêtnam se sont révélées comme des terrains de prédilection aux études. Ainsi, plusieurs auteurs ont enrichi les connaissances par leurs réflexions sur le processus en jeu dans les réactions psychotraumatiques.

L'adversité des situations victimisantes et traumatisantes sur la vie des êtres vivants a de plus en plus retenu l'attention de la communauté scientifique dans l'ensemble. C'est pour cette raison que diverses études réalisées par différents chercheurs, Grappe (1997, 2001), Lebigot (2001a, b), Moro et al. (2001), Crocq (1992, 1999, 2001, 2007), Bailly (2001a, b), Mouzayan (2003), pour ne citer que ceux-là, ont fait de la compréhension de l'événement traumatique, des conséquences de celui-ci et de la prise en charge qui en découle, les orientations principales de leurs recherches.

Certains des auteurs suscités ont, dans leurs travaux, fait part de l'enfance et l'adolescence en souffrance. Pour ces auteurs, l'implication des enfants dans la guerre témoigne du déplacement de la violence des affrontements en direction des populations sans arme dans leur ensemble.

L'intérêt des études réalisées en population infantile a porté généralement sur les répercussions psychologiques et sociales des guerres. En effet, une attention toute particulière a été portée aux différentes conséquences de guerre chez les enfants.

Les chercheurs ont donc accordé un intérêt particulier à la guerre et à ses effets dans toutes les régions du monde où cette dernière a existé : aux Amériques (Lecuna (2008)), en Europe (Grappe, (1997)), en Asie (Mollica et al. (1997)), aux Proche et Moyen Orient (Qouta,

Punamaki et El Sarraj (1995)) et en Afrique (Josse (2010), etc.). Les recherches révèlent que de nombreux enfants et adolescents sont exposés à des situations traumatiques graves qui entraînent des problèmes physiques et psychologiques ainsi que de lourdes conséquences à long terme. Les chercheurs ne cessent de se pencher sur la diversité des répercussions possibles de ces événements sur cette catégorie de population.

Mais l'Afrique et plus particulièrement la Corne de l'Afrique et l'Afrique Occidentale semblent les zones les plus touchées par les conflits armés. Mais qu'en est-il de la situation des enfants victimes de guerre en Côte d'Ivoire ?

Au niveau de la Côte d'Ivoire, dans la littérature existante, du moins dans celle à laquelle nous avons eu accès, certaines études, (Bih, Acka-Douabele (2006)), ont plus mis en évidence le volet social de l'impact de la guerre. Ces écrits nous éclairent sur les répercussions sociales de la guerre sur les individus en mettant en relief la ruine et la destruction systématique des infrastructures socioéconomiques ainsi que des structures sociales de base. D'autres études, en revanche, ont négligé l'impact social de la guerre au profit du volet psychologique qui, lui, met en évidence les conséquences psychiques des événements traumatiques sur les individus.

Ainsi donc, c'est pour combler ces vides que nous avons décidé de conduire cette étude. Les différents problèmes éludés et énumérés ci-dessus laissent profiler les pistes essentielles de nos recherches. A cet effet, nous étudierons d'un côté l'impact social de la crise ivoirienne, et de l'autre l'aspect psychologique de l'impact de la guerre avec un intérêt pour les psychotraumatismes, à leur évolution, leur évaluation, car pendant et après, les conflits armés laissent des séquelles graves dans le psychisme de bien d'individus. Un intérêt particulier sera également accordé au processus de remaniement psychologique et social.

Etant donné que les enfants doivent être pensés au croisement de leurs dimensions sociales et individuelles, nous avons estimé qu'il serait plus pertinent de privilégier une approche intégrant aussi bien les caractéristiques sociales que psychologiques des effets de la guerre. C'est du reste ce qui justifie le choix de notre approche psychosociale

IV.2. CADRE DE REFERENCE THEORIQUE

Notre étude s'inscrit dans les corpus théoriques de la victimologie clinique et du déterminisme multifactoriel.

IV.2.1. Victimologie clinique

Sous le terme de victimologie clinique, coexistent deux (2) entités distinctes ; la victimologie et la pratique clinique.

La victimologie se définit comme le champ de recherche fondamentale et appliquée du traumatisme individuel ou collectif d'origine naturelle ou provoquée. (Bessoles et Mormont, 2004).

Clinique vient du mot grec « *klinê* » qui veut dire « le lit ». Etymologiquement, le terme signifie « *ce qui se déroule près du lit du malade* » (O. Koudou, 2006, 10), ou l'étude au chevet du malade.

Mais au départ, c'est en médecine que ce mot a été employé et, était l'enseignement de l'art médical donné au lit du malade et les connaissances acquises de cette manière. C'est par la suite que le concept de clinique a été étendu avec des adaptations à d'autres disciplines dont la psychologie, la sociologie (O. Koudou, op cit.). C'est dans cette vue qu'est née la victimologie clinique.

La victimologie clinique retient de son étymologie le contact avec la victime, l'étude du cas individuel de la victime en vue de proposer des mesures d'assistance et de prise en charge. (Bessoles et Mormont, 2004).

On peut donc admettre que la victimologie clinique a pour objet l'étude individuelle des victimes afin de déterminer les mesures idoines pour leur prise en charge globale.

Telle que présentée, la victimologie clinique s'appuie sur un modèle à la fois, sémiologique, pathogénique et étiologique, même si les conceptions étiologiques sont plus du ressort des représentations individuelles et collectives. De fait, elle tente de répondre aux questions suivantes : « *comment les troubles psychiques se manifestent-ils ? , comment les décrire ? (sémiologie) ; comment est-ce que le trouble est arrivé ? (pathogénie) ; pourquoi ? Et d'où vient-il ? (étiologie)* ». Aussi l'observation des signes et des symptômes des états pathologiques, l'étude des manifestations cliniques ainsi que l'analyse de l'éprouvé subjectif et les manifestations extérieures des sujets retiendront-elles notre attention.

En choisissant la victimologie clinique, nous nous inscrivons dans la lignée des études psychologiques et psychiatriques qui accordent un intérêt tout particulier aux conséquences du traumatisme psychique lié à la victimisation. Ces études empruntent des idées des travaux de S. Freud (la névrose traumatique) et Klein (l'expérience traumatique) (O. Koudou, 2007). Par ailleurs, Bessoles (2005) ajoute que l'un des nouveaux enjeux de la victimologie d'aujourd'hui est les états post-traumatiques, notamment le PTSD, liés aux événements dramatiques. C'est pourquoi notre approche victimologique privilégie les conséquences des événements traumatiques de la guerre. En ce sens, elle «*étudie le psychisme des victimes et le psychodrame⁽¹⁾ provoqué par l'acte criminel*» (Negrier-Dormont, Tzitzis, 1994, 99). Au-delà, nous essayerons de donner un sens à nos observations en prenant en considération l'histoire des sujets en y intégrant les signes ainsi que les symptômes de ces derniers

Par ailleurs, Bessoles (op. cit.) souligne que le processus résilient est un autre enjeu de la « nouvelle victimologie ». En effet, en adjoignant au diagnostic des défaillances des sujets leurs ressources, la victimologie clinique, à travers le concept de résilience, nous invite à percevoir « *la face positive de la médaille* » (Lecomte, 2006, 28). Ce qui signifie que la résilience est une particularité clinique qui fonde en partie la causalité dans le choix de la victimologie clinique.

« Nous pouvons parler de "modèle" concernant la résilience dans la mesure où il s'agit d'une construction théorique visant à fournir des éléments d'explication à des phénomènes comportementaux et des processus inconscients. Ce modèle comprend une dimension descriptive (décrire les caractéristiques comportementales) et interprétative (donner du sens). La description de la résilience suppose que l'on tente une approche typologique : quels en sont les ressorts psychiques, comment reconnaître le processus résilient ? L'explication des processus résilients comprend l'approche étiologique du phénomène, c'est-à-dire l'origine (pourquoi) et suppose de cerner les mécanismes qui sous-tendent la résilience (comment) ». (Anaut, 2008, 8).

En adoptant cette posture paradigmatique, il s'agit pour nous de ne pas poser de diagnostic seulement avec des termes négatifs, pathologiques, mais aussi de souligner les

¹ Le psychodrame est, selon Negrier-Dormont et Tzitzis (1994), l'état d'âme (*psychè*) suscité par un acte dérogatoire, bouleversant toute la personnalité dans un sens négatif ; ce qui a une répercussion sur le devenir individuel et social.

forces des individus. Cette démarche permet de voir les sujets avec des ressources et non plus uniquement comme de simples victimes. En d'autres termes, il nous reviendra, dans notre travail, de porter une attention aux capacités, aux ressources et aux forces dans l'histoire douloureuse et traumatique de sujets, plutôt que de faire exclusivement des observations et des descriptions à l'aide de schèmes pathologiques.

Aussi trouvons-nous intéressant de réfléchir, après les études des cas, à un dispositif d'assistance et d'aide à apporter aux victimes relativement aux conséquences psychologiques et sociales que les victimisations de guerre ont entraînées, en vue d'une réhabilitation psychosociale et d'une réinsertion sociale.

IV.2.2. Déterminisme multifactoriel

Le syndrome post-traumatique est l'ensemble des symptômes et signes qu'un individu présente après la confrontation à un événement traumatique. En adoptant le paradigme multifactoriel, nous postulons que la pathologie d'ESPT durable est d'origine multifactorielle (De Tychey, 2001).

Nous appréhendons aussi la résilience comme un processus multifactoriel relevant de l'interaction entre l'individu et son environnement, comprenant des variables internes au sujet et des variables qui lui sont externes (Anaut, 2008).

En choisissant le déterminisme multifactoriel, nous soulignons que les réactions post-traumatiques des adolescents victimes de guerre (ESPT chronique, résilience) peuvent être influencées par plusieurs facteurs. (Bibeau, 1999).

V. OBJECTIFS ET THESE DE RECHERCHE

V.1. Objectifs de recherche

Nous avons deux (2) types d'objectifs : l'objectif général et les objectifs spécifiques.

V.1.1. Objectif général

La présente étude vise à expliquer les conséquences du conflit armé ivoirien du 19 septembre 2002 sur des adolescents, à travers une description des diverses réactions post-traumatiques présentées par ces derniers.

V.1.2. Objectifs spécifiques

- 1/ Identifier les signes et symptômes cliniques chez les adolescents présentant un ESPT chronique ;
- 2/ Décrire les caractéristiques de la résilience chez des adolescents ;
- 3/ Evaluer les répercussions sociales de la guerre chez les adolescents traumatisés par rapport à un certain nombre de paramètres tels que la santé, l'éducation, la pauvreté, les normes et valeurs sociales, les relations intra et extra-familiales ;
- 4/ Etudier les mécanismes en jeu dans la chronicisation du PTSD et dans la résilience chez des adolescents, à travers l'inventaire des facteurs ou déterminants de vulnérabilité et les facteurs de protection.

V.2. Thèse

L'idée que nous défendons est que, dans le contexte ivoirien de la guerre, les conséquences de la guerre sont expliquées par un ensemble de variables post-événementielles, c'est-à-dire qu'elles ont un rôle plus déterminant, soit dans la chronicisation de l'ESPT (effets négatifs), soit dans l'annulation de celui-ci (effets positifs).

La présente étude va, de ce fait, tenter de relever les facteurs de *vulnérabilisation* de même que les facteurs de protection qui permettent de mieux rendre compte de l'impact à long terme de la guerre dans le contexte ivoirien.

VI. HYPOTHESES DE RECHERCHE ET CADRE OPERATOIRE

Nous allons dans un premier moment présenter les différentes hypothèses de recherche, et dans un second temps, nous montrerons le schéma expérimental de ladite recherche.

VI.1. HYPOTHESES DE RECHERCHE

Pour notre étude, nous avons formulé une hypothèse générale et trois (3) hypothèses opérationnelles.

VI.1.1. Hypothèse générale

« Le devenir psychosocial des adolescents traumatisés, différencié en "ESPT chronique" et en "résilience", est étroitement lié à la part des facteurs socio-environnementaux et psychologiques ».

VI.1.2. Hypothèses opérationnelles

En guise de réponses provisoires aux questions précédemment posées sur l'objet d'étude et, en guise de compléments et de clarifications à l'hypothèse générale, trois (3) hypothèses opérationnelles ont été formulées.

Hypothèse opérationnelle 1 : *« Un adolescent traumatisé qui a un entourage humain bienveillant a plus de chance de contrebalancer les séquelles psychotraumatiques et de développer une capacité de résilience qu'un adolescent dont l'entourage humain est indifférent et hostile ».*

Hypothèse opérationnelle 2 : *« Plus les conditions socio-économiques du milieu de récupération d'un adolescent traumatisé sont précaires, plus il a tendance à souffrir durablement du PTSD ».*

Hypothèse opérationnelle 3 : *« Moins un adolescent traumatisé a des perceptions négatives, moins il est enclin à présenter des complications du PTSD ».*

VI.2.CADRE OPERATOIRE

C'est le lieu où nous décrivons nos variables en précisant leurs modalités et leurs indicateurs. Les indicateurs sont des signes, des comportements ou des réactions directement perceptibles par lesquels on repère au niveau de la réalité les dimensions de la variable.

Dans l'hypothèse générale, nous avons trois (3) types de variables :

- une Variable Dépendante (VD) qui est le devenir psychosocial du sujet traumatisé dont les modalités sont le développement pathologique de l'ESPT ou ESPT durable et le développement non pathologique de l'ESPT ou résilience ;
- une Variable Indépendante (VI) qui est l'état psychotraumatique antérieur du sujet (ESPT) dont les modalités sont la dissociation, les symptômes d'évitements, les symptômes d'intrusion et les symptômes d'hyperactivité neurovégétative ;
- des Variables Intermédiaires (Vint.) au nombre de trois (3) que sont la qualité de l'entourage humain, la nature des conditions socio-économiques du milieu de récupération (variables socio-environnementales) et les perceptions du sujet (variable psychologique).
 - * La première hypothèse intermédiaire « qualité de l'entourage humain » a deux (2) modalités : entourage humain bienveillant et chaleureux, et entourage humain indifférent et hostile ;
 - * La deuxième hypothèse intermédiaire « nature de la condition socio-économique du milieu de récupération » a également deux (2) dimensions : condition socio-économique stable ainsi que condition socio-économique précaire;
 - * La troisième hypothèse intermédiaire « perceptions du sujet » se décline en deux (2) : perceptions positives et perceptions négatives.

N.B. : Les variables intermédiaires interviennent entre l'ESPT et l'ESPT durable ou la résilience, et devraient expliquer pourquoi les symptômes persistent ou pourquoi ils disparaissent. En ce sens, les réactions ou le devenir des sujets seraient influencés par les variables en question. Certaines ont la propriété de produire la détresse et interagissent avec

le facteur primaire (trauma) pour aggraver en durée, et pas nécessairement en intensité, l'ESPT. D'autres, au contraire, aident à corriger les symptômes du PTSD.

Dans les tableaux (5 ; 6 ; 7) qui suivent, nous faisons une description de chaque hypothèse opérationnelle, en précisant les différentes variables, leurs dimensions ainsi que leurs indicateurs.

Tableau 5 : Tableau synoptique de l'hypothèse opérationnelle 1

Ho Op1	VARIABLES	DIMENSIONS	INDICATEURS
VI	ESPT	Symptômes Dissociatifs	Frayeur, confusion mentale, déréalisation, dépersonnalisation
		Symptômes d'évitement	Retrait de l'environnement, restriction des affects, état d'alerte, sentiment d'avenir bouché
		Symptômes d'intrusion	Cauchemar de répétition, souvenir forcé, réviviscences hallucinatoires, illusion de répétition, détresse, conduites de répétition
		Symptômes d'hyperactivité neurovégétative	Difficultés de sommeil, irritabilité, hypervigilance, sursauts
VInt.	Qualité de l'entourage humain des sujets	Entourage humain bienveillant et supportant	Entourage humain qui apporte un soutien social important sur les plans affectif, cognitif, spirituel
		Entourage humain indifférent et hostile	Entourage humain qui est incompréhensif, stigmatise le sujet, le rejette, l'exclut
VD	Devenir psychosocial des adolescents traumatisés	Développement pathologique de l'ESPT ou ESPT durable	Idem avec les indicateurs de VI
		Développement non pathologique de l'ESPT ou résilience	Absence de symptômes de l'ESPT, compétence comportementale et relationnelle, bonne performance scolaire, bonne estime de soi.

(Ho Op = Hypothèse Opérationnelle ; VD = Variable Dépendante ; VI = Variable Indépendante ; Vint = Variable Intermédiaire)

Tableau 6 : Tableau synoptique de l'hypothèse opérationnelle 2

Ho Op2	VARIABLES	DIMENSIONS	INDICATEURS
V. I.	ESPT	Symptômes Dissociatifs	Frayeur, confusion mentale, déréalisation, dépersonnalisation
		Symptômes d'évitement	Retrait de l'environnement, restriction des affects, état d'alerte, sentiment d'avenir bouché
		Symptômes d'intrusion	Cauchemar de répétition, souvenir forcé, réviviscences hallucinatoires, illusion de répétition, détresse, conduites de répétition
		Symptômes d'hyperactivité neurovégétative	Difficultés de sommeil, irritabilité, hypervigilance, sursauts
V. Int.	Nature de la condition socio-économique du milieu de récupération	Condition socio-économique stable	Pouvoir se nourrir, se vêtir, se soigner, se loger et aller à l'école
		Condition socio-économique précaire	Ne pas pouvoir se nourrir, se vêtir, se soigner, se loger et aller à l'école
V. D.	Devenir psychosocial des adolescents traumatisés	Développement non pathologique de l'ESPT ou résilience	Absence de symptômes de l'ESPT, compétence comportementale et relationnelle, bonne performance scolaire, bonne estime de soi.
		Développement pathologique de l'ESPT ou ESPT durable	Idem avec les indicateurs de V I

Tableau 7 : Tableau synoptique de l'hypothèse opérationnelle 3

Ho Op3	VARIABLES	DIMENSIONS	INDICATEURS
V. I.	ESPT	Symptômes Dissociatifs	Frayeur, confusion mentale, déréalisation, dépersonnalisation
		Symptômes d'évitement	Retrait de l'environnement, restriction des affects, état d'alerte, sentiment d'avenir bouché
		Symptômes d'intrusion	Cauchemar de répétition, souvenir forcé, réviviscences hallucinatoires, illusion de répétition, détresse, conduites de répétition
		Symptômes d'hyperactivité neurovégétative	Difficultés de sommeil, irritabilité, hypervigilance, sursauts
V. Int.	Perceptions du sujet	Perceptions positives	Perception positive de soi(<i>se sentir aimable et capable</i>), perception positive du support social(<i>percevoir l'entourage social comme supportant et aimable</i>), perception positive du présent(<i>juger le présent comme non angoissant</i>) et du futur(<i>croire en un lendemain meilleur, optimisme</i>)
		Perceptions négatives	Perception négative de soi(<i>ne pas se sentir aimable et capable</i>), perception négative du support social(<i>percevoir l'entourage social comme insupportant et désaimante</i>), perception négative du présent(<i>juger le présent comme angoissant</i>) et du futur(<i>péjoration de l'avenir, ne pas pouvoir réussir à l'école ou dans la vie, se marier, avoir des enfants</i>)
V. D.	Devenir psychosocial des adolescents traumatisés	Développement non pathologique de l'ESPT ou résilience	Absence de symptômes de l'ESPT, compétence comportementale et relationnelle, bonne performance scolaire, bonne estime de soi.
		Développement pathologique de l'ESPT ou ESPT durable	Idem avec les indicateurs de V I

Après avoir défini la problématique de notre étude, au regard de ce qui a été souligné dans les lignes précédentes, nous avons mené notre travail conformément à la méthodologie ci-après dans laquelle nous présenterons le terrain, la population ainsi que l'échantillon d'étude. Aussi allons-nous énumérer les méthodes et les techniques de recherche ainsi que les méthodes et techniques d'analyse des données.

CHAPITRE II : CADRE METHODOLOGIQUE

La méthodologie est, selon Mucchielli (1996, 129), « *la réflexion sur les méthodes qu'il convient de mettre au point pour conduire une recherche.* » Elle est l'art avec lequel le chercheur articule ses idées et la manière dont il mène son étude.

La présente étude s'inscrit dans une approche qualitative. Le choix de cette démarche se justifie par la nature même de notre objet d'étude. En effet, il porte sur des phénomènes inférés, donc non quantifiables. Par ce choix, il s'agit pour nous de comprendre des phénomènes psychiques et sociaux qui échappent à tout exercice de quantification statistique. A ce sujet, Nsabiyeze (2005, 48) précise que « *les objets de recherche qualitative sont choisis pour leur complexité, leur instabilité, leur inscription dans l'expérience vécue subjective et contextuelle. Recherchant la compréhension plutôt que l'explication, la recherche qualitative est aussi à visée descriptive et exploratoire.* »

L'approche qualitative se veut une approche holistique, c'est-à-dire qui considère l'être humain dans sa globalité, comme un tout indivisible qui ne peut être étudié et compris par ses différentes composantes (physique, psychique et sociale) séparément.

Ce chapitre est composé, d'une part du terrain, de la population et de l'échantillon d'étude et, d'autre part des méthodes et techniques utilisées pour la collecte des données, ainsi que celles de l'analyse et de l'interprétation des données recueillies.

I. TERRAIN

Dans le but de cerner la situation psycho-sociale d'adolescents victimes de guerre en Côte d'Ivoire, l'étude a été menée à la fois en zone CNO (Centre, Nord, Ouest) et en zone Sud. De fait, le conflit militaro-politique du 19 septembre 2002 a entraîné la partition du pays en deux (2) grandes zones : une au Sud sous contrôle du gouvernement et toute la zone Centre, Nord et Ouest aux mains des Forces Nouvelles. Notre étude portant sur l'impact psycho-social de la guerre sur des adolescents en Côte d'Ivoire, nous commandait donc de mener nos investigations sur les deux (2) sites de recherche suscités.

Ainsi, nous avons choisi la localité de Man en zone CNO et la ville d'Abidjan au Sud. Le choix des sites de recherche se fonde, il est vrai, sur le poids respectif des villes retenues dans l'organisation administrative et politique du pays ; Abidjan étant la ville la plus

importante du Sud et celle qui a accueilli un très grand nombre de déplacés internes. Man est la principale ville de l'Ouest, région la plus sinistrée par la guerre. Pour des raisons linguistiques, avons-nous choisi la ville de Man. Aussi, la seule structure de l'intérieur du pays qui a répondu favorablement à notre demande d'enquête est basée dans ladite ville.

Deux (2) structures, avec lesquelles nous avons collaboré et au sein desquelles nous avons mené nos investigations, ont été choisies. Ce sont : l'ONG ODAFEM, structure privée exerçant à Man et le CAPPS, structure étatique localisée à Abidjan. Ainsi pour chaque site de recherche, nous avons retenu une structure.

I.1. Brève présentation d'ODAFEM

Nous avons mené nos investigations dans l'ouest du pays, précisément à Man, au sein et sous la couverture d'une ONG dénommée ODAFEM qui signifie Organisation pour le Développement des Activités de Femmes. Cette structure, dans ses objectifs initiaux, visait essentiellement la lutte contre la pauvreté au sein de la gente féminine. Mais dans le cadre du Programme de Désarmement et Réinsertion (PDR) initié par l'UNICEF en faveur des enfants-soldats, c'est cette ONG qui a été le partenaire local de cette organisation des Nations Unies suite à l'incapacité constatée d'une ONG locale : FEDIKF. C'est donc dans ce cadre qu'elle a réorienté ses activités en s'occupant, le temps de l'exécution du projet "PDR", des enfants et adolescents de la région de Man victimisés par la guerre. Au moment où nous effectuons notre « stage » d'étude au sein de ladite structure, elle était basée au Quartier "CAFOP" de Man.

I.2. Brève présentation du CAPPS

Le CAPPS (Centre d'Assistance et de Prise en charge Psychosociale) est un service public, une sous-direction du Ministère ivoirien de la Solidarité et des Victimes de guerre. Il a été créé par arrêté **N°44/MSVG/CAB du 02 Août 2006**. Le CAPPS est chargé :

- d'organiser et d'assurer l'intervention psychosociale en faveur des populations victimes de catastrophes ;
- d'initier et de mettre en œuvre des actions d'assistance et d'appui au développement communautaire des couches sociales démunies et en détresse, y compris les victimes de guerre.

II. POPULATION D'ENQUETE

« On appelle population d'enquête, le bassin qui contient les éléments sur lesquels porte la recherche. » (Aktouf, 1987,41). Dans le cadre de notre étude, nous avons choisi de diversifier nos sources d'informations. Cette diversification de sources sur la problématique étudiée répond à notre souci de mieux saisir l'objet d'étude. C'est ainsi que nous avons déterminé trois (3) catégories de population à interroger, à savoir : les adolescents victimes de guerre, leur entourage et les personnes ressources.

II.1. Adolescents victimes de guerre

Les sujets interrogés sont des adolescents qui ont vécu la guerre. Ils proviennent, pour certains de la zone CNO, précisément de Man, et pour d'autres d'Abidjan. Ce dernier type de sujets fait partie des populations migrantes internes.

Nos observations ont porté sur des sujets qui au moment de l'étude étaient âgés de 12 à 19 ans

II.2. Entourage des adolescents

Pour recueillir des informations complémentaires sur notre population cible, nous nous sommes proposé d'approcher l'entourage des adolescents. Cet entourage comprend pour les uns les parents biologiques ou les oncles, pour les autres les amis et voisins, et pour les autres encore les maîtres artisans.

Bien que la plupart des individus relie correctement leurs signes et symptômes aux traumatismes, certains en sont des fois incapables. Dans ce cas d'espèce, il n'est pas sans intérêt de rencontrer un parent proche du sujet, car ce dernier peut parfois aider à établir un diagnostic en spécifiant que les syndromes ne se sont déclarés qu'à la suite de la guerre.

Tableau 8 : Tableau de présentation des membres de l'entourage des adolescents

N° DE CAS	MEMBRE DE L'ENTOURAGE CORRESPONDANT
CAS N°1	ONCLE
CAS N°2	MAÎTRE ARTISAN
CAS N°3	ONCLE
CAS N°4	ONCLE
CAS N°5	AMI
CAS N°6	ONCLE
CAS N°7	MERE
CAS N°8	MAÎTRE ARTISAN
CAS N°9	VOISIN
CAS N°10	ONCLE
CAS N°11	PERE

II.3. Personnes ressources

Les personnes ressources sont les spécialistes ou les professionnels de l'aide psychosociale. Ce sont : un (1) psychiatre, trois (3) psychologues et deux (2) travailleurs sociaux (un (1) inspecteur spécialisé et un (1) animateur communautaire). Dans le présent travail, c'est grâce aux personnes ressources que les adolescents qui ont participé à l'étude ont pu être identifiés et interrogés. Ces spécialistes nous ont permis d'établir une relation de confiance avec les sujets/patients. En les approchant, ils leur ont fait part de la tenue de l'étude, de ses visées, des modalités de réalisation de celle-ci et leur ont par ailleurs recommandé de coopérer entièrement avec nous pour la réussite de ladite recherche.

Dans le tableau suivant, nous présentons de façon sommaire ces personnes ressources.

Tableau 9: Tableau d'identification simplifiée des personnes ressources

N°	COMPETENCES	STRUCTURES
PR 1	Psychiatre	CAPPS
PR 2	Psychologue	ODAFEM
PR 3	Psychologue	CAPPS
PR 4	Psychologue	CAPPS
PR 5	Educateur spécialisé	CAPPS
PR 6	Animateur	ODAFEM

(PR signifie Personne Ressource)

III. ECHANTILLON

Selon Aktouf (1987, 41) « *l'échantillon est la base matérielle à toute recherche.* » En sciences sociales et humaines, l'objet d'étude déterminant le choix de l'échantillon, nous avons constitué un échantillon de vingt-huit (28) personnes réparties comme suit : onze (11) adolescents victimes de guerre, onze (11) individus de l'entourage et enfin six (6) personnes ressources.

Notre étude étant de type monographique, son principe est en premier lieu les études de cas. Pour la constitution de l'échantillon nous avons recouru à la technique du tri expertisé (Angers, 1996 ; Arcan et coll., 2004) qui consiste à faire appel à des intervenants spécialisés (les personnes ressources dans le cadre de notre étude) pour le choix des individus susceptibles de faire partie de notre échantillon, étant donné qu'ils ont reçu et travaillé avec les adolescents, sujets souffrant ou ayant souffert de dysfonctionnements psychiques, de troubles divers.

Les traits pertinents d'inclusion dans l'échantillon ayant présidé au choix des cas étudiés ont été les suivants :

- 1) Avoir vécu, été témoin ou été confronté à un événement ou à des événements durant lesquels on a pu être gravement blessé ou on a été menacé de mort, ou bien durant lesquels son intégrité physique, morale et/ou matérielle ou celle d'autrui ont pu être menacées ;
- 2) avoir vécu la guerre sous un mode traumatique ;
- 3) avoir un âge compris dans l'intervalle [12 ans-19 ans].

Une trentaine de sujets répondaient aux critères de l'étude, mais seulement vingt (20) ont pu être localisés.

Les critères d'exclusion : parmi les vingt (20) adolescents localisés, (a) six (6) ont refusé de participer à la recherche, (b) trois (3) ont abandonné en cours de recherche. L'échantillon final de notre recherche est donc composé de onze (11) sujets/patients. Ce sont eux qui ont servi de base matérielle à nos observations et ont fait l'objet d'entretiens approfondis eu égard à la logique de notre étude.

Il ressort de ce qui précède que c'est exclusivement pour la catégorie des adolescents victimes de guerre que la technique du tri expertisé a été utilisée. Une fois les onze (11) sujets retenus, nous avons choisi d'interroger de façon raisonnée un membre de l'entourage de chaque sujet, raison pour laquelle nous avons aussi onze (11) personnes de l'entourage des adolescents. Les six (6) personnes ressources sont celles avec qui nous avons le plus travaillé et échangé au cours de nos investigations.

IV. METHODES ET TECHNIQUES DE COLLECTE DE DONNEES

IV.1. Méthodes de recherche

Les méthodes de recherche en sciences sociales et humaines sont des procédures définies qui sont utilisées en vue de développer la connaissance scientifique des phénomènes humains et sociaux. (R.R. Tremblay et Perrier). La méthode serait donc une conception intellectuelle coordonnant un ensemble de moyens pour atteindre un but bien défini. La nature de la problématique en question détermine les approches et les méthodes de l'étude. Dans cette optique, nous avons jugé bon d'associer quatre (4) méthodes de recherche pour recueillir les données sur le terrain. Ce sont : la méthode clinique, la méthode différentielle et la méthode transversale et la méthode systémique.

IV.1.1. Méthode clinique

Le choix de la méthode clinique se justifie par le fait que celle-ci est fondée sur les observations et l'analyse approfondie des cas individuels. Elle s'appuie généralement sur l'anamnèse (histoire de vie ou des modes de vie des sujets) en vue d'une compréhension de leurs personnalités, de leurs particularités et de leurs singularités.

Dans le cadre de la présente étude, nous allons privilégier ce que Widlöcher (1996) appelle l'*approche du singulier*, à savoir qu'un seul fait peut avoir valeur scientifique. Cet auteur énonce que « *le singulier en lui-même a une valeur affirmative car s'il existe un, alors cette catégorie existe, donc il est à prendre dorénavant en compte.* ». Cette approche du singulier procède de l'analyse de cas. Et c'est ce qui orientera notre démarche. Elle a été choisie parce qu'elle est basée sur la description du singulier considérant chaque cas observé

comme source de savoir ou pour utiliser l'expression d'Aïssani (2003, 14), comme une « *unité fondamentale d'observation et d'analyse* ». Aussi nous donne-t-elle d'être le plus proche possible de la réalité des phénomènes vécus par la population cible.

La méthode clinique nous a permis de faire l'anamnèse des adolescents et d'utiliser les tests psychologiques.

IV.1.2. Méthode différentielle

C'est une méthode qui permet d'établir la différence (K. Koudou, 2005). Nous avons opté pour cette méthode parce que nous envisageons mettre en évidence les différences dans les réactions aux événements traumatiques chez les enfants étudiés. Ne se bornant pas à l'étude partielle de l'impact de la guerre, l'approche différentielle se propose de recouvrir les aspects différentiels réels, tels que les ont révélés les recherches sur le terrain. Elle nous permet, de ce fait, de mettre en lumière les différentes expériences traumatiques vécues par chaque adolescent au cours de la crise militaro-politique ivoirienne et la symptomatologie différentielle des victimes.

IV.1.3. Méthode transversale

Notre étude a une portée, à la fois, descriptive et exploratoire. L'observation du phénomène a été faite avec le modèle transversal lié à ce type de recherche, dans lequel, d'une part, nous avons comparé deux (2) groupes de sujets à un moment T., qui est le moment de la collecte des données sur le terrain, et d'autre part nous avons établi une seule séance de collecte des données en une seule étape. (Serniclaes, 2004)

IV.1.4. Méthode systémique

La problématique victimale est une problématique très complexe. C'est la raison pour laquelle nous avons choisi l'approche systémique qui a la particularité de présenter une méthodologie de l'appréhension des réalités complexes.

Le concept de base de cette approche est le système, défini par Bertalanfly (1972) comme un ensemble d'éléments en interaction dynamique. La méthode systémique aide donc à décrire la complexité organisée et met l'accent sur des éléments du système, c'est pourquoi

elle fait appel à la notion de réciprocité des interactions au sein du système. A cet égard, toute modification de l'un des éléments entraîne de facto une modification du système tout entier. Ainsi entre les sujets/éléments et tout système s'établissent des rapports d'échange et surtout d'influence.

Le modèle systémique que nous proposons, envisage la description des interactions entre les phénomènes individuels et sociaux, en utilisant comme champ d'exploration l'individu lui-même et son réseau social.

En effet, les actions «*des divers niveaux de systèmes qui régissent les enfants, à savoir : l'ontosystème (caractéristiques internes des sujets), le microsystème (famille), l'exosystème (communauté) et le macrosystème (système politique)*» (Ehrensaft et Toussignant, 1998) peuvent simultanément être à l'origine, soit de la décompensation des adolescents affectés par la guerre, soit de l'élaboration de leur résilience. Ce modèle nous a permis de voir et de saisir la nature des interactions entre les adolescents traumatisés et leur entourage qui a favorisé, soit l'enkystement des symptômes post-traumatiques, soit leur remaniement.

Après avoir déterminé les méthodes de recherche, il importe maintenant de choisir les techniques de recherche qui se construisent toujours en fonction des méthodes.

IV.2. Techniques de recherche

Le choix des techniques dépend de l'objectif poursuivi, lequel est intimement lié à l'objet et aux méthodes de recherche choisis. Ce qui signifie qu'on ne peut définir de méthodes de recherche sans tenir compte de l'objet, et par ricochet, les techniques, outils et instruments organisés de la méthode mis à la disposition de la recherche, doivent nécessairement être en rapport avec la méthode.

Ainsi donc, en référence à l'objet et aux hypothèses de recherche et aux méthodes susmentionnées, les techniques que nous avons utilisées sont les suivantes : l'analyse de documents, l'observation, l'entretien et les tests psychologiques.

IV.2.1. Analyse de documents

La réflexion engagée, dans ce travail, est sous-tendue par les résultats d'une recherche documentaire. Les archives des structures visitées comprenant les fiches d'identification, les

registres médico-psychologiques et sociaux, ainsi que d'autres documents nous ont permis d'approfondir nos connaissances sur nos sujets. Les informations tirées de ces documents sont venues compléter et enrichir les données recueillies des entretiens.

Après l'analyse documentaire, nous avons fait de l'observation. Mais, qu'en est-il de l'observation, cet autre instrument de collecte de données ?

IV.2.2. Observation

L'observation est définie comme « *un moyen de coder l'information recueillie afin de la mettre sous une forme qui facilite son emploi, qui lui confère une valeur heuristique plus grande.* » (Nsabiyeze, 2005, 52).

L'observation se présente donc comme un procédé scientifique d'investigation consistant en la constatation des faits et des phénomènes tels qu'ils se produisent.

Selon Nsabiyeze (2005), observer c'est « *écouter, comprendre pour pouvoir décrire, c'est aussi interpréter ce que l'on voit, c'est enfin relater les faits dans leur chronologie et les mettre les uns en rapport avec les autres.* »

L'observation dans notre travail a consisté à observer certaines réactions émotionnelles de nos enquêtés, leurs gestuelles, leurs mimiques et leurs hésitations pendant les entretiens ainsi que les manifestations somatiques observables, les conduites extérieures manifestes au décours de l'entretien. (*Voir grille d'observation dans les annexes, pp.416-417.*)

Après avoir parlé de l'observation, nous allons dans les lignes suivantes présenter l'entretien, une autre technique de recueil d'informations utilisée dans la présente étude.

IV.2.3. Entretien

Selon Aktouf (1987, 87), « *on appelle interview ou entretien ou encore entrevue, un rapport oral, en tête à tête, entre deux (2) personnes dont l'une transmet à l'autre des informations sur un sujet prédéterminé.* » C'est une discussion orientée, un procédé d'investigation utilisant un processus de communication verbale pour recueillir des informations en relation avec les objectifs fixés.

« *L'entretien est l'un des outils privilégiés de la recherche clinique dans la mesure où la subjectivité s'actualise par les faits de parole à l'adresse du clinicien.* » (Nsabiyeze, 2005, 50). Elle est la technique de choix pour accéder à des informations subjectives (histoire de vie, représentation, sentiments, émotions,...) témoignant de la singularité des sujets. Il est la technique permettant « *l'objectivation de la subjectivité* » (Nsabiyeze, 2005.)

IV.2.3.1. Types et supports de l'entretien

Les types sont les différentes formes d'entretiens utilisées. Et le support est le matériel de base qui a servi à recueillir les données sur le terrain. Pour la collecte des données, nous avons utilisé deux (2) types d'entretiens, en référence aux catégories de populations retenues pour l'enquête. Ainsi, avec notre population cible, nous avons utilisé l'entretien clinique ou approfondi et avec les personnes ressources et l'entourage, nous avons opté pour l'entretien semi-directif. Pour chaque type d'entretien, nous avons constitué un guide d'entretien.

IV.2.3.1.1. Entretien clinique ou approfondi

Comme son nom l'indique, ce genre d'entretien est clinique, c'est-à-dire qu'elle appartient à la méthode qui porte le même nom et qui consiste à coller à la réalité propre du sujet. L'entretien est ici centré sur le sujet lui-même, ses préoccupations, ses émotions (Aktouf 1987). Ce type d'entretien permet à l'enquêté de parler longuement et de s'interroger avec son intervieweur sur lui-même et sur son univers (Beaud et Weber, 2003). Cette technique permet à l'interviewé de s'exprimer librement, avec des termes lui convenant, et avec la possibilité, s'il le désire, de revenir sur des points déjà énumérés, abordés. (Aktouf, 1987).

Il s'agit d'essayer d'aller au fond de la vie du sujet, d'aller au fond de chaque cas. Et tout ce que dit le sujet est considéré comme significatif, porteur de sens.

IV.2.3.1.2. Entretien semi-directif

Ce type d'entretien a été destiné aux deux (2) autres catégories de population. S'appuyant sur un guide, l'entretien a eu un thème central « l'impact psycho-social de la

guerre », décomposé en quelques sous-thèmes sur lesquels nos interviewés ont été appelés à se prononcer. (*Voir annexes A1, A2 et A3, pp. 412-414*).

En effet, nos interlocuteurs ont eu à répondre le plus simplement et directement possible aux questions tout de même assez larges, sans cependant avoir eu le droit de sortir du cadre de chaque question.

IV.2.3.2. Déroulement de l'entretien

Pendant les entrevues avec les patients, nous avons eu une approche clinique empathique et compréhensive. En effet, ce fut de notre part, une attitude d'ouverture qui a encouragé à l'expression spontanée. Cependant, nous avons adopté une « position » de neutralité qui consiste à ne pas donner d'avis, encore moins à porter un jugement de nature à influencer nos interlocuteurs.

Comme dans tout entretien à visée de recherche, nous avons sacrifié à la tradition d'éthique et de courtoisie qui veut que le chercheur se présente à ses interlocuteurs, leur explique les objectifs des entrevues et les usages qui seront fait des données recueillies. Aussi avons-nous assuré à chaque sujet une garantie de confidentialité par l'anonymat. Ce qui signifie que les noms utilisés dans la présentation des résultats ne sont que des pseudonymes.

Par ailleurs, lors des échanges, au cours desquels les interlocuteurs ont produit un discours dans lequel, ils nous ont livré leur vécu et leurs expériences, nous avons été particulièrement attentif au contexte. En réalité, le contexte dans lequel se tient une entrevue peut influencer sur le déroulement de celle-ci, notamment la présence d'une tierce personne. Avec les adolescents, nous avons choisi des entretiens individuels, c'est-à-dire que nous étions seul avec chacun de nos interlocuteurs. Etant donné que chaque sujet a accompli son propre trajet de souffrance, sa propre expérience, l'entretien ne pouvait qu'être individuel. En outre, cette option a été privilégiée parce que la plupart des sujets éprouvaient d'énormes difficultés à s'exprimer en présence de leurs semblables.

Certaines entrevues ont été enregistrées avec l'accord préalable des sujets. Nous avons procédé à l'enregistrement, car c'est le seul moyen de conserver intégralement ce qui a été dit et, sur le plan de la fidélité, de la conservation des tons et de l'exhaustivité, nous n'avons pas trouvé mieux. Ce procédé nous a permis aussi de consacrer toute notre attention au récit et à l'observation.

IV.2.3.3. Finalités de l'entretien

« Par définition, l'entretien est un moment pour parler de l'événement lui-même, mais aussi d'autres contenus de la vie psychique : évocation du passé proche, lointain, des projets, expressions des craintes et des fantasmes, jugements moraux. » (Lebigot, 2001b, 246). Cette pensée de Lebigot présente en filigrane les finalités de l'entretien. L'entretien à visée de recherche, tel que nous l'avons présenté précédemment a des buts spécifiques précisés par Pedinielli en ces termes : *« L'entretien à visée de recherche peut certes soulager le sujet et lui permettre de percevoir la nature de certains de ses problèmes, mais ne saurait être un procédé thérapeutique. »* (Nsabiyeze, 2005, 51)

De ce qui précède, nous affirmons que les entretiens à visée de recherche réalisés dans cette étude ont permis aux sujets de mettre en mots, de verbaliser ce qui les tenait attachés aux événements de la guerre, de donner leurs perceptions d'eux-mêmes et des choses. Ils ont donc eu pour finalités la collecte des données relatives à notre objet, et non l'orientation vers une thérapie, une cure.

Si les entretiens ont aidé à recueillir de telles informations, les techniques projectives, quatrième type d'instrument de collecte, ont contribué à mesurer et à déceler des traits psychologiques, donc de mettre en évidence des phénomènes cachés.

IV.2.4. Tests psychologiques

Les entretiens ont été soutenus par des tests psychologiques. Selon Aktouf (1987, 83), *« les tests sont des instruments déjà élaborés qui servent à déceler ou à mesurer des éléments cachés dont le sujet lui-même n'a, en principe, généralement pas conscience. »*

Le choix des outils d'évaluation a été l'une des difficultés à laquelle nous avons été confronté, non seulement à cause de leur "indisponibilité", mais aussi parce qu'en clinique, la passation d'outils standardisés requiert de la part du praticien une bonne maîtrise de ces instruments, et surtout une grande prudence.

Dans le cadre d'une évaluation, Jehel et Vermeiren (2001) recommandent, pour la mesure des troubles post-traumatiques, de recourir le plus souvent à plusieurs outils. Fort de

cette suggestion, nous avons choisi trois (3) instruments d'évaluation, que sont : le test de dessin de famille, le 16 PF et l'inventaire-échelle de névrose traumatique. Ces outils sont des examens et des analyses complémentaires aux précédentes techniques.

IV.2.4.1. Dessin de famille

Le premier test utilisé, qui est une épreuve de personnalité, est celui de dessin de famille de Louis Corman. De fait, comme le langage et le jeu, le dessin est une façon pour l'adolescent de communiquer ou de raconter. Il exprime une authentique vision du monde dans laquelle il est facile pour l'adolescent de s'identifier. C'est lui permettre de s'affirmer, d'être, de provoquer une réaction sur l'entourage et c'est surtout un mode d'expression et de communication majeure pour l'adolescent.

Le dessin peut être utilisé soit comme test d'intelligence, soit comme test de personnalité. Le dessin est reconnu comme miroir et reflet de la personnalité. L'adolescent, en effet, dessine ce qui est important pour lui positivement et négativement, ce qui lui vient spontanément. Il exprime par là une sorte de projection de sa propre existence. Il s'agit, dès lors, non pas de se demander ce que c'est, mais plutôt ce que l'enfant veut dire. La production graphique suscite une liberté d'expression qui est révélatrice de leur monde intérieur et de leur construction de la réalité. (Nandrino et Doba, 2001).

L'utilisation de ce test a obéi à trois (3) objectifs majeurs : premièrement, comprendre le vécu des sujets relativement à la situation de guerre, secondement, les perceptions des sujets et troisièmement « *appréhender le type de représentation des relations familiales et fraternelles des enfants* » (O. Koudou, 2005) dans un environnement social et familial perturbé et affecté par la guerre.

Pour consigne, nous avons demandé aux sujets de dessiner une famille, une famille d'invention, de leur choix et de nommer les personnages du dessin. Ce test permet une projection du vécu de l'adolescent, il traduit ses préoccupations, son histoire en filigranes. Il évoque en pointillé son avenir, c'est une approche projective. Son dessin est un autoportrait, et on retrouve très souvent dans les dessins la problématique de l'adolescent. Il va pouvoir traduire ses problèmes familiaux dans son dessin. Le dessin est sensible aux modifications psychopathologiques de la personnalité. Il permet également de projeter les tendances refoulées de son inconscient et de révéler les véritables sentiments que le sujet éprouve pour les siens et précisément pour l'environnement familial. (O. Koudou, 2002, 2005). Nous tenons

à préciser que le dessin a été proposé aux adolescents, non dans un registre ludique et occupationnel, ou encore thérapeutique, mais seulement à des fins diagnostiques pour observer la pathologie ou non de la personnalité en général. (Hariki, 2007)

IV.2.4.2. Sixteen Personality Factors (16 PF)

Ce test a été mis sur pied par Raymond Bernard Cattell. Dans les lignes suivantes, nous présentons la portée et les consignes d'applications dudit test.

IV.2.4.2.1. Portée du test

Le 16 P.F. répond à la réelle exigence, pour le psychologue, d'obtenir dans le temps généralement bref dont il dispose, l'information la plus complète possible sur les traits de personnalité. Ne se bornant pas à l'étude de quelques notions limitées : « névrosisme » ou « adaptation », ou d'un trait isolé quelconque, il se pose de recouvrir systématiquement les aspects différentiels réels, tels que les ont révélés les recherches factorielles.

Une tendance existe encore à accorder « a priori » une importance prépondérante à certains traits isolés, stabilité émotionnelle, dominance, ou expansivité par exemple, et à survaloriser leur pouvoir prédictif. Neuf fois sur dix, d'autres aspects moins apparents de la personnalité, mais tout aussi importants – de nombreuses recherches l'ont montré – restent ignorés.

Le 16 P.F. échappe à cette critique : les 16 dimensions proposées, entités fonctionnelles indépendantes, à signification psychologique réelle, assurent une analyse complète de la personnalité. Il est à l'heure actuelle, le seul :

a) dont toutes les questions possèdent une saturation connue en regard de chacun des facteurs qu'elles se proposent de mesurer ;

b) pour lequel il est démontré que chacun des facteurs du questionnaire correspond à des facteurs primaires de la personnalité, facteurs qu'on retrouve d'autre part, notamment dans les appréciations dont on peut explorer systématiquement la signification et l'importance dans un large éventail de situations de la vie réelle. Ces facteurs proviennent d'un échantillonnage uniforme des différents domaines de la personnalité ; ils comprennent les aptitudes (intelligence), les facteurs tempéramentaux et les traits dynamiques de base

(intégration du caractère). Leur identification repose sur plus de 30 années de recherche factorielle sur des groupes normaux et cliniques.

Il faut sans doute une certaine maîtrise de la technique pour arriver à mettre en jeu 16 données, mais, dans un domaine aussi complexe, une information complète apporte au diagnostic et au pronostic du comportement une garantie de sérieux qui dédommage l'utilisateur de son effort. La notation peut être allégée, on le verra plus loin, par la combinaison de certaines notes pondérées qui permet d'extraire de ces seize (16) dimensions quatre (4) traits (facteurs de second ordre) plus maniables : *extraversion*, *anxiété*, *dynamisme* et *indépendance*. Soulignons cependant le risque encouru en utilisant des traits moins spécifiques, de ce fait moins prédictifs et moins « profonds ». L'expérience du 16 P.F. dans les domaines clinique, pédagogique et professionnel, a révélé une supériorité très nette de sa valeur prédictive sur celle d'échelles unidimensionnelles ou multidimensionnelles composées arbitrairement. Tout est mis en œuvre, du reste, pour qu'il en soit ainsi :

1) le plus grand soin a été apporté, au cours de l'élaboration, à la recherche analytique de base : vaste échantillonnage des données connues de la personnalité, aboutissant à une structure simple révélant l'entité fonctionnelle des traits mesurés (ceci vérifié par trois études factorielles distinctes), confirmation répétée des pondérations d'items, étalonnage sur groupes suffisamment variés, validations concurrentes et prédictives.

Les recherches de traits fondamentaux ont porté surtout sur les traits se rapportant à l'aspect social, tourné vers l'extérieur, de la personnalité comme l'intelligence, la stabilité émotionnelle, la force du moi, l'expansivité, la dominance ;

2) les études poursuivies aux divers âges du développement de l'enfant ont mis en évidence la permanence des principaux facteurs du 16 P.F. tout au long de la croissance.

Signalons d'autre part la contribution importante apportée à l'étude « universelle » des mécanismes de la personnalité par l'adaptation du 16 P.F. dans de nombreux pays.

IV.2.4.2.2. Consignes d'application

Le cahier de test porte des instructions claires et simples, suffisantes pour que le sujet puisse s'administrer le test lui-même. Il importe cependant d'établir un bon contact avec les

sujets, que ce soit en situation collective ou individuelle. L'intervention de l'examineur est utile, soulignons-le, pour rappeler au sujet qu'il y va de son propre intérêt de répondre sincèrement et consciencieusement : à lui de trouver les mots pour créer une motivation suffisante, et éviter, de ce fait, toute simulation dans les réponses. Il est préférable, dans la mesure où la confiance ne peut être assurée, de changer de méthode, et de faire passer des tests objectifs de personnalité, qui donneront, dans ce cas, une mesure plus exacte.

On fait d'abord remplir au sujet la partie réservée aux renseignements d'ordre personnel, sur la feuille de réponse ; puis on lui demande de lire les instructions de la première page du cahier, et de répondre aux exemples comme cela lui est indiqué ; cinq minutes suffisent, après quoi, le psychologue s'assure que les consignes ont été bien comprises, répond aux questions éventuelles et donne le signal de départ.

On ne donne aucune limite de temps ; il est bon, de rappeler aux sujets qu'ils ne doivent pas s'attarder sur une question.

On peut donc conclure que le 16 PF à aider à faire un diagnostic différentiel des sujets, à mettre en évidence le profil psychologique dynamique des sujets et leur degré de sociabilité.

Quel est l'apport de l'inventaire-échelle de névrose traumatique dans la compréhension du vécu psychosocial des adolescents victimisés par la guerre ?

IV.2.4.3. Inventaire-échelle de névrose traumatique

L'inventaire-échelle de névrose traumatique ou encore échelle ALFEST, est un instrument destiné à l'inventaire et à l'évaluation clinique de la névrose traumatique, des états de stress post-traumatiques (PTSD) et autres états séquellaires du traumatisme psychique. Il constitue à la fois un inventaire clinique et une échelle d'évaluation. (Steinitz et Crocq, 1992). Cette échelle a été élaborée par les auteurs précités et est composée, dans sa version originale, de quatre (4) feuillets distincts. Elle a la particularité d'être à la fois une hétéro-évaluation ⁽¹⁾ et une auto-évaluation ⁽²⁾. Les trois (3) premiers feuillets (A, B, C) constituent l'hétéro-évaluation. Le quatrième feuillet (D) permet l'auto-évaluation.

¹Une hétéro-évaluation est un instrument qui, dans l'évaluation d'un sujet, nécessite l'intervention d'une autre personne qui va juger et coter les réponses. Elle est également appelée échelle d'évaluation ou entretien structuré..(Jehel et Vermeiren in De Clercq et Lebigot, 2001)

²« Une auto-évaluation encore appelée auto-questionnaire ou questionnaire permet une évaluation du sujet par lui-même ». (Jehel et Vermeiren op.cit., 354)

- **Le premier (feuille A).** IL est consacré à l'investigation du traumatisme. Il nous a permis de relever les coordonnées de l'événement traumatique, date, durée, lieu. Nous avons également pu répertorier la nature de cet événement ainsi que la description brève du traumatisme et de ses circonstances. Ce feuillet nous a aidé à préciser si le sujet était seul ou accompagné au moment du trauma, et par qui ? De même, à partir de l'inventaire de 46 items repartis en 5 rubriques, nous avons pu évaluer la violence du trauma (rubrique 1) ; les causes humaines (rubrique 2) ; l'impact physique (rubrique 3) ; l'impact psychique (rubrique 4) ; une éventuelle abréaction (rubrique 5).
- **Le second (Feuille B) :** il est relatif aux antécédents médico-chirurgicaux personnels et les antécédents psychiatriques familiaux, d'éventuels psychotraumatismes antérieurs ou encore des événements de vie marquants pour les sujets. En repérant ces indices, la finalité est d'identifier une possible prédisposition (structurelle, conjoncturelle). Crocq et Steiniz admettent que « *ces données peuvent expliquer partiellement certains aspects du tableau clinique de la névrose traumatique.* »
- **Le troisième (Feuille C) :** ce feuillet examine, inventorie de manière exhaustive et développée le tableau clinique que présente le sujet. A partir d'une grille de description clinique répartissant 121 symptômes en 15 rubriques sémiologiques. Les 15 rubriques sémiologiques sont réparties en trois (3) catégories de 5 rubriques chacun. *Cinq (5) rubriques concernant le syndrome de répétition*, pathognomonique du syndrome psychotraumatique ou PTSD (la richesse du syndrome de répétition, le vécu psychique du syndrome de répétition, l'accompagnement neuro-végétatif des phénomènes de répétition, la fréquence des répétitions, la sensibilité aux stimuli) ; *cinq (5) rubriques des symptômes non-spécifiques* (anxiété généralisée, l'asthénie, les symptômes psychonévrotiques, les troubles psychotraumatiques et les troubles caractériels ou du comportement) ; *cinq (5) symptômes concernant la personnalité traumatonévrotique* (état d'alerte, syndrome d'évitement, la perte des intérêts et la régression narcissique et les relations sociales.)
- **Le quatrième (Feuille D) :** il est consacré à une auto-évaluation, c'est-à-dire une évaluation du sujet par lui-même.

Nous avons expressément enlevé ce quatrième feuillet relatif à l'évaluation de l'état clinique de nos sujets par eux-mêmes, parce que nous estimons qu'ils ne sont pas aptes à s'auto-évaluer.

Par ailleurs, au niveau du feuillet C, n'ayant pas les compétences cliniques requises pour faire la cotation des symptômes, nous avons choisi de nous limiter à l'inventaire des symptômes sur la base des réponses des sujets.

V. METHODES ET TECHNIQUES D'ANALYSE DE DONNEES

Dans la perspective de notre étude, nous avons, pour l'analyse et le traitement des données recueillies sur le terrain, opté pour deux (2) méthodes d'analyse : la méthode qualitative et l'analyse de contenu.

V.1. Méthode qualitative

Pour l'analyse et l'interprétation des données que nous avons collectées, nous avons choisi la méthode qualitative. La méthode qualitative réfère à la nature des faits. Généralement, elle décrit, explicite et analyse des phénomènes qui par essence ne sont pas mesurables. L'approche qualitative prend en compte l'ensemble des dimensions qui caractérisent le phénomène de l'impact de la guerre. En réalité, cette méthode permet de comprendre les opinions et les attitudes grâce à l'expression du vécu et au contenu des discours des enquêtés. Ici, l'étude s'est appuyée sur l'approche phénoménologique qui est une des composantes de la méthode qualitative.

V.1.1. Analyse phénoménologique

Ce travail dans lequel nous avons interrogé le ressenti et le vécu des sujets, l'analyse phénoménologique nous est apparue la plus appropriée. En effet, la phénoménologie est la science des phénomènes, c'est-à-dire la science des vécus par opposition aux objets du monde extérieur. Ainsi, cette analyse rend compte de l'expérience vécue. La phénoménologie étudie et clarifie les actes psychiques et place au centre de son intérêt la conscience. Elle est donc la quête du sens et du vécu. (Vermersh, 1996).

Selon Paul N'Da (2002, 54) « *la phénoménologie ou la méthode phénoménologique a cette particularité d'accorder l'importance à l'interprétation que le sujet donne aux événements qu'il vit* ». C'est pourquoi la phénoménologie défend l'idée que la compréhension d'une réalité tient plus à sa description qu'à son explication. Autrement dit, elle procède à la

description de ce que l'individu ressent, de comment il perçoit le monde et ses relations à l'entourage.

Dans le cadre de la présente étude, la posture méthodologique d'inspiration phénoménologique nous a permis de comprendre les réalités vécues par les sujets affectés par le conflit armé. « *La phénoménologie présente les phénomènes sous la forme de narration. Et ces narrations sont considérées comme une description subjective mais authentique de l'expérience.* » (Loucif, 2009). Cette analyse a été donc préférée parce qu'elle tend à explorer la subjectivité des sujets comme moyen privilégié de compréhension et d'interprétation de leurs réalités. Par conséquent, les sujets donnent, à travers leurs propos, un sens aux événements de la guerre selon ce qu'ils ont vécu. En ce sens, ce sont eux-mêmes qui décrivent les différents phénomènes vécus et leur donnent un sens.

V.2. Analyse de contenu

L'approche qualitative de notre étude, les objectifs et les hypothèses ainsi que la nature des données collectées nous ont amené à recourir à la méthode d'analyse de contenu. Aktouf (1987,112) définit l'analyse de contenu comme « *la technique de recherche pour la description objective, systématique quantitative du contenu manifeste (et latent) des communications ayant pour but de les interpréter.* » En d'autres mots, l'analyse de contenu est une méthode d'étude détaillée, à la fois quantitative et qualitative, des contenus de discours. Sur le plan quantitatif par exemple, l'analyse de contenu a permis de relever la fréquence de thèmes, de mots dans le discours des sujets. Qualitativement, elle a pour rôle d'en dégager les significations, intentions, etc., non directement perceptibles à la simple lecture des documents. On peut donc en déduire que l'analyse de contenu convient aussi bien à l'étude de l'explicite qu'à l'étude de l'implicite, du dit et du non-dit, de l'apparent et du sous-jacent.

Dans l'analyse de contenu que nous avons faite, nous avons cherché à comprendre les réactions, les affects et les activités cognitives des sujets. Les éléments que nous avons pris en compte dans ladite analyse sont pour :

- le contenu manifeste : opinions, idées, mots, phrases, etc. ;
- le contenu latent : gestuelle, tensions émotionnelles, mimique, silence, etc.

Notre analyse a été réalisée sur des objets précis que nous présentons.

V.2.1. Présentation de corpus

Le corpus est l'ensemble des objets ou matériaux que nous avons traités et analysés. Autrement dit, c'est le matériel de communication ou encore les documents analysés. Dans le présent travail, nous avons eu à traiter des corpus de texte. Le corpus de texte est constitué de l'ensemble des entretiens transcrits. En effet, la transcription écrite a été le point d'orgue du travail de traitement et d'analyse, car il nous est revenu la délicate tâche de transcrire fidèlement tout ce que nous avons perçu et entendu de nos interlocuteurs, en termes utilisables dans la logique de notre objet ;

Pour l'analyse de ces matériaux, nous avons utilisé une technique d'analyse : analyse thématique.

V.2.2. Analyse thématique

Selon Nsabiyeze (2005, 53), *« l'analyse thématique est avant tout descriptive et peut être associée à d'autres modes de dépouillement. Elle correspond à une complexification de la question simple "de quoi le sujet parle-t-il ?". Elle procède par découpage du discours et recensement des thèmes principaux et secondaires qui peuvent faire l'objet d'analyses différentes selon les hypothèses... »*

L'analyse thématique nous a permis de repérer les éléments évoqués qui, au niveau des thèmes abordés avec les enquêtés, ont donné lieu à des propos convergents ou divergents sur les aspects de l'étude. Aussi avons-nous procédé au décompte fréquentiel de certaines données (le plus souvent les mots, phrases, expressions) et à les regrouper en catégories significatives, l'hypothèse étant qu'une fréquence élevée d'une idée est synonyme de "idée importante pour l'enquête."

A travers l'analyse thématique, nous avons essayé de mettre en évidence les représentations sociales, les jugements des participants. En cela, nous ne sommes pas sorti du corpus. Aussi avons-nous fait appel à différents éléments en dehors bien sûr du corpus, par exemple la gestualité, la mimique. Nous avons voulu dévoiler les conditions de production du corpus, en déterminant les intentions explicites ou implicites des auteurs du corpus. De la sorte, nous sommes passé du contenu manifeste au contenu latent qu'on a tant bien que mal

essayé de décrypter. L'identification des indicateurs sous-jacents (hésitation, pleurs) ont pris pour nous la valeur d'un examen complémentaire qui est venu compléter et enrichir notre analyse. Aktouf (1987)

V.2.3.Grille de dépouillement

Le dépouillement des données a obéi aux critères suivants :

- La référence au cadre théorique et aux objectifs, aux questions et aux hypothèses ;
- La fréquence des informations à travers le récit des différents enquêtés, l'hypothèse étant que la fréquence d'une idée ou d'une information est synonyme d'idée essentielle pour le locuteur ;
- La rétention de tous les aspects significatifs des communications en liaison avec l'objet.

VI. DIFFICULTES RENCONTREES

Les difficultés auxquelles nous avons été confrontées sont de trois (3) ordres :

Premièrement, notre objectif initial était de recueillir les données dans les capitales des cinq (5) grandes zones géographiques du pays, à savoir : zone sud (Abidjan), zone centre (Bouaké), nord (Korhogo), ouest (Man) et est (Bouna). Vu que la période dans les zones CNO était très sensible, il était dangereux d'aller seul dans ces zones pour mener pareille étude. Il fallait, pour réussir ce pari, nécessairement travailler sous la couverture d'une structure fiable qui travaillait dans les zones et qui maîtrisait les réalités du terrain. De toutes les lettres que nous avons adressées à différents structures identifiées comme travaillant en zone CNO, c'est seulement ODAFEM (Man) qui a répondu favorablement à notre demande. Avec les autres structures, toutes nos sollicitations et insistances sont restées sans écho. Ce qui nous a amené à nous contenter d'Abidjan et de Man comme sites de recherche.

La deuxième difficulté a été la trop grande mobilité des sujets. En effet, aussi bien à Man qu'Abidjan, nous avons eu beaucoup de difficultés à rencontrer les sujets que nous avons souhaités interroger. Pour ce qui est de la ville de Man par exemple, la structure avec laquelle nous avons travaillé est basée dans la ville de Man. Cependant, elle n'avait plus les enfants sous la main. Sur la base de leurs dossiers que nous avons consultés et exploités, il était

question, en adéquation avec les critères d'inclusion évoqué précédemment, d'interroger certains sujets. Selon les informations tirées de leurs dossiers respectifs, ces sujets étaient censés être dans la ville de Man, pour la plupart, dans des ateliers d'apprentissage. Mais, une fois sur le terrain, la réalité était tout autre. En effet, plusieurs des enfants que nous devions interroger avaient déserté les ateliers pour se retrouver dans leurs villages. Tenant absolument à rencontrer ces enfants, nous avons été obligé de nous rendre dans ces villages. Ce qui nous a conduit successivement à Boguiné⁽¹⁾ et à Logoualé⁽²⁾ où se trouvaient ces adolescents. Nous avons fait tous ces voyages avec l'aide d'un guide qui était un des encadreurs de ces enfants pendant leur bref séjour au CTO⁽³⁾ de Ziélé⁽⁴⁾.

A Abidjan, la situation était quasi-similaire. En effet, les adresses géographiques et téléphoniques que les individus avaient données lors de leur réception au CAPPSS n'étaient pas toujours fiables, car ces personnes n'étaient généralement plus à ces adresses et ce sont des "gymnastiques" entières que nous avons faites pour retrouver certains sujets.

Le troisième problème rencontré sur le terrain a été le refus de certains adolescents de participer à l'étude.

Le quatrième a été la « monétarisation » des relations humaines, particulièrement à Man. Dans cette localité, la plupart des enfants pratiquaient, à la limite, le chantage. En effet, il fallait payer pour obtenir des informations.

Ces difficultés ont fait que nous avons mis beaucoup de temps pour collecter les données sur le terrain. Nous avons mis plus de dix(10) mois, pratiquement douze (12) mois pour cette tâche. (Août 2008 –juillet 2009).

Malgré ces difficultés, l'étude a été bien menée ; elle nous a permis de recueillir les données nécessaires au présent travail

¹Boguiné est un village situé à environ 5 km de Man, sur l'axe Abidjan-Man.

²Logoualé est une localité située à environ 35 km de Man, sur l'axe Abidjan-Man.

³CTO signifie Centre de Transit et d'Orientation.

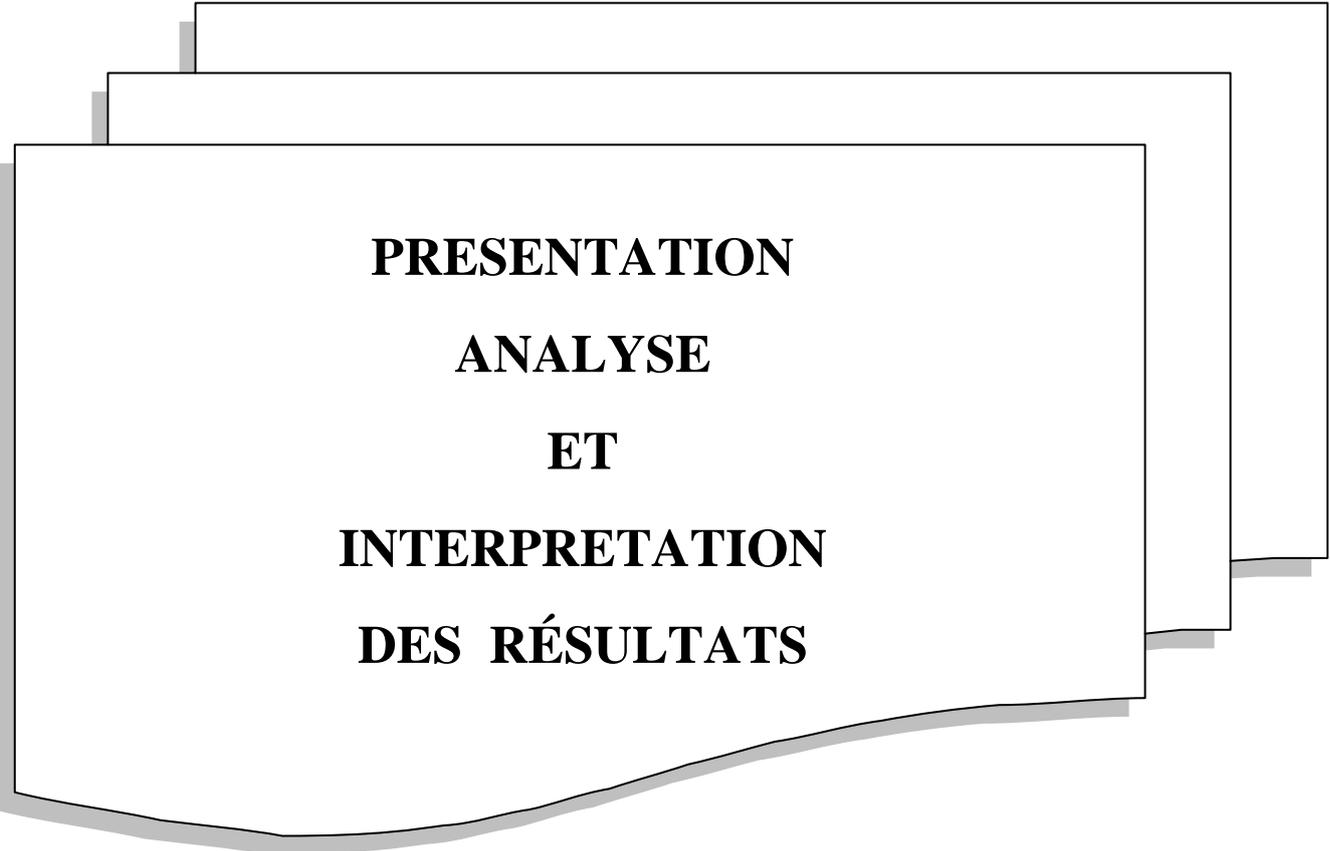
⁴Ziélé est un village situé à l'entrée de Man, sur l'axe Abidjan-Man.

CONCLUSION PARTIELLE

Nous avons étudié, dans une approche psychosociale, le phénomène d'adolescents victimes de guerre en Côte d'Ivoire. Cette étude a eu pour but, en général, de dégager chez des sujets affectés par le conflit armé du 19 septembre 2002, les répercussions sur les plans individuel et social. Notre étude a été menée à partir de l'hypothèse générale suivante : « *Le devenir psycho-social des adolescents traumatisés, différencié en "ESPT chronique" et en "résilience", est étroitement lié à la part des facteurs socio-environnementaux et psychologique* ».

Ce travail du vécu psycho-social des victimisations de la guerre a donc été abordé dans le cadre des approches théoriques du traumatisme psychique et de la résilience. Afin d'identifier et de comprendre les spécificités de l'impact de ce conflit armé, nous avons interrogé plusieurs catégories de population. Ainsi, la base matérielle à notre recherche a été constituée de vingt-huit (28) personnes dont onze (11) adolescents exposés au conflit, onze (11) individus issus de l'entourage de ces enfants et six (6) personnes ressources. Pour explorer le psychisme des sujets et toucher du doigt les réalités sociales vécues par ceux-ci, nous avons utilisé quatre (4) méthodes de recherche que sont : la méthode clinique, la méthode différentielle, la méthode transversale et la méthode systémique. Les instruments ayant servi à la collecte des données ont été les entretiens (cliniques et semi-directifs), l'analyse de documents, l'observation et les tests psychologiques. Ces données de terrain ayant été recueillies, quelle analyse et interprétation pouvons-nous en faire ?

DEUXIÈME PARTIE



**PRESENTATION
ANALYSE
ET
INTERPRETATION
DES RÉSULTATS**

Cette partie est l'une des plus importantes du présent travail. Dans un premier chapitre, nous présentons les cas à l'étude ainsi que les résultats du protocole évaluatif, et dans un second chapitre, nous procédons à l'interprétation des résultats à travers la compréhension des répercussions de la guerre.

CHAPITRE I : PRESENTATION DES CAS ET DES RESULTATS

Dans ce premier chapitre, nous présentons les résultats du terrain. Elle concerne donc les cas cliniques choisis. En somme, ce sont onze (11) cas qui sont à l'étude. Nous faisons une présentation des résultats pour chaque sujet, sous la forme d'une succession d'étude de cas, en exploitant toutes les données recueillies (anamnèse, 16 PF, dessins de famille et inventaire-échelle). Par ailleurs, l'explication des différentes étapes de la présentation des résultats du 16 PF peut être consultée dans les annexes (pp. 418-420)

I. CAS N°1 : SUJET DINA

I.1. Résultats de l'anamnèse de Dina

I.1.1. Identification

Mademoiselle Dina est une jeune fille âgée de 17 ans. Sortie du cursus scolaire en classe de CM1 quand elle avait 11 ans, cette adolescente désœuvrée vit dans la ville de Man, précisément au quartier 13.

I.1.2. Histoire familiale et personnelle

Dina est issue d'une famille nombreuse. Son père s'est marié à cinq (5) femmes avec lesquelles il a eu dix-huit (18) enfants. La mère de la jeune fille a été la 3^e femme. Cette dernière a eu, de son mariage avec le père de la jeune fille, deux (2) enfants : notre enquêtée et sa sœur jumelle. Quand les enfants ont fait les quatre (4) pattes, leurs parents, à la suite de disputes, se sont séparés. La garde et l'éducation de ces enfants sont revenues à la grand-mère

paternelle. A l'âge de dix (10) ans, la sœur jumelle de Dina est emmenée à Man auprès d'une tante. Une année après sa séparation d'avec sa sœur jumelle, Dina quitte volontairement les bancs pour s'orienter vers le métier de la couture à Logoualé. Par ailleurs, aux dires de la jeune fille, leur géniteur leur avait formellement défendu d'entrer en contact avec leur mère. Mais, la vie de notre interlocutrice a basculé dans le tragique au cours des événements qui ont secoué le pays. En effet, en une matinée de 2003, des rebelles libériens sont entrés à Logoualé et l'ont assiégée. Ils y ont semé la terreur, pillant les maisons et s'en prenant de façon systématique aux populations civiles. Ne voulant pas abandonner sa grand-mère et prendre la fuite comme plusieurs, Dina a décidé de rester auprès de celle-ci. C'est alors que les rebelles libériens, étant arrivés dans leur cour, l'ont trouvée avec la vieille dame, affaiblie par le poids de l'âge. Ils se sont donc saisis de la jeune fille et l'ont emmenée avec eux. Ce jour-là, dit-elle, quatre (4) autres jeunes filles avaient aussi été kidnappées. Une fois sur les lieux de détention, elle affirme avoir été victime d'exactions, notamment des viols collectifs et répétitifs. Voici son témoignage : **« quand on nous a amené en brousse, quatre (4) rebelles ont couché avec moi. Un tenait mes deux (2) mains, deux (2) autres écartaient mes jambes et le quatrième me violait. Ils se remplaçaient »**. Elle a reconnu, par ailleurs, s'être laissée faire, toute impuissante, sous la menace des armes : **« les rebelles mettaient les armes sur nous et nous disaient que si nous refusons ils vont nous tuer. »** Dina dit aussi avoir assisté dans ce camp au viol de plusieurs femmes et jeunes filles dont celles qui avaient auparavant été enlevées avec elle **« Ils ont fait ça à des filles et des femmes »**. Poursuivant son récit, elle dit avoir été contrainte à faire le ménage pour cette soldatesque. Au moment des faits, elle était âgée de 12 ans. Ainsi, après plusieurs mois de captivité, elle dit avoir été libérée pour des raisons de santé. En plus, après sa libération, Dina a été frappée par deux (2) malheurs : **« quand ils m'ont laissée partir, mon papa et ma grand-mère sont morts »**, nous a-t-elle confié. C'est après ces événements que la jeune fille dit avoir entrepris des démarches pour retrouver sa mère. Mais à cause de la rancœur des parents paternels qui n'ont jamais pardonné à leur mère son départ, les jeunes filles, Dina et sa sœur jumelle, n'ont pas eu l'occasion de vivre avec celle qui les a enfantées.

Par ailleurs, dès la fin de 2006, tombant régulièrement malade, notre enquêtée a fait son test de dépistage sur recommandation d'une tante paternelle qui, entre-temps, l'avait recueillie et savait tout de sa douloureuse histoire. A ce sujet, dit-elle : **« en 2006, je tombais régulièrement malade, je faisais la fièvre et la dysenterie, et ma tante m'a demandé de faire mon test de dépistage. Quand j'ai fait mon test, le docteur m'a dit que j'étais séropositive »**.

En plus de cette situation, les conditions de vie chez cette tante sont singulièrement difficiles, selon les propos de la patiente : « *la vie est difficile chez ma tante, on mange une fois par jour* ». Et pourtant, cette dernière est sous traitements ARV (Antirétroviraux). C'est visiblement une jeune fille amaigrie et affaiblie par la maladie que nous avons rencontrée. Elle donnait l'aspect d'une personne fatiguée. En outre, elle se plaint assez régulièrement de certains maux, car dit-elle, « *je souffre aussi d'ulcère, mon ventre me fait mal et vers ma poitrine, ça me brûle* ».

I.2. Résultats de Dina au test de 16 PF.

I.2.1. Correction de test et représentation graphique

Tableau10: Correction de test de Dina pour les notes obtenues en facteurs de premier ordre

FORME B		
Facteurs	Notes brutes	Notes standards
A	10	05
B	05	03
C	06	00
E	02	00
F	10	02
G	13	06
H	05	02
I	13	07
L	14	08
M	14	06
N	06	03
O	17	07
Q1	10	04
Q2	07	04
Q3	08	04
Q4	18	07

Voici, ci-après, la représentation graphique puis l'interprétation des seize (16) facteurs primaires de Dina.

FEUILLE DE PROFIL DU 16 PF DE Dina

FACTEUR	NOTES BRUTES		NOTES BASSES	ETALONNAGE EN 11 CLASSES											NOTES ELEVEES				
	Forme B	Note stand.		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10					
A	10	05	Réservé, détaché, critique, distant, rigide. Sizothymie																Ouvert, chaleureux, facile à vivre, coopérant. Affectothymie
B	05	03	Lenteur d'esprit. Niveau intellectuel bas																Esprit brillant. Niveau intellectuel élevé
C	06	00	Émotif, tourmenté, versatile. Faiblesse du moi																Stable, émotionnellement mûr, calme, fait face à la réalité. Force du moi
E	02	00	Modeste, doux, cède facilement, docile, accommodant. Soumission																Autoritaire, agressif, esprit de rivalité, entêté. Domination
F	10	02	Posé, silencieux, sérieux. Désurgence																Insouciant, enthousiaste. Surgence
G	13	06	Opportuniste, qui esquivé les lois. Faiblesse du moi																Conscientieux, tenace, moralisateur, posé. Force du surmoi
H	05	02	Timide, méfiant. Threctia																Audacieux, spontané, sociable. Parmia
I	13	07	Dur, satisfait de soi, réaliste. Harria																Tendre, sensible, dépendant. Premsia
L	14	08	Confiant, accommodant. Alaxia																Soupçonneux, difficilement dupe. Protension
M	14	06	Pratique, soumis aux contingences. Praxernia																Imaginatif, bohème, distrait. Autia
N	06	03	Direct, sans prétention, sincère, mais maladroit en société. Naïveté																Rusé, policé, socialement averti. Clairvoyance
O	17	07	Confiant, placide, sans anxiété, optimiste, serein. Harmonie tranquille																Anxieux, sentiment de culpabilité, inquiet, tourmenté. Tendance à se culpabiliser
Q ₁	10	04	Conservateur, respectueux de la tradition. Conservatisme																Innovateur, libéral. Radicalisme
Q ₂	07	04	Dépendant du groupe, « suiveur », adepte convaincu. Attachement au groupe																Se suffisant à lui-même, plein de ressources, résolu. Indépendance personnelle
Q ₃	08	04	Incontrôlé, en conflit avec soi, négligeant, impulsif, négligeant des convenances. Faible intégration																Contrôlé, exigeant, formaliste, soucieux de son image. Forte maîtrise de soi
Q ₄	18	07	Détendu, tranquille, nonchalant, calme. Faible tension ergétique																Tendu, frustré, surmené. Haute tension ergétique

Tableau 11: Tableau graphique du profil de personnalité de Dina.

I.2.2. Interprétation des mesures des facteurs primaires

En l'échelle A (Amabilité), Dina a obtenu une note moyenne (5). Ce qui signifie qu'elle se situe au milieu de la population de référence. La lecture que nous pouvons faire d'une telle mesure est que la personnalité de cette jeune fille est constituée de manière à manifester les comportements indiqués dans les deux (2) pôles, et ce, suivant les circonstances. Autrement dit, elle est à un moment ouverte, chaleureuse et coopérante, et à un autre moment, réservée, détachée et rigide.

Au niveau du pattern de personnalité B (Raisonnement) qui permet de mesurer l'intelligence et la mémoire, Dina a réalisé le score faible (3). Ce score indique chez elle une certaine lenteur de l'esprit, qu'il s'agisse d'apprendre ou de comprendre. Cette sujette est plutôt lourde, encline à une interprétation concrète, littérale. Cette pesanteur d'esprit peut n'être que le reflet d'une intelligence médiocre ; elle peut également traduire une pauvreté intellectuelle d'ordre pathologique.

Au facteur C (Stabilité émotionnelle), la note eue est (0). Cette mention décrit une sujette qui manque de tolérance à la frustration et qui fait preuve d'un sentiment subjectif de détresse et d'anxiété. Faute de résilience émotionnelle, elle a du mal à mobiliser suffisamment d'énergie pour faire face à des situations exigeantes. A cet effet, elle a tendance à être inquiète, labile et irritable. Plutôt insatisfaite de sa vie pour n'avoir pas atteint ses objectifs, Dina a une mauvaise image d'elle-même et le sentiment d'auto-dévalorisation. En outre, on peut rencontrer chez elle une variété de symptômes et de troubles psychologiques et psychosomatiques, tels que les craintes irrationnelles, les troubles de sommeil et de comportement et la fatigue.

Dina est une sujette (E-) parce qu'en l'échelle primaire E (Dominance, Affirmation de soi), elle a obtenu une note tout à fait à l'extrême (0). Ce score très faible désigne une personne qui a tendance à céder facilement aux autres, à se conformer, à être docile. Cette adolescente est souvent facilement troublée, dépendante et ressent de la culpabilité.

La mesure de l'échelle primaire F (Vivacité, Animation) donne la note faible (2). Ce faible score à cette dimension dénonce des problèmes. Dina a tendance à être réservée, peu communicative et introspective. Il lui arrive d'être obstiné, d'être d'une prudence excessive. C'est le reflet chez elle de sentiment et d'impression d'insatisfaction, de désintérêt, d'inutilité et de pessimisme. Faute d'un sentiment de spontanéité ludique, et de joie de vivre, elle semble quelque peu désintéressée et rigide dans le domaine social.

D'après les réponses aux items, Dina se situe au pôle négatif du facteur H (Assurance en société) qui mesure la recherche de sensation par rapport à l'inhibition. En effet, elle a réalisé le score faible (2). L'appréciation de cette valeur indique une sujette timide, repliée sur elle-même, d'une prudence et d'une réserve extrêmes, qui cherche à passer inaperçue. Elle a un médiocre intérêt pour le sexe opposé. En outre, elle éprouve généralement un sentiment d'infériorité, s'exprime avec lenteur et s'extériorise difficilement. Elle est incapable de maintenir un contact avec l'environnement.

En ce qui concerne le facteur I (Sensibilité), la note recueillie par la jeune Dina est (7). Cette valeur est l'indice d'une tournure d'esprit plutôt féminine. Notre enquêtée se définit donc comme une personne angoissée, immature, rêveuse mais également exigeante. Elle est impatiente, dépendante des autres et manque de sens pratique. On la juge comme réclamant l'attention et l'aide. Précautionneuse, elle se dit facilement fatiguée et se plaint de cauchemars ainsi que de maux de têtes.

L'évaluation de la dimension primaire L (Vigilance, Surveillance) indique le score élevé (8) pour Dina. Elle est donc une personne L+ encline à la timidité. Cette tendance élevée est un indicateur de suspicion, de vigilance, d'égoïsme et de rigidité. Elle traduit également une extrême méfiance, la paranoïa (qui peut aller même dans le délire), avec une tendance à l'hostilité.

Le facteur de premier ordre N (Intériorisation) donne la note basse (3) à Dina. Cette faible partition traduit chez cette jeune fille un profil de personnalité N- caractérisé par la naïveté et le sentimentalisme, et décrit une personne généralement naturel et spontanée. Mais elle est parfois brusque et gauche.

En facteur O (Appréhension, Inquiétude), la note de Dina est (7) et se situe au pôle positif dudit facteur. Cette note élevée signifie que la sujette a une dimension tempéramentale tourmentée et inquiète. Elle tend de ce fait à être morose, déprimée, à se tracasser, à ruminer pressentiments et idées noires. Elle a le sentiment d'être à la fois rejetée du groupe social et incapable de s'y intégrer. Cliniquement, elle se définit comme une personne fréquemment inondée par des sentiments de culpabilité et ayant de fortes tendances dépressives. En conséquence, elle semble fatiguée par les situations stressantes, se sent inapte à affronter les dures exigences quotidiennes et est facilement empêchée de dormir par les soucis. En sus, un sentiment d'insuffisance et de solitude ainsi que des craintes sont remarqués chez elle.

Enfin, à l'échelle Q4 (Tension) la note est élevée pour Dina. Cette valeur décrit une personne tendue, surexcitable, impatiente et irritable. Notre enquêtée éprouve, plus que la

plupart des gens, un niveau de stress et d'anxiété élevé ainsi qu'une tension nerveuse inadaptée.

I.2.3.Calcul et interprétation des notes standards aux facteurs globaux

Le facteur QI (Extraversion) est une combinaison de résultats de l'Amabilité (A), de l'Animation (F), de l'Assurance en société (H), de l'intériorisation (N) et de l'Autonomie (Q2). En ce facteur de second ordre, Dina a obtenu la note basse (3), signifiant qu'elle a une personnalité introvertie. Ce profil de personnalité est caractérisé par un retrait pathologique. A ce titre, cette jeune fille tend à être timide ; elle est inhibée dans ses contacts sociaux, se suffit à elle-même et garde un certain détachement vis-à-vis des autres.

Le score élevé réalisé par Dina à la dimension globale QII (Anxiété) est (8,6). Elle présente, à cet effet, un niveau plus élevé d'anxiété que la plupart des gens. Ce degré d'anxiété est obtenu à partir du poids de la stabilité émotionnelle (C), de la Surveillance (L), de l'Appréhension (O) et de la Tension (Q4). La mesure à cette échelle indique une forte charge émotionnelle (forte anxiété, dépression) en raison de multiples problèmes. Ce profil sur ce facteur global peut faire référence à une certaine inadaptation. Cette adolescente se définit comme une personne insatisfaite de sa capacité à répondre aux exigences de la vie, et à réaliser ses désirs.

La note à l'échelle de Dynamisme (QIII) est inférieure à la moyenne, (2,6). Dina est perçue comme une personne troublée par une émotivité diffuse et peut même être de type dépressif et frustré. Cependant, on remarque chez elle certains traits tels que la sensibilité, la souplesse, la convivialité qui la disposent à être plus ouverte aux approches et expériences nouvelles, en prenant en compte les sentiments et les idées des autres. Ce facteur est le résultat de la combinaison de l'Amabilité (A), la Sensibilité (I), l'Imagination (M) et l'Ouverture au changement (Q1).

Tableau 12: Calcul des notes standards obtenues par Dina aux facteurs globaux

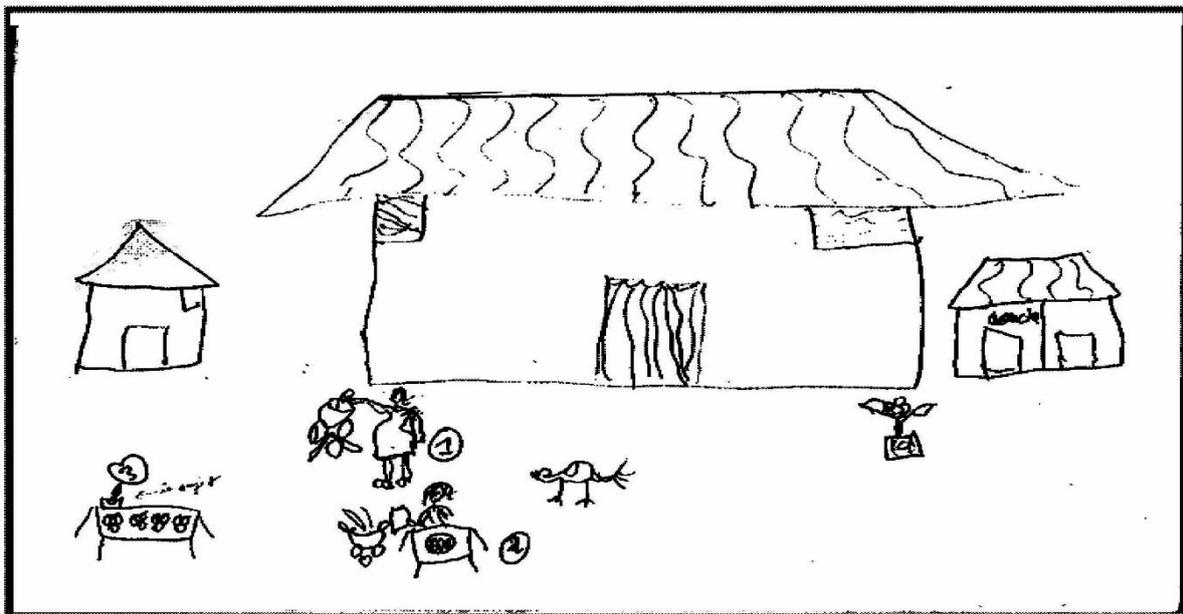
Facteurs de premier ordre	Q I Extraversion		Q II Anxiété		Q III Dynamisme		Q IV Indépendance	
	+	-	+	-	+	-	+	-
A 5	3 15		1 5			2 10		
B 3						1 3		
C 0				30				1 0
E 0	2 0				3 0		4 0	
F 2	3 6				2 4			
G 6	1 6		1 6					1 6
H 2	3 6			1 2	4 8			
I 7			1 7			2 14	1 7	
L 8	1 8		1 8		5 40		1 8	
M 6		1 6		1 6		2 12	3 18	
N 3		1 3						1 3
O 7		1 7	3 21			1 7		2 14
Q ₁ 4						1 4	3 12	
Q ₂ 4		3 12					2 8	
Q ₃ 4				1 4	2 8			
Q ₄ 7	1 7		4 28		1 7			
C	10		25		10		5	
Total +	58		98		77		58	
Total -		- 28		- 12		- 51		- 23
Total Général	58 - 28 = 30		98 - 12 = 86		77 - 51 = 26		58 - 23 = 35	
/ 10	3		8,6		2,6		3,5	

Au facteur QIV (Indépendance) qui repose sur la combinaison Position dominante (E), Vigilance (L), et Ouverture au changement (Q1), mademoiselle Dina a recueilli la note basse (3,5). Ce qui signifie qu'elle est d'un caractère modéré et passif. En outre, soumise, facilement influençable et timide, elle vit dans la dépendance des autres.

I.2.4. Synthèse des interprétations faites aux différents ordres des facteurs

Le profil de personnalité de Dina est défini par l'introversion, c'est-à-dire que cette adolescente est inhibée dans ses rapports sociaux et garde un certain détachement vis-à-vis des autres. Elle est aussi décrite comme ayant un niveau plus élevé d'anxiété que la plupart des gens. Cliniquement, ce trait de personnalité est marqué par une faible stabilité émotionnelle. En plus, cette jeune fille est perçue comme une personne tourmentée par une émotivité diffuse et peut même être de type dépressif. Par ailleurs, il est relevé chez elle un caractère modéré et passif.

I.3. Résultat du test de dessin de famille réalisé par Dina



Dessin 1 : Dessin de famille réalisé par Dina

Le dessin de Dina est la représentation du cadre familial idéalisé. Cette jeune fille essaie de reproduire la sphère familiale perdue. Nous voyons au centre du dessin la case, l'habitat familial. A l'extrême droite du dessin 1, il y a une case qui est manifestement un grenier, et à l'extrême gauche du même dessin, nous avons une maisonnette à deux compartiments parce que nous y voyons deux (2) portes. Cette petite maison représente les toilettes dans la mesure où sur le premier compartiment, il y a l'inscription "*douche*". Dans la cour, nous voyons un animal, un pot de fleurs et trois personnages auxquels nous avons affecté des numéros. Dina a identifié le personnage n°1 comme étant sa mère en train de cuisiner, le personnage n°2 comme sa sœur jumelle vendant de l'attiéké et du poisson et à l'extrême droite du dessin le personnage n°3 qui est elle-même, la sujette, vendant des oranges.

La maison dessinée a une figure d'homme, elle ressemble à une tête humaine. Les deux (2) fenêtres sur les côtés sont les deux (2) yeux, la porte symbolise la bouche et le nez confondus. La toiture de la maison, quant à elle, réfère à la coiffure. Cette jeune fille, qui a été victime de viol, souhaite se ressouvenir de son passé heureux, mais il est toujours émaillé par la hantise du viol. C'est l'image de ces violeurs qui est symbolisé par la maison. Le positionnement et la représentation de la maison sous une forme exubérante et monstrueuse traduisent, dans la vie de cette victime, l'omniprésence de l'horreur du viol.

Par ailleurs, sur le dessin, à droite, la jeune fille a dessiné les toilettes. Elle a pris soin d'inscrire "*douche*" sur le premier compartiment de la maisonnette, et sur le second qui est censé être les latrines (WC), elle n'écrit rien. Cela peut faire penser à un oubli, mais psychologiquement, cette inscription d'une part et cet « oubli » d'autre part sont symptomatiques. Quelles significations pouvons-nous en faire ?

De fait, la douche est une conduite d'eau, une installation sanitaire permettant à l'individu de prendre un bain, de se laver et de se débarrasser de ses impuretés corporelles. Etant donné que, dans la clinique du viol, le vécu de souillure reste une caractéristique corporelle prégnante et omniprésente, nous pouvons admettre que la vie et l'identité de Dina sont organisées autour de cette sensation d'être sale. Ainsi donc, à travers la douche, cette jeune fille exprime le désir de purification par l'eau, se sentant souillée dans son corps, dans sa chair. Cela peut révéler, chez cette victime, la présence d'un trouble obsessionnel compulsif sous forme de rites de lavage et de purification. Aussi n'a-t-elle rien inscrit sur ce qui est logiquement le WC parce que c'est un lieu de saleté, de souillure, d'impureté. Et la jeune fille ne veut plus s'identifier à ces choses, c'est une tendance de refoulement de la réalité de salissure.

A gauche de l'image, Dina a crayonné un grenier qui, nous le savons, est une construction faite pour le stockage de grains et, dans bien des cas, des aliments de consommation. Dans le dessin de notre enquêtée, il y a toute une représentation autour de la nourriture. En effet, sa mère est entrain de cuisiner, sa jumelle vend de l'attiéké et du poisson sur une table. Elle, également, vend des fruits et, dans la cour, nous voyons un poulet, élevé généralement pour la consommation. Cela signifie que la jeune fille souffre d'un manque de nourriture, de la faim. L'entretien que nous avons eu avec elle corrobore cette idée, car elle a révélé ceci : « *la vie est difficile chez ma tante, on mange une fois par jour* ». Nous comprenons donc que par cette représentation, Dina manifeste le désir de vivre dans un milieu où il y a de la nourriture en abondance.

Au niveau des personnages dans le dessin, nous remarquons qu'il n'y a pas d'homme. A ce sujet, nous pouvons émettre deux hypothèses. Soit cela traduit la perte de confiance en l'homme, la phobie de l'homme ou la répugnance du sexe opposé, chosifié, représenté sous une forme odieuse et monstrueuse à travers l'habitat familial ; soit cela explique le statut de vie de son géniteur qui est décédé.

Par ailleurs, à travers le dessin des personnages de la mère et de la sœur, on sent chez cette jeune fille qui est séparée des siens un réel désir de vivre en famille. En effet, Dina qui n'a jamais eu la chance de vivre avec sa mère et qui a aussi été séparée de sa sœur jumelle par la force des choses souhaite une reconstitution de la famille idéale.

Le dessin du personnage de la mère présente une femme dont le ventre est proéminent, décrivant certainement une maman enceinte. Mais, en réalité, sa mère n'attend pas de bébé. Ainsi, cette forme et cet aspect donnés à sa génitrice traduisent psychologiquement chez la sujette un désir de maternité. Cependant, elle se dit qu'elle ne pourra jamais satisfaire ce désir, comme si cette maternité était impossible, inaccessible vue la position du personnage de la mère par rapport à son propre personnage; la mère étant au-dessus. La fleur dans le pot montre qu'il y a un espoir, mais cet espoir est très mince parce qu'au village, généralement, la fleur n'est pas dans un pot, elle est plutôt plantée directement dans le sol. Et une fleur dans un pot n'a pas la même durée de vie que celle plantée directement, car elle dure moins. Son mince espoir est lié à son état de santé puisqu'elle se dit qu'elle n'a pas une longue espérance de vie pour réaliser son rêve de maternité. De fait, étant séropositive, si cette jeune fille n'a pas assez d'informations sur la maladie, elle peut se montrer pessimiste, se croire condamnée et perdue pour la vie. Plutôt insatisfaite de sa vie pour n'avoir pas atteint ses objectifs et

insatisfaite de sa capacité à répondre aux exigences de la vie et à réaliser ses désirs, Dina est affectée dans son auto-estime.

En effet, cette jeune fille se dessine toute petite, de manière presque invisible comparativement aux deux autres personnages. Cela est symptomatique d'une faible estime de soi. L'estime de soi recouvrant une dimension mentale, cette jeune fille se représente ainsi, parce qu'elle se perçoit négativement. Elle a une mauvaise image d'elle-même et le sentiment d'auto-dévalorisation. Ce sentiment amène le sujet à retourner l'agressivité contre elle. Mais, l'agressivité est chargée d'angoisse et de culpabilité. Cela révèle que la jeune fille est en proie à une tendance dépressive. Elle a honte de sa condition, ne se sent plus digne d'amour, d'égard, de considération et de respect, raison pour laquelle elle veut se cacher, elle cherche à passer inaperçue dans le dessin.

Pour terminer, nous disons que le dessin de Dina vient montrer, exprimer un vécu d'effraction corporelle de souillure, de honte et de dévalorisation. Il est le reflet chez elle de sentiment et d'impression d'insatisfaction, de désintérêt, d'inutilité et de pessimisme. Toute chose qui peut entraîner une forte humeur anxieuse et dépressive.

I.4. Résultats de Dina aux diagnostics cliniques

Nous présentons ici deux (2) résultats ; d'abord, des informations recueillies des archives de la structure qui avait précédemment suivi l'enquêtée (premier tableau) et ensuite, les données de la collecte faite par nous-même dans le cadre de cette étude (deuxième tableau).

Tableau 13: Symptômes présentés par Dina tels que relevés à ODAFEM

Catégories de Symptômes	Manifestations cliniques
Symptômes d'intrusion ou de reviviscence	Cauchemars,
Symptômes d'évitement et d'émoussement	frayeur à la vue des hommes en armes, pessimisme, retrait
Symptômes Neurovégétatifs	Réaction de sursaut exagérée, tremblements

Tels que relevés, les symptômes de l'ESPT sont déjà présents chez la jeune fille.

Tableau 14: Résultats du test d'inventaire-échelle administré à Dina

	RUBRIQUES	MANIFESTATIONS CLINIQUES
SYNDROME DE REPETITION (Spécifique)	1- RICHESSE DU SD DE REPETITION	Hallucination, rumination mentale, souvenir intrusif, vécu comme si
	2 - VECU PSYCHIQUE DU SD DE REPET.	Vécu de rêve, frayeur, vécu d'abandon et vécu d'impuissance
	3- ACCOMPAGNEMENT NEUROVEGETATIF	Nœuds de gorge, pâleur, nausées
	4- FREQUENCE DES REPETIONS	Une fois par semaine
	5- SENSIBILITE AUX STIMULI	Très sensible à stimuli spécifiques
AUTRES SYMPTÔMES NEVROTiques (Non-spécifiques)	6- ANXIETE GENERALISEE	Inquiétude, peur sans objet, perte de contrôle émotionnel, Tension intérieure
	7- ASTHENIE	Epuisement à l'effort, fatigue au réveil
	8- SYMPTÔMES DE PSYCHONEVROSES	Phobie obsessionnelle (Rituels)
	9- TROUBLES PSYCHOSOMATIQUES	Ulcère
	10- TROUBLES DU COMPORTEMENT	Crises de nerfs
PERSONNALITE TRAUMATO-NEVROTique (Spécifique)	11- ETAT D'ALERTE	Eveils inquiets au milieu de la nuit, sommeil léger
	12- SYNDROME D'EVITEMENT	Sentiments ou activités associés au trauma
	13- PERTES DES INTERÊTS	Sentiment d'avenir bouché, perte d'intérêt pour les loisirs, sentiment d'avenir bouché,
	14- REGRESSION NARCISSIQUE	Quête d'affection
	15- RELATION SOCIALE	Retrait social, sentiment d'être étranger aux autres

Le tableau-ci nous montre une persistance des symptômes relevés déjà par la structure d'accueil de l'enquêtée.

I.5. Conclusion des résultats de Dina

Dina se définit comme une personne en proie à une forte anxiété. Cette orientation émotionnelle de sa personnalité est l'indice d'une certaine inadaptation psychologique et sociale. En effet, elle est « frustrée » de ne pas pouvoir atteindre ses objectifs, et de ne pas réaliser ses désirs. Elle est insatisfaite de sa capacité à répondre aux exigences de la vie. Aussi se sent-elle fatiguée par les situations extrêmes traversées (le viol et ses conséquences) et inapte à affronter les dures exigences quotidiennes. Pour ce faire, elle tend à se tracasser, à ruminer pressentiments et idées noires. Ce sont donc d'une part l'insatisfaction et l'inaptitude personnelle, et d'autre part le découragement et le manque de persévérance qui seraient à l'origine de ce niveau élevé d'anxiété. La faible stabilité émotionnelle, marquant un manque de tolérance à la frustration et décrivant chez Dina un sentiment subjectif de détresse, de dépression, serait associée à une variété de symptômes et de troubles psychologiques et psychosomatiques. En effet, elle a une tendance à réagir plus intensément que les autres à des niveaux de stress moindres.

Etant ainsi troublée par une émotivité diffuse, elle est encline à être introvertie, c'est-à-dire timide, réservée, peu communicative et repliée sur elle-même. Elle est d'une prudence ainsi que d'une réserve extrêmes et cherche à passer inaperçue. Ce trait d'introversion est l'expression d'un retrait social pathologique, car étant incapable de maintenir un contact avec l'environnement, elle a le sentiment d'être à la fois rejetée du groupe social et incapable de s'y intégrer. Pour ce faire, elle s'extériorise difficilement et s'exprime généralement avec lenteur et crainte. En outre, elle est bourrelée de sentiments de culpabilité et d'infériorité, conduisant ainsi à une mauvaise image d'elle-même et au sentiment d'auto-dévalorisation.

II. CAS N°2 : SUJET ISMAËL

II.1. Résultats de l'anamnèse d'Ismaël

II.1.1. Identification

Agé de 17 ans, Ismaël est né à Séguéla en 1991. Il est l'aîné d'une famille reconstituée. Il a été enfant soldat pendant plusieurs années.

II.1.2. Histoire familiale et personnelle

Le jeune Ismaël est orphelin de mère. Après le décès de sa mère, son père s'est remarié à une autre femme avec qui il a eu 3 enfants. Le Jeune garçon dit ne pas être aimé par sa belle-mère qui aurait dressé ses demi-frères cadets contre lui, aîné de la fratrie qu'il est. Ismaël a été un ex-enfant soldat. Il a combattu aux côtés des soldats du MPC. Il a été enrôlé en 2002 à Séguéla, localité dans laquelle il vivait avec sa famille au déclenchement des hostilités. A cette date, cet enfant était en classe de CM2 et avait onze (11) ans. Il s'est engagé dans cette faction rebelle comme plusieurs autres camarades du quartier à cause d'un aîné du quartier. Il raconte : *« J'avais un "kôrô" ⁽¹⁾ dans le quartier qui, lui, était dans la rébellion. C'est lui, quand il revenait des combats, il nous montrait les choses qu'il avait eues. Et il nous disait que les Forces Nouvelles voulaient des jeunes pour défendre la ville et la rébellion. Et que si on entrait dedans, on allait avoir beaucoup de choses. Nous étions beaucoup de jeunes du quartier qui allions à l'école et avec qui il parlait de ça. C'est comme ça que moi et beaucoup de jeunes, on a écrit nos noms et puis, on nous a pris »*. Tels sont les propos d'Ismaël, expliquant le processus de son enrôlement. Il dit avoir combattu avec le MPC successivement à Séguéla, Man, Bangolo, Daloa et Duékoué. Il révèle que les batailles de Daloa et Duékoué furent très dures, mais dit avoir eu la vie sauve grâce à ses fétiches. Durant son séjour au sein de ce mouvement, il a reconnu avoir utilisé la drogue et une mixture faite de café noir et d'autres substances qu'il ignore. C'était une préparation spéciale des soldats. A ce sujet, a-t-il confié : *« quand on prend le "Gban" ⁽²⁾ et le mélange, on sent qu'il y a quelque chose qui se passe dans le corps et dans la tête. Quand on tire la poudre, on n'est plus nous-mêmes »*. Par ailleurs, Il dit n'avoir tué personne. Toutefois, il admet ceci : *« j'ai tiré sur des gens. Mais je ne sais pas s'ils sont morts »*. Il avoue détenir encore ses fétiches dans un lieu tenu secret et qu'il continue de les "adorer". Et pour le faire, il lui faut être dans un état second : *« c'est à cause de mon "Gbagbadji" ⁽³⁾ que je suis encore en vie, je ne peux pas laisser ça. On n'adore pas ça les yeux clairs, il faut prendre un peu. Je ne peux pas arrêter la drogue parce que j'ai besoin de ça pour*

¹Désigne dans le nouchi, jargon ivoirien, une personne plus âgée que soi et qui est considéré pour son âge, son expérience, et aussi pour sa bravoure.

²Cannabis

³Amulette, talisman, grigri ou encore fétiche ; qui est un petit objet qu'il a porté sur lui dans l'idée superstitieuse qu'il préserve des balles ennemies et des dangers.

continuer d'adorer mon "gbagbadji" ». Seulement, il dit n'avoir pas commis des sévices sexuels sur des femmes, car selon lui, c'est "le totem" de ses fétiches.

Pour ce qui est de sa démobilisation, le jeune a affirmé s'être retiré volontairement après l'exécution, sous ses yeux, de son parrain dans la rébellion, son "kôrô" comme il l'a appelé : *« Je me suis retourné, j'ai reculé parce que le "vieux père" qui m'a encouragé à entrer dans la rébellion, on l'a déshabillé et on l'a envoyé en l'air parce qu'il avait beaucoup de dettes à payer avant la guerre. Sa mort a été un règlement de compte, quoi. Cela s'est passé au corridor de Ziélé. Et c'est de Ziélé que je suis venu à Man ».*

Le jeune Ismaël souhaite rejoindre plus tard son père qui, aux dernières nouvelles, serait à Abidjan. Cependant, pour lui, c'est beaucoup trop tôt, car il a peur que des personnes le reconnaissent et s'en prennent à lui. Il est bon de relever que cet adolescent a passé quatre (4) années au sein de la rébellion, c'est-à-dire de 2002 à 2006.

Nous voulons faire remarquer que le premier abord du sujet n'a pas été facile, à l'analyse des propos suivants qu'il a tenus à notre endroit : *« pourquoi tu veux que je te parle de mon histoire, ce que j'ai à dire, je l'ai déjà dit à ODAFEM. Il faut dire à l'encadreur, il va te raconter. Moi, je ne veux plus parler de ça ».* Il a parlé sur un ton autoritaire, à la limite, agressif. Il a fallu la diligence de notre guide pour rassurer le sujet. Du point de vue comportemental, son maître artisan le décrit comme un sujet faisant l'« apprentissage buissonnier », ayant aucun égard à la personne, agressif, provocateur et quérulent.

Rappelons à toute fin utile que le sujet manifestait de l'instabilité souvent au cours de l'entretien. Il était peu calme et avait la bougeotte.

I.2.Résultats d'Ismaël au test de 16 PF.

I.2.1. Correction de test et représentation graphique

Tableau15: Correction de test d'Ismaël pour les notes obtenues en facteurs de premier ordre

FORME B		
Facteurs	Notes brutes	Notes standards
A	05	02
B	06	03
C	10	03
E	08	01
F	09	01
G	07	02
H	11	04
I	05	02
L	10	04
M	14	06
N	08	04
O	17	07
Q1	05	00
Q2	05	02
Q3	13	06
Q4	14	05

La représentation graphique des seize (16) facteurs de personnalité donne l'allure graphique suivante.

FEUILLE DE PROFIL DU 16 PF d'Ismaël

FACTEUR	NOTES BRUTES		NOTES BASSES	ETALONNAGE EN 11 CLASSES											NOTES ELEVEES		
	Forme B	Note stand.		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10			
A	05	02	Réservé, détaché, critique, distant, rigide. Sizothymie			●			A								Ouvert, chaleureux, facile à vivre, coopérant. Affectothymie
B	06	03	Lenteur d'esprit. Niveau intellectuel bas				●		B								Esprit brillant. Niveau intellectuel élevé
C	10	03	Émotif, tourmenté, versatile. Faiblesse du moi				●		C								Stable, émotionnellement mûr, calme, fait face à la réalité. Force du moi
E	08	01	Modeste, doux, cède facilement, docile, accommodant. Soumission		●				E								Autoritaire, agressif, esprit de rivalité, entêté. Domination
F	09	01	Posé, silencieux, sérieux. Désurgence		●				F								Insouciant, enthousiaste. Surgence
G	07	02	Opportuniste, qui esquivé les lois. Faiblesse du moi			●			G								Conscientieux, tenace, moralisateur, posé. Force du surmoi
H	11	04	Timide, méfiant. Threctia					●	H								Audacieux, spontané, sociable. Parmia
I	05	02	Dur, satisfait de soi, réaliste. Harria			●			I								Tendre, sensible, dépendant. Premsia
L	10	04	Confiant, accommodant. Alaxia					●	L								Soupçonneux, difficilement dupe. Protension
M	14	06	Pratique, soumis aux contingences. Praxernia						M	●							Imaginatif, bohème, distrait. Autia
N	08	04	Direct, sans prétention, sincère, mais maladroit en société. Naïveté						N	●							Rusé, policé, socialement averti. Clairvoyance
O	17	07	Confiant, placide, sans anxiété, optimiste, serein. Harmonie tranquille						O		●						Anxieux, sentiment de culpabilité, inquiet, tourmenté. Tendance à se culpabiliser
Q ₁	05	00	Conservateur, respectueux de la tradition. Conservatisme	●					Q ₁								Innovateur, libéral. Radicalisme
Q ₂	05	02	Dépendant du groupe, « suiveur », adepte convaincu. Attachement au groupe			●			Q ₂								Se suffisant à lui-même, plein de ressources, résolu. Indépendance personnelle
Q ₃	13	06	Incontrôlé, en conflit avec soi, négligent, impulsif, négl. des convenances. Faible intégration						Q ₃		●						Contrôlé, exigeant, formaliste, soucieux de son image. Forte maîtrise de soi
Q ₄	14	05	Détendu, tranquille, nonchalant, calme. Faible tension ergétique						Q ₄		●						Tendu, frustré, surmené. Haute tension ergétique

Tableau 16 : Tableau graphique du profil de personnalité d'Ismaël.

II.2.2. Interprétation des mesures des facteurs primaires

En facteur A, Ismaël a réalisé un score faible (2). Cette note faible en facteur A dénonce une tendance à la rigidité, la froideur, au scepticisme et au dédain. C'est donc un sujet qui est généralement pointilleux et rigide dans ses normes personnelles et ses agissements. Il est moins conciliant, souvent opposant et critiqueur, aimant les choses aux personnes ; ce qui l'amène à garder un certain détachement vis-à-vis des autres. Le trait dominant du caractère de ce jeune homme est donc le détachement émotionnel.

Nous avons en facteur B pour Ismaël la note basse (3), indiquant chez ce jeune homme une certaine lenteur d'esprit pour une meilleure compréhension dans les situations d'apprentissage. Il serait plutôt lourd, enclin à une interprétation concrète et littérale. Cette pesanteur d'esprit peut n'être que le reflet d'une intelligence médiocre ; elle peut également traduire une déficience cognitive. Cette note faible en facteur B serait aussi l'indice d'une capacité scolaire faible.

Le calcul de la note standard en l'échelle C donne la note basse (3). D'après les réponses aux items, Ismaël tend à être facilement contrarié par les choses et les gens, est plus souvent insatisfait de tout. En plus, il a du mal à conserver sa tranquillité ainsi qu'à se contenir et est enclin à être découragé par son inaptitude à satisfaire à de bonnes règles de conduite. Par ailleurs, cet adolescent présente des symptômes névrotiques tels que fatigue névrotique, troubles de sommeil, craintes irrationnelles, troubles psychosomatiques divers, ainsi qu'une grande variété de trouble de caractère. C'est un sujet qui est caractérisé par une faiblesse du moi.

Les réponses aux items présentent la basse note (1) acquise par Ismaël en facteur E. Cette note est indicative d'une personne facilement troublée, encline naturellement à céder aux autres, à se conformer et à être docile. Souvent, ce sujet se montre dépendant, ressent de la culpabilité et a un souci obsessionnel des convenances. En outre, cette note très basse est également « pathologique », car elle apparaît dans les profils des névrotiques.

Le faible score réalisé par Ismaël en facteur F est (1). Ce score (1) traduit un caractère déprimé, taciturne et anxieux. Il a tendance à être réservé, peu communicatif et introspectif. Il lui arrive d'être pessimiste, n'ayant aucune perspective d'avenir.

Pour l'échelle G, le calcul des notes donne un total de 2. Cette valeur dénonce un Surmoi faible. Elle décrit un caractère immature et dépendant. Ismaël se définit donc comme un individu qui esquivé les lois et les règles. Moins enclin à se sentir limité par les règles et

les règlements, il prend plus de liberté avec les conventions. Il est porté à se relâcher, à tout négliger et ne fait guère d'effort pour participer à des entreprises collectives, culturelles ou autres. Son indépendance à l'égard de toute influence de groupe peut l'entraîner à des comportements asociaux, car une force du surmoi basse est associée avec le vol, la destruction de la propriété et des accès de colère. Ce serait un trait tout à fait central du profil du délinquant.

Ismaël a obtenu la note basse (2) à l'échelle I. L'interprétation révèle un individu d'une tournure d'esprit pratique, réaliste et masculine. Il présente une dimension tempéramentale dure. Il se montre sceptique à l'égard d'élaborations subjectives. Il lui arrive d'être insensible, cynique et méprisant.

Le calcul de la note standard en O est (7). Cette note élevée à ce facteur démontre que cet ex-enfant soldat est un sujet qui tend à être déprimé, morose, à se tracasser, à ruminer pressentiments et idées noires. Il a de nombreux symptômes de nervosité, a un sommeil agité et une tendance à se culpabiliser. Dans les difficultés, il présente une anxiété infantile. Il se sent à la fois rejeté du groupe et incapable de s'y intégrer. En sus, il se caractérise par l'excitabilité et par la distractivité de l'esprit. Ce qui fait de lui un sujet moins autocritique que la plupart des individus.

Concernant le facteur Q1, notre enquêté a reçu la note basse (0). Il se définit comme un individu qui a toute confiance en ce qu'on lui a appris à croire et accepte toutes les « vérités premières » en dépit de leurs contradictions, même lorsque la possibilité d'amélioration est évidente. Il est prudent et tient pour suspecte toute idée nouvelle, ce qui l'entraîne à retarder tout changement, et à s'y opposer.

Les réponses au questionnaire indiquent qu'à l'échelle Q2, Ismaël a obtenu la note (2). Les orientations de son caractère font de lui un dépendant social, un suiveur, un individu orienté vers le groupe, qui a besoin d'être avec les autres. Pour ce faire, il a tendance à suivre la masse et manque de résolution, il préfère prendre ses décisions de manière consultative et faire partie d'une équipe. Enfin, il aime que la société l'approuve et l'admire. Son attitude grégaire ne l'est pas tant par le goût que par un besoin de l'appui du groupe pour agir.

La note du facteur Q4 est dans la moyenne (5). En général, Ismaël est un individu chez qui les caractères serein, calme, de satisfaction (dans le sens de « non frustration ») et les caractères détendu, irritable, d'agitation et d'insatisfaction sont en rapport de symétrie, c'est-à-dire qu'ils sont associés, présents dans une loi de composition interne à la personnalité du

sujet. Autrement dit, tantôt cet adolescent se montre une personne détendue, posée, sereine et satisfaite, tantôt il est tendu, surexcitable, agitée et irritable.

II.2.3. Calcul et interprétation des notes standards aux facteurs globaux

Pour le facteur global QI (Introversion/extraversion) la note d'Ismaël est (2,5) indiquant une personnalité introvertie. Cet enquêté montre une forte aversion pour les contacts sociaux. Il tend à être timide, inhibé dans ses contacts. Il garde à cet effet, un certain détachement vis-à-vis des autres. Il est enclin à la retenue dans ses relations avec les autres et se sent moins à l'aise en société que la plupart des gens. Il fait montre d'une certaine « autosuffisance ».

La mesure de l'échelle de second ordre QII (Adaptation/faible anxiété/Anxiété) est dans la moyenne (5,6). En général, Ismaël a tendance à équilibrer faible anxiété, adaptation et inadaptation. Il alterne suivant les circonstances, humeur anxieuse et satisfaction de vie, joie de vie.

La note du facteur QIII (dynamisme) est supérieure à la moyenne (7,4). C'est donc un sujet qui a une direction comportementale de dureté, de fermeté. Il est entreprenant, décidé et plein de ressort. Il risque cependant, de passer à côté des relations humaines plus subtiles et de trop orienter sa conduite vers ce qui est clair ou indiscutable. En face des difficultés, Ismaël a tendance à passer rapidement à l'action, sans accorder à ses décisions assez de réflexion. Il peut parfois s'obstiner dans sa manière de penser.

A l'échelle globale QIV (Soumission/Indépendance), la note (2,9) est inférieure à la moyenne. C'est l'indice d'un caractère modéré, passif. Ismaël est donc une personne qui vit dans la dépendance des autres. Il est plus enclin à renoncer à exprimer ses opinions. Il est sensible au regard et au jugement des autres. Il a tendance à rechercher l'approbation et l'appui des autres dont il a besoin, à orienter sa conduite et à s'adapter aux besoins et aux souhaits des autres

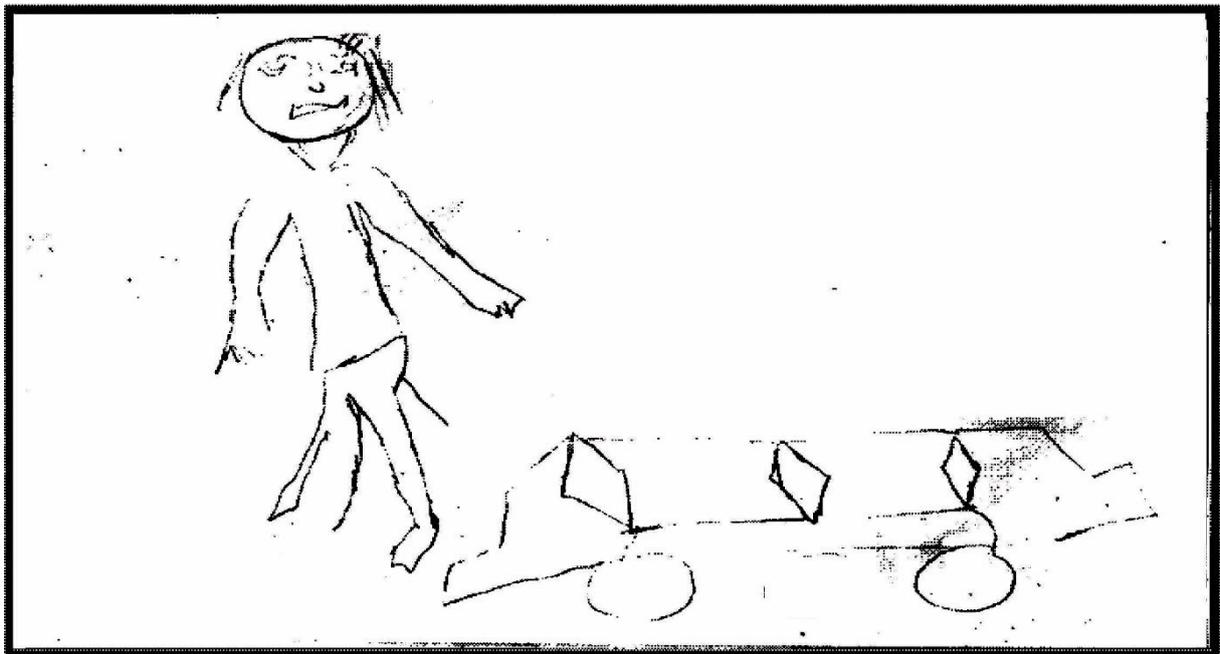
Tableau 17: Calcul des notes standards obtenues par Ismaël aux facteurs globaux

Facteurs de premier ordre	Q I Extraversion		Q II Anxiété		Q III Dynamisme		Q IV Indépendance	
	+	-	+	-	+	-	+	-
A 2	1 2					6 12		
B 3					1 3		1 3	
C 3				2 6	1 3			
E 1	2 2				1 1		4 4	
F 1	1 1				3 3			
G 2	1 2		1 2			1 2		1 2
H 4	3 12			1 4	1 4		1 4	
I 2		1 2				5 10		
L 4			1 4			2 8	2 8	
M 6				1 6	1 6		3 18	
N 4		1 4				2 8		1 4
O 7		1 7	3 21			1 7		1 14
Q ₁ 0						1 0	2 0	
Q ₂ 2		2 4			1 2		2 4	
Q ₃ 6				1 6		3 12	1 6	
Q ₄ 5	1 5		4 20		1 5			1 5
C	15		30		100			-5
Total +	42		78		127		47	
Total -		- 17		- 22		- 59		- 30
Total Général	42 - 17 = 25		78 - 22 = 56		127 - 59 = 68		47 - 30 = 17	
/ 10	2,5		5,6		6,8		1,7	

II.2.4. Synthèse des interprétations faites aux différents ordres des facteurs

Le jeune Ismaël a une dimension tempéramentale orientée vers l'introversion. Ce qui signifie qu'il est enclin à la retenue dans ses relations avec les autres et se sent moins à l'aise en société que la plupart des gens. Par ailleurs, il a tendance à équilibrer faible anxiété et forte anxiété, signe d'adaptation et d'inadaptation. Cependant, il est remarqué qu'il est un sujet qui a une orientation comportementale de dureté et de fermeté. Il est entreprenant et plein de ressort.

II.3. Résultat du test de dessin de famille réalisé par Ismaël



Dessin 2 : Dessin de famille réalisé par Ismaël

Le dessin du jeune Ismaël énonce l'expression des sentiments et donne des indicateurs sur la psychologie et les tendances de ce dernier. A l'analyse de ce dessin, ce qui attire premièrement l'attention, c'est le nombre de personnage et l'élément qui figurent à la surface de la feuille: le père et son véhicule.

Quels commentaires pouvons-nous en faire ?

La représentation de son géniteur encore en vie atteste la référence du sujet à la vie. Par ailleurs, la manière dont cet adolescent représente son père nous renseigne sur l'univers, le

monde intérieur de ce dernier. De fait, le personnage métaphorique du père a des traits humains inachevés (pas de doigts réels, de plants de pied et d'orteils), des yeux baroques, étranges, un cou d'entonnoir et des cheveux décollés de la tête. Les yeux du personnage ressemblent à des yeux de mort, et les cheveux décollés du crâne seraient le signe d'un cadavre en putréfaction dont les cheveux ne sont plus fixés sur le cuir chevelu. On ne sent pas d'humanité dans le personnage dessiné. C'est, à la limite, la représentation d'une chimère, d'un fantôme, d'un revenant. Ce qui peut révéler que le sujet est sans cesse et toujours hanté par la mort. Cette situation serait due aux différentes expériences macabres vécues par ce jeune garçon pendant sa vie de combattant, par exemple les personnes tuées, les cadavres qu'il a vus et enjambés.

On peut arriver à la conclusion que l'univers et le monde intérieur d'Ismaël sont habités par l'idée et les images de mort. Aussi, en dépit des consignes de départ données, le sujet n'a-t-il dessiné que le père, omettant tous les autres membres de la famille, y compris lui-même. Cela est symptomatique de la nature et de la qualité des relations affectives intrafamiliales (parentales et fraternelles). Nous comprenons que ce jeune garçon n'aimait que son géniteur, et entretenait probablement des rapports conflictuels avec sa marâtre et sa fratrie. Mais la réalité affective est-elle toujours la même au moment du dessin ?

Nous en doutons, car la manière fantomatique avec laquelle cet enfant a représenté son père, est, selon nous, caractéristique des sentiments que cet enfant éprouve pour son procréateur. Ses pensées ont manifestement changé. Ce jeune garçon, en dessinant seulement son papa, a montré que ce dernier était la seule personne qui pouvait le sortir de son cercle infernal. Mais, il se rend compte que son père ne se soucie plus de lui, et, concernant ses nouvelles, il ne cherche pas à s'en enquérir. Il reproche possiblement à son géniteur son indifférence et son désintéressement vis-à-vis de ses souffrances actuelles, alors que celui-ci vit dans l'aisance et l'opulence, symbolisées par la voiture et aussi la large bouche attribuée au personnage du père. Il hait donc aujourd'hui son papa. Cette haine se voit non seulement à travers la représentation chimérique du personnage, mais aussi et surtout par l'animalisation dudit personnage, car l'enfant a donné une queue à son papa. Cela traduit qu'Ismaël a perdu toute confiance en l'espèce humaine, il ne croit plus en l'homme et a perdu par conséquent tout espoir d'être accepté par son père. Ainsi donc, on peut supposer que pour notre enquêté, il n'a plus de famille ou du moins qu'il a perdu toute notion de la famille. A ce sujet, il se sent à la fois rejeté de la cellule familiale et incapable de s'y intégrer. Ce qui peut aussi

signifier que cet ex-enfant soldat ne voit, avec sa famille et en son sein, aucune issue heureuse, aucune perspective d’avenir.

Par ailleurs, nous remarquons que le personnage dessiné est étique. C’est une sorte de projection. En effet, par ce mécanisme de défense, le jeune garçon voit chez son père l’état, l’air famélique qu’il a. En sus, cette forme maigrichonne et chétive du personnage, donnant une apparence de fatigue et surtout de déséquilibre au dessin, traduit dans cette même projection, l’état physique dégradé du sujet. La preuve palpable et matérielle est donnée à l’analyse du dessin de la voiture. En réalité, nous remarquons, à l’observation de la voiture crayonnée par ce jeune, que les traits et les lignes ne sont pas droits et parfaits. Ce qui veut dire que le sujet avait les mains qui tremblaient lorsqu’il faisait les différents tracés. Sa tremblote est le signe d’une forte consommation de stupéfiants qui dégrade son organisme et altère son état de santé. De plus, nous sommes porté à penser que le jeune Ismaël, en dessinant une voiture à côté du personnage déshumanisé du père, montre qu’il préfère désormais les choses aux gens. Pour preuve, il voue un culte à ses talismans qu’il considère comme ses protecteurs.

II.4. Résultats d’Ismaël aux diagnostics cliniques.

Nous présentons ici deux (2) résultats ; d’abord, des informations recueillies des archives de la structure qui avait précédemment suivi l’enquêtee (premier tableau) et ensuite, les données de la collecte faite par nous-même dans le cadre de cette étude (deuxième tableau).

Tableau 18: Symptômes d’ESPT présentés par notre enquêté tels que relevés à ODAFEM

Catégories de Symptômes	Manifestations cliniques
Symptômes d’intrusion ou de reviviscence	Cauchemars,
Symptômes évitement d’émoussement	Inquiétude, refus de parler de son passé, Réduction d’intérêt pour activités antérieures, avenir bouché
Symptômes Neurovégétatifs	Réaction de sursaut exagérée, tremblements,

Le psychologue de la structure avait déjà relevé ces symptômes chez ce jeune garçon. Ce sont des symptômes post-traumatiques.

Tableau 19: Résultats du test d'inventaire-échelle administré à Ismaël

	RUBRIQUES	MANIFESTATIONS CLINIQUES
SYNDROME DE REPETITION (Spécifique)	1- RICHESSE DU SD DE REPETITION	Sursaut, cauchemar, souvenir intrusif
	2 - VECU PSYCHIQUE DU SD DE REPET.	Inquiétude, sentiment d'abandon ? sentiment d'étrangeté
	3- ACCOMPAGNEMENT NEUROVEGETATIF	Crampes, vertiges, tremblements
	4- FREQUENCE DES REPETIONS	Une fois par semaine
	5- SENSIBILITE AUX STIMULI	Un peu sensible à tout stimulus
AUTRES SYMPTÔMES NEVROTIQUES (Non-spécifiques)	6- ANXIETE GENERALISEE	Tension intérieure, sentiment d'insécurité
	7- ASTHENIE	Epuisement à l'effort, fatigue musculaire
	8- SYMPTÔMES DE PSYCHONEVROSES	Phobie obsessionnelle (Idées fixes)
	9- TROUBLES PSYCHOSOMATIQUES	Acouphènes
	10- TOUBLES DU COMPORTEMENT	Crises de nerfs, toxicomanie, marginalité, errance
PERSONNALITE TRAUMATO-NEVROTIQUE (Spécifique)	11- ETAT D'ALERTE	Résistance à l'endormissement, "qui vive" permanent
	12- SYNDROME D'EVITEMENT	Effort pour éviter pensées évoquant le trauma
	13- PERTES DES INTERÊTS	Sentiment d'avenir bouché, perte d'intérêt la famille, perte d'initiative
	14- REGRESSION NARCISSIQUE	Froideur vis-à-vis des autres
	15- RELATION SOCIALE	Agressivité, irritabilité et méfiance

Les symptômes révélés se retrouvent encore dans le diagnostic fait par nous chez ce jeune garçon. On note donc un maintien des premiers symptômes qui sont manifestement ceux du PTSD.

II.5. Conclusion des résultats d'Ismaël

Introverti, Ismaël est décrit comme un individu enclin à la retenue dans ses rapports sociaux et se sent moins à l'aise en société que la majorité des individus. Il a une inclinaison au dédain, à la fermeté et à la rigidité dans ses normes personnelles et ses agissements. Opposant et critiqueur, ce jeune garçon fait preuve ordinairement d'insensibilité, de mépris et de cynisme. A cause de son orientation caractérielle marquée par l'obstination, la dureté et la suspicion, Ismaël risque de passer à côté des relations humaines. C'est pour cette raison que le détachement émotionnel constitue un trait tout à fait central du profil de personnalité de cet adolescent.

De caractère taciturne, dépressif et anxieux, le jeune Ismaël est facilement troublé et contrarié par les gens et les choses. Il est le plus souvent insatisfait de tout et a du mal à conserver sa tranquillité, à se contenir parce qu'il présente de nombreux symptômes de nervosité, d'excitabilité et d'irritabilité. Confronté à cette humeur dépressive et anxieuse, Ismaël a tendance à être réservé, peu communicatif et introspectif. De caractère immature, dépendant et irrésolu, il est marqué vraisemblablement à la fois par une faiblesse du Moi et par une force du Surmoi basse. Ce qui présume chez lui des comportements transgressifs, c'est-à-dire que cet adolescent est moins enclin à se sentir limité par les lois et les règles et prend plus de liberté avec les conventions. Enfin, nous notons que les différentes expériences de la guerre ont modifié ce jeune garçon. Ces événements l'ont dépersonnalisé, c'est-à-dire que cet adolescent établit désormais un nouveau rapport avec la société et avec lui-même, une nouvelle manière d'apercevoir, de sentir, de raisonner, d'aimer et d'orienter sa conduite.

III. CAS N°3 : SUJET BORIS

III.1. Résultats de l'anamnèse

III.1.1. Identification

Agé de 16 ans, Boris est un des trois sujets que nous avons rencontrés à Logoualé. Il y vit avec ses parents. Avant la guerre, il était en classe de CM1 et avait 10 ans. En 2003, il a

été enrôlé de force par des éléments du groupe rebelle du MPIGO. Aujourd'hui, il est déscolarisé à cause de la guerre.

III.1.2. Histoire familiale et personnelle

Le jeune Boris est le benjamin d'une fratrie de 10 enfants. Il vit avec ses parents et ses frères dans la circonscription de Logoualé. Son père est cultivateur et sa mère, ménagère.

En 2003, des rebelles ont attaqué Logoualé et s'en sont pris aux populations. Après avoir pillé, violé et maltraité des femmes et des familles entières, ces hommes en armes ont cherché des jeunes garçons et filles à enrôler. C'est dans cette intention qu'ils sont arrivés dans la famille du jeune Boris qui, parlant spécifiquement de sa situation, a dit : « *Quand mes grands frères et mes grandes sœurs ont appris que les rebelles passaient de cour en cour pour prendre des garçons et des filles, ils ont quitté la maison et sont allés se cacher en brousse. Lorsque les rebelles libériens sont arrivés chez nous, j'étais avec maman et papa. Ils ont dit qu'ils vont me prendre pour que je combatte avec eux. Mes parents leur ont demandé pardon de me laisser, mais ils n'ont pas voulu. Ils m'ont pris de force et sont partis avec moi. Ils ont tiré en l'air pour nous effrayer.* »

Arrivé dans le camp, le jeune dit avoir subi de mauvais traitements, des brutalités de la part des rebelles. Il nous a montré les cicatrices dans le dos, témoignant des coups qu'il avait reçus. En outre, Boris dit avoir suivi des rites initiatiques dans le camp où il a été : « *Les rebelles m'ont frappé, ils disaient que j'étais trop un bébé et qu'ils allaient faire de moi un guerrier. Ils tiraient en l'air pour qu'on ait peur d'eux et pour qu'on leur obéisse. Ils nous ont appris à tirer. Au début c'était sur des images comme des robots, après c'était sur des prisonniers qu'on tirait. Ils nous donnaient de l'herbe pour fumer et des mélanges bizarres pour boire. On m'avait surnommé "Bewor" ».*

Boris est devenu, après la phase initiatique, un "guerrier" qui a été baptisé par ses frères d'armes et ses supérieurs hiérarchiques « *Bewor* », qui serait une déformation de l'anglicisme « *Beware* » signifiant « faire attention ». Racontant les différentes expériences qu'il a vécues, notre enquête s'est exprimé en ces termes : « *Nos chefs nous envoyaient en mission pour aller ratisser les villages. C'était des missions où tu devais montrer que tu es un vrai guerrier. Et moi j'avais en plus de mon fusil, mon couteau. Il fallait montrer à nos chefs qu'on a été bien formé. Quand on arrivait là-bas, les gens avaient peur, ils pleuraient, mais nous on faisait notre travail. (Quel est ce travail ?) Mais on volait, on frappait, on violait et*

puis ceux qui jouaient au dur, on les liquidait. Moi j'ai utilisé mon couteau pour faire mal.
 (Quel genre de mal ?) « *J'ai "sôgô"⁽¹⁾ des gens avec mon couteau. »*

C'est un enfant turbulent, que nous avons rencontré. Aux dires de l'entourage, il est irrespectueux, d'humeur agressive et querelleuse. Il fréquente régulièrement les débits de boissons.

III.2. Résultats de Boris au test de 16 PF.

III.2.1. Correction de test et représentation graphique

Tableau 20: Correction de test de Boris pour les notes obtenues en facteurs de premier ordre

FORME B		
Facteurs	Notes brutes	Notes standards
A	06	03
B	04	01
C	10	03
E	17	07
F	21	08
G	07	02
H	18	07
I	04	01
L	07	02
M	08	02
N	09	05
O	06	02
Q1	10	05
Q2	13	08
Q3	12	06
Q4	18	07

Les pondérations ainsi que les transformations faites ont permis d'obtenir les notes standards. Celles-ci seront graphiquement représentées sur la feuille de profil puis interprétées.

¹Signifie dans le nouchi, jargon ivoirien, poignardé à mort.

FEUILLE DE PROFIL DU 16 PF DE Boris

FACTEUR	NOTES BRUTES		NOTES BASSES	ETALONNAGE EN 11 CLASSES											NOTES ELEVEES		
	Forme B	Note stand.		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10			
A	06	03	Réservé, détaché, critique, distant, rigide. Sizothymie				●			A							Ouvert, chaleureux, facile à vivre, coopérant. Affectothymie
B	04	01	Lenteur d'esprit. Niveau intellectuel bas	●						B							Esprit brillant. Niveau intellectuel élevé
C	10	03	Émotif, tourmenté, versatile. Faiblesse du moi				●			C							Stable, émotionnellement mûr, calme, fait face à la réalité. Force du moi
E	17	07	Modeste, doux, cède facilement, docile, accommodant. Soumission							E		●					Autoritaire, agressif, esprit de rivalité, entêté. Domination
F	21	08	Posé, silencieux, sérieux. Désurgence							F			●				Insouciant, enthousiaste. Surgence
G	07	02	Opportuniste, qui esquivé les lois. Faiblesse du moi			●				G							Conscientieux, tenace, moralisateur, posé. Force du surmoi
H	18	07	Timide, méfiant. Threctia							H			●				Audacieux, spontané, sociable. Parmia
I	04	01	Dur, satisfait de soi, réaliste. Harria	●						I							Tendre, sensible, dépendant. Premsia
L	07	02	Confiant, accommodant. Alaxia			●				L							Souçonneux, difficilement dupe. Protension
M	08	02	Pratique, soumis aux contingences. Praxernia			●				M							Imaginatif, bohème, distrait. Autia
N	09	05	Direct, sans prétention, sincère, mais maladroit en société. Naïveté							N		●					Rusé, policé, socialement averti. Clairvoyance
O	06	02	Confiant, placide, sans anxiété, optimiste, serein. Harmonie tranquille			●				O							Anxieux, sentiment de culpabilité, inquiet, tourmenté. Tendance à se culpabiliser
Q ₁	10	05	Conservateur, respectueux de la tradition. Conservatisme							Q ₁		●					Innovateur, libéral. Radicalisme
Q ₂	13	08	Dépendant du groupe, « suiveur », adepte convaincu. Attachement au groupe							Q ₂			●				Se suffisant à lui-même, plein de ressources, résolu. Indépendance personnelle
Q ₃	12	06	Incontrôlé, en conflit avec soi, négligent, impulsif, néglig. des convenances. Faible intégration							Q ₃			●				Contrôlé, exigeant, formaliste, soucieux de son image. Forte maîtrise de soi
Q ₄	18	07	Détendu, tranquille, nonchalant, calme. Faible tension ergétique							Q ₄				●			Tendu, frustré, surmené. Haute tension ergétique

Tableau 21 : Tableau graphique du profil de personnalité de Boris.

III.2.2. Interprétation des mesures des facteurs primaires

Boris est un individu qui a une tendance à la rigidité, au scepticisme, au dédain. Il est généralement pointilleux et rigide dans ses normes personnelles et ses agissements. Parfois, il se montre critiqueur, opposant et dur. Le détachement émotionnel est une des caractéristiques du facteur A-. L'identification de ce pattern de personnalité chez notre sujet résulte de la note basse obtenue (3).

La note basse (1) est obtenue par Boris en facteur B. Il est de ce fait un sujet B- qui se singularise par une certaine lenteur d'esprit, qu'il s'agisse d'apprendre ou de comprendre. Il serait plutôt lourd, enclin à une interprétation concrète et littérale. Cette pesanteur d'esprit peut n'être que le reflet d'une intelligence médiocre ; elle peut également traduire une pauvreté intellectuelle d'ordre psychopathologique.

En facteur C, notre sujet a réalisé un score faible (3). Ce faible score en ce facteur marque un manque de tolérance à la frustration chez notre enquêté. Ce dernier a tendance à être versatile, influençable, à éluder les exigences de la réalité. C'est un individu qui gère les difficultés de vie avec moins de calme que la plupart des gens. Il est irritable, émotif, facilement contrarié, insatisfait de tout, et présente des symptômes névrotiques tels que fatigue névrotique, troubles du sommeil, troubles psychosomatiques divers.

L'échelle E donne la note élevée (7). Cette mesure de la dominance en tant que facteur, dans le domaine de la personnalité, permet de définir psychologiquement Boris comme un sujet qui est sûr de lui, affirmatif, indépendant d'esprit. Il a tendance à être dur, à n'en faire qu'à sa tête, à être opposant, agressif, autoritaire. Il aime influencer les autres, en ayant tendance à exprimer son point de vue de façon plus forte que les autres. Il ne tient aucun compte de l'autorité. C'est un sujet qui a tendance à s'affirmer socialement, à croire qu'il a raison dans les différends avec les autres. Il a également une propension à emprunter ou à abuser sans vergogne et à être prêt à tenter des aventures dangereuses.

La note en facteur F, pour cet adolescent, est élevée (8). Cela indique qu'il est un sujet expansif, débordant. Ne pouvant se contenir, il est plutôt alerte, bavard, franc, direct, expressif, agité et insouciant. Il lui arrive d'être impulsif et d'humeur versatile.

La mesure de la dimension de premier ordre (G) donne la note basse (2). Ce qui signifie que nous avons affaire à un opportuniste, qui esquive les lois et les règles. C'est un sujet qui a donc un surmoi faible. Prenant plus de liberté avec les conventions, Boris échappe à toute influence de groupe, ce qui peut l'entraîner à des comportements asociaux.

Au facteur H, Boris acquiert la note élevée (7). Le profil H+ présente un sujet audacieux qui est enclin à l'intrépidité dans la poursuite de ses objectifs. Il n'a peur de personne et n'éprouve aucune crainte à exprimer ses opinions. Il a, en outre, tendance à être entreprenant et à accorder un vif intérêt aux personnes de sexe opposé.

Nous avons la note basse (1) en facteur (I). Ce qui veut dire que Boris se positionne dans le pôle négatif (I-). Une note faible en ce facteur est l'indice d'une tournure d'esprit pratique, réaliste, masculine. Sujet I-, notre enquêté est plutôt satisfait de lui-même et prend ses responsabilités. Il lui arrive d'être insensible, dur, méprisant et cynique.

Plein d'entrain, Boris ne se préoccupe pas du sort des gens. Il est dépourvu de jalousie, enclin à être tolérant et s'attend à être traité de façon juste par les autres. C'est la description d'un sujet L-, car cet enfant a eu en facteur L, la note basse (2).

La mesure de l'échelle M donne la note faible (2). Ce faible score permet de décrire Boris comme un individu qui est capable de garder son sang-froid devant un danger mais manquant parfois d'imagination. Il s'attache aux détails et préfère plutôt l'action à la réflexion. Il est, en outre, enclin à rester concentré et réactif face à ce qui se présente immédiatement à lui.

D'après les réponses aux items, cet ex-enfant soldat a réalisé un score faible (2) en facteur O. L'interprétation que nous pouvons faire de cette note, c'est que nous sommes en face d'un sujet qui est moins autocritique que la plupart des gens. Il a une solide confiance en lui-même et en sa capacité de régler les problèmes.

En facteur Q2, les pondérations et les transformations faites donnent la note standard élevée (8). Cette note élevée dénote que Boris a un tempérament indépendant et fait fi de l'opinion publique. A ce titre, il préfère avoir la liberté de prendre ses propres décisions et de faire ses choix indépendamment d'une équipe. Il fait preuve d'une certaine suffisance.

Enfin pour l'échelle Q4, Boris a recueilli (7), une note élevée faisant de lui un sujet Q4+. Psychologiquement, cet adolescent est une personne tendue, surexcitable, agitée, irritable et impatiente. Il éprouve plus de tension nerveuse que la plupart des gens.

II.2.3. Calcul et interprétation des notes standards aux facteurs globaux

La note du facteur QI (Introvertie/extraversion), (7), est supérieure à la moyenne. En général, Boris est extraverti, c'est-à-dire qu'il est très à l'aise dans un environnement social animé.

Et n'est probablement pas intimidé en situation de groupe. Quand il choisit de se confier aux autres, il a tendance à être directe et sincère.

Tableau 22: Calcul des notes standards obtenues par Boris aux facteurs globaux

Facteurs de premier ordre	Q I Extraversion		Q II Anxiété		Q III Dynamisme		Q IV Indépendance	
	+	-	+	-	+	-	+	-
A 3	1 3					6 18		
B 1					1 1		1 1	
C 3				2 6	1 3			
E 7	2 14				1 7		4 28	
F 8	4 32				3 24			
G 2	1 2		1 2			1 2		1 2
H 7	3 21			1 7	1 7		1 7	
I 1		1 1				5 5		
L 2			1 2			2 4	2 4	
M 2				1 2	1 2		3 6	
N 5		1 5				2 10		1 5
O 2		1 2	3 6			1 2		2 4
Q ₁ 5						1 5	2 10	
Q ₂ 8		2 16			1 8		2 16	
Q ₃ 6				1 6		2 12	1 6	
Q ₄ 7	1 7		4 28		1 7			1 7
C	15		30		100			-5
Total +	94		68		149		78	
Total -		-24		-21		-58		-23
Total Général	94 - 24 = 70		68 - 21 = 47		149 - 58 = 91		78 - 23 = 55	
/ 10	7		4,7		9,1		5,5	

Les pondérations faites en facteur QII (Adaptation/Anxiété) sont dans la moyenne (4,7). Cette tendance médiane indique que cet adolescent a tendance à alterner Adaptation et Anxiété. Il est souvent détendu et calme, et éprouve peu de sentiments de frustration, souvent il est insatisfait de sa capacité à répondre aux exigences de la vie, et à réaliser ses désirs et est pour cela en proie à une forte anxiété.

En facteur QIII (Emotivité/Dynamisme), Boris a réalisé un score élevé proche de l'extrême droite (9,1). Cette note élevée indique chez notre sujet une tendance à la dureté, à la fermeté. Il peut parfois s'obstiner dans sa manière de penser. Cette volonté obstinée peut conduire à un comportement antisocial. C'est donc un individu qui ne prend pas en compte les sentiments et les idées des autres quand il doit prendre une décision.

La note du facteur QIV (Soumission/Indépendance) est dans la moyenne. Cela traduit que chez Boris s'équilibre soumission et indépendance, collaboration et influence. A cet effet, il est enclin à exprimer ses opinions mais accepte d'y renoncer lorsqu'il le faut.

III.2.4. Synthèse des interprétations faites aux différents ordres de facteurs

Boris est d'une personnalité méfiante, c'est-à-dire qu'il a du mal à faire confiance à autrui. Par ailleurs, tantôt il est détendu et calme et éprouve peu de sentiments de frustration, tantôt il est en proie à une forte anxiété. Ce jeune garçon se distingue par la rigidité et l'opposition. Il a une dimension comportementale marquée par une certaine ambivalence. En effet, il est enclin à exprimer ouvertement ses opinions, mais peut accepter d'y renoncer lorsqu'il le faut.

III.3. Résultat du test de dessin réalisé par Boris



Dessin 3 : Dessin de famille réalisé par Boris

Le sujet Boris a dessiné trois personnages qui sont, du haut vers le bas et de la gauche vers la droite, la mère, le père et l'enquêteur lui-même, et pourtant, il est le benjamin d'une fratrie de dix (10) enfants. Ce qui signifie que ce jeune garçon a refusé de faire figurer ses aînés sur le dessin. Ce qui peut traduire les relations conflictuelles que ce jeune entretient avec ses aînés. Aussi, le personnage du sujet lui-même renseigne sur la vie de combattant qu'il a menée.

Il a commis des atrocités et il n'aimait certainement pas tuer avec le fusil, mais plutôt avec son couteau qui semble son arme favorite, raison pour laquelle il le met en crucifix. Il se représente comme un héros de cinéma, un type Rambo. Il a perdu le sens de la réalité. Son problème est qu'il croit avoir réalisé son rêve d'héros de guerre. Il en est heureux et fier. Il croit qu'il est vivant parce qu'il est fort. Il n'a ni peur ni honte de raconter ses exploits et ses expériences. Il n'a manifestement aucun regret, aucun remords et n'éprouve, à cet effet, aucun détachement par rapport à son passé trouble. Le processus manichéen a probablement été escamoté chez lui, car il ne sait plus se remettre en cause, il n'est attaché qu'à sa "bravoure" et ne voit pas le mal. A ce compte-là, on peut suspecter chez Boris une distorsion d'analyse entre le bien et le mal. Le mouvement « grand écart » est synonyme de souplesse, d'agilité que n'a pas tout le monde. En l'exécutant, le jeune se fait passer pour un homme parfait, le plus agile, le plus souple. Il encense cet exploit et cette aptitude, souhaite qu'on le reconnaisse comme un héros et désire qu'on l'admire. Il est animé d'un sentiment de « toute puissance ». Ce jeune garçon se croit invulnérable. L'inscription « Bewor » est un sobriquet qui lui avait été donné pendant sa vie de soldat. « Bewor » serait une déformation du mot anglais « beware » qui signifie « faire attention ». Boris est un individu qui est sûr de lui. Cette fierté de porter ce sobriquet et surtout sa signification montre bien que cet adolescent aime influencer les autres. Le sujet fait une mise en garde à tous. Quiconque s'aventurera à s'en prendre à lui aura de ses nouvelles. Il met en évidence sa témibilité, sa dangerosité, sa capacité de nuisance. C'est un acte d'intimidation. Il veut également étaler son autonomie.

Notre enquêteur montre qu'il peut se défendre tout seul, qu'il n'a pas besoin de la protection des adultes et qu'il n'a peur de rien. Il présente un complexe de supériorité et invite tout le monde à le craindre. C'est une exhibition, car il exhibe son courage et sa bravoure de héros de guerre. Il a un sentiment de toute-puissance et se présente comme un homme invincible.

Par ailleurs, le surnom « bewor » donné à cet enfant atteste que celui-ci a été dans un milieu ou groupe au sein duquel la langue dominante était l'anglais. Il a été fortement

influencé par ce groupe, à tel point que, même après sa démobilisation, il adopte encore cette appellation, il s'identifie encore à elle. C'est la preuve palpable qu'il était en contact avec des libériens.

Se dessiner en premier plan et ses parents en arrière-plan, ainsi que la répétition du nom « Bérenger » et surtout l'inscription de celui-ci en haut de la feuille, au-dessus de ses parents est caractéristique de sa représentation de sa famille. La suspicion diagnostique peut décrire ce sujet comme quelqu'un qui s'autosuffit, qui n'a aucun besoin de sa famille. A la limite, on peut considérer que les parents dessinés par ce jeune homme sont les seules personnes pour qui il a un peu d'égard.

Ecrire « marman » au lieu de maman, est symptomatique de ses capacités intellectuelles. En effet, Boris a le niveau CM1 ⁽¹⁾, or « maman » qu'il voulait écrire est un mot dont la maîtrise de l'écriture s'acquiert normalement dès la classe de CP1 ⁽²⁾. On en déduit que les années d'instruction qu'il a perdues, du fait de son association au MPIGO, lui ont aussi fait perdre ses acquis scolaires et intellectuels. Il est possible que cette faute d'orthographe soit le reflet d'une déficience cognitive.

Enfin, la présence d'une arme, notamment le couteau, placée en crucifix, dénonce chez notre enquêté une tendance agressive.

III.4. Résultats de Boris aux diagnostics cliniques

Nous présentons ici deux (2) résultats ; d'abord, des informations recueillies des archives de la structure qui avait précédemment suivi l'enquêtée (premier tableau) et ensuite, les données de la collecte faite par nous-même dans le cadre de cette étude (deuxième tableau).

¹CM1 signifie Cours Moyen première année. Ce niveau correspond aux cinq années d'études régulières, au cycle primaire, dans le système ivoirien d'éducation formelle.

²CP1 signifie Cours Préparatoire première année. Ce niveau correspond à la première année d'études, au cycle primaire, dans le système ivoirien d'éducation formelle.

Tableau 23: Symptômes présentés par Boris tels que relevés à ODAFEM

Catégories de Symptômes	Manifestations cliniques
Symptômes d'intrusion ou de reviviscence	Souvenirs intrusifs,
Symptômes d'évitement et d'émoussement	Détachement affectif, Réduction d'intérêt pour activités antérieures, sentiment d'avenir bouché
Symptômes Neurovégétatifs	Irritabilité, difficulté d'endormissement

Le psychologue de la structure avait déjà relevé ces symptômes chez ce jeune garçon. Ce sont des symptômes post-traumatiques.

Tableau 24: Résultats du test d'inventaire-échelle administré à Boris

	RUBRIQUES	MANIFESTATIONS CLINIQUES
SYNDROME DE REPETITION (Spécifique)	1- RICHESSE DU SD DE REPETITION	Attirance pour spectacle violent, souvenirs intrusifs, cauchemar
	2 - VECU PSYCHIQUE DU SD DE REPET.	Vécu de rêve, sentiment d'étrangeté
	3- ACCOMPAGNEMENT NEUROVEGETATIF	Spasmes, sueur
	4- FREQUENCE DES REPETIONS	Une fois par semaine
	5- SENSIBILITE AUX STIMULI	Un peu sensible à tout stimulus
AUTRES SYMPTÔMES NEVROTIQUES (Non-spécifiques)	6- ANXIETE GENERALISEE	Sentiment d'insécurité, tension intérieure
	7- ASTHENIE	Epuisement à l'effort, fatigue musculaire
	8- SYMPTÔMES DE PSYCHONEVROSES	Phobie obsessionnelle (Vérification)
	9- TROUBLES PSYCHOSOMATIQUES	AUCUN
	10- TOUBLES DU COMPORTEMENT	Toxicomanie, alcoolisme, marginalité, errance
PERSONNALITE TRAUMATO-NEVROTIQUE (Spécifique)	11- ETAT D'ALERTE	Eveils inquiets au milieu de la nuit, sommeil léger, Tension motrice
	12- SYNDROME D'EVITEMENT	Restriction des affects
	13- PERTES DES INTERÊTS	Sentiment d'avenir bouché, perte d'initiative
	14- REGRESSION NARCISSIQUE	Froider vis-à-vis des autres
	15- RELATION SOCIALE	Méfiance, revendication

Les symptômes révélés se retrouvent encore dans le diagnostic fait par nous chez ce jeune garçon. On constate donc une persistance des premiers symptômes relevés par ODAFEM.

III.5. Conclusion des résultats pour Boris

Boris présente un trait de personnalité de dureté, de fermeté et de rigidité. Il éprouve beaucoup de difficultés à comprendre les sentiments des autres, et peut être considéré comme manquant d'empathie et de chaleur. Ce qui explique que ce jeune est tatillon et austère dans ses agissements et normes personnelles. Aussi se singularise-t-il par une certaine lenteur d'esprit, qu'il s'agisse d'apprendre ou de comprendre. Manquant de finesse et de subtilité, il est intellectuellement incapable de réagir vite et bien aux questions abstraites. C'est l'indice chez lui d'une intelligence médiocre. Par ailleurs, cet adolescent est un sujet qui est à l'aise dans un environnement stimulant. Plutôt audacieux, il n'est pas inhibé dans les contacts sociaux et est enclin à l'intrépidité dans la poursuite de ses objectifs. N'ayant pas peur et n'éprouvant aucune crainte à exprimer ses opinions, cet ex-enfant soldat a tendance à s'affirmer socialement et à croire qu'il a raison dans les différends avec autrui. En plus, il a une propension à tenter des aventures dangereuses. Manquant de tolérance à la frustration, le jeune Boris gère les difficultés de la vie quotidienne avec moins de calme que la plupart des gens. Ce qui le rend irritable, facilement contrarié et insatisfait de tout. En outre, il se décrit comme un sujet sûr de lui, c'est-à-dire qui a une solide confiance en lui-même et en sa capacité de régler les problèmes. Pour ce faire, il a tendance à être entêté et opposant, autoritaire et agressif. Plutôt satisfait de lui-même, et prenant toujours ses responsabilités, Boris est un adolescent qui refuse la direction des adultes et qui ne tient aucun compte de l'autorité. D'un Surmoi faible, il est un opportuniste à souhait qui esquivé les lois et les règles.

IV. CAS N°4 : SUJET LEON

IV.1. Résultats de l'anamnèse de Léon

IV.1.1. Identification

Déscolarisé et ayant néanmoins le niveau CM2, Léon est âgé de 17 ans. Nous l'avons rencontré à Logoualé dans la Sous-préfecture de Man. Il est désœuvré et passe la majeure

partie de son temps à se promener à travers ladite localité. Il a été régisseur de la prison de Bangolo pendant la guerre.

IV.1.2. Histoire familiale et personnelle

Occupant la quatrième (4^e) position dans la fratrie, le jeune Léon est issu d'une famille de huit (8) enfants. Il a trois (3) frères et quatre (4) sœurs. Il vit avec ses parents qui sont tous deux cultivateurs.

Ce jeune garçon a participé à la guerre en qualité de combattant au sein du MPIGO de 2003 à 2005, puis au sein du MPCFI de 2005 à 2006. En 2003, date de son enrôlement, ce jeune avait 12 ans. Evoquant son enrôlement dans ce groupe armé, il a dit : *« c'est mon papa qui m'a dit d'aller au MPIGO, parce que le chef est un yacouba qui veut protéger ses parents. Et comme on est yacouba, mon papa m'a demandé d'aller avec eux. Moi aussi, je voulais bricoler tout, j'aime bricoler tout le monde. Quand je suis arrivé, on m'a appris à tirer et j'ai su tirer. Je fumais de l'herbe et on buvait beaucoup d'alcool. J'ai attrapé les fusils des chefs et après je suis devenu garde de corps. On nous envoyait ratisser les villages. Après, j'ai été chef de prison à Bangolo »*. C'est manifestement un jeune volontaire qui a intégré la rébellion.

Nous faisant partager son histoire traumatique, donc ses expériences vécues, Léon a raconté sans remord et sans regret les actes indicibles et impensables auxquels il s'était adonné. Un extrait de notre entretien illustre bien nos propos : *« j'ai combattu à petit Logoualé, à Bangolo et Fangolo. Mon chef m'avait surnommé Samory Touré. (Pourquoi il t'avait surnommé Samory Touré ?) J'étais un chef. C'est moi qui étais le chef de la prison de Bangolo, parce que j'étais très mauvais, je n'avais pas pitié de l'homme. Je ne voyais pas l'homme comme l'homme, je voyais l'homme comme viande qu'on mange. Et j'ai mangé beaucoup l'homme plusieurs fois (et pourquoi ?) Parce qu'il n'y avait plus rien à manger et j'ai mangé beaucoup d'hommes. Et c'est à cause de la drogue aussi (mais pourquoi prenais-tu la drogue ?). On nous donnait la drogue parce que ça fait qu'on n'a pas peur, on n'a pas honte et on peut faire ce qu'on ne peut pas quand on a les yeux clairs. (Où trouvais-tu la drogue, qui te la donnait ?) On trouve la drogue avec nos chefs, ils achètent ça en Guinée ou au Libéria. (Avez-vous fait d'autres choses ?) Oui, j'ai aussi violé beaucoup de femmes, même les femmes enceintes. J'ai violé des filles ; il y a une que je "braiquais"⁽¹⁾ avant la*

¹"Braiquer", mot du jargon ivoirien, le nouchi, signifiant « faire la cour à une jeune fille ou une femme ».

guerre, et elle ne voulait pas. Avec la guerre, je l'ai forcée et j'ai fait l'amour avec elle. J'ai maltraité beaucoup de femmes, j'ai éventré des femmes. (Pourquoi?). On faisait loterie pour savoir si le bébé qui est dans le ventre est femme ou garçon. Celui qui gagne a de l'argent. (Est-ce qu'il y a d'autres choses ?). J'étais chef de prison à Bangolo, là-bas, j'ai frappé les gens, les prisonniers qu'on attrapait. (Explique-moi pourquoi tu maltraisais les gens ?) Moi-même j'ai été maltraité par des rebelles, ils m'ont frappé (nous avons pu constater des stigmates sur le corps) c'est pourquoi moi je n'ai pas pitié ».

Ce pan de sa vie de combattant qu'il a livré réfère aux actes qu'il a commis. Pour ce qui est des scènes dont il a été témoin, il en raconte en ces termes: *«les rebelles libériens étaient plus mauvais et méchants. Ils tuaient gratuitement les gens, ils les déshabillaient et leur demandent de courir et ils les arrosaient. Quand ils ne tuaient pas les gens, ils coupaient leurs mains en leur demandant s'ils voulaient manche courte ou manche longue. Ils ont fait ça à beaucoup de gens que j'ai vus. C'est à cause des mauvaises choses qu'ils faisaient que les chefs du MPCCI sont venus les chasser et après je suis allé au MPCCI »*. Ce récit dépeint plus ou moins fidèlement l'environnement dans lequel ce jeune garçon a vécu trois années durant, c'est-à-dire de 2003 (date de son enrôlement) à 2006 (date de sa démobilisation). De plus, ces propos montrent que la cruauté et l'inhumanité sont des restes des milieux rebelles, car elles attestent que la barbarie est le dénominateur commun à tous les conflits.

En échangeant avec cet enquêté, nous avons senti que ce dernier est cependant fier des "prouesses" qu'il avait réalisées. Malgré son séjour au CTO de Ziélé en 2007 où il a été "pris en charge " au plan psychosocial, lorsque nous l'avons rencontré plus d'un an après, Léon a confié ceci : *« Même actuellement je prends la drogue, c'est avec les rebelles du MPCCI de Logoualé que j'achète ça. Je suis toujours en contact avec eux. Je suis prêt à reprendre la guerre parce que j'aime ça et je suis là pour me reposer, après je vais aller les rejoindre »*.

Lorsque nous étions allés les rencontrer, le jeune Léon et deux (02) autres de ses camarades n'ont pas souhaité nous recevoir parce que nous étions avec un de leurs ex-encadreurs de la structure qui les avait recueillis au CTO. Pour la petite histoire, ces enfants se sont sentis floués par la structure en question parce que celle-ci ne leur avait pas donné les kits d'installation promis à la fin de leurs différentes formations. Pour ce faire, ils ont tenu les propos du genre : *« UNICEF vous a donné nos kits et vous avez vendu ça et vous ne nous avez rien donné. On ne veut pas discutez avec vous, allez-y, et laissez-nous tranquilles »*. Ces jeunes gens étaient surexcités et proféraient des paroles de menaces. Cet incident avait

malheureusement attiré l'attention de certaines personnes qui sont venus s'attrouper autour de nous. Il a fallu toute la dextérité de notre guide pour ramener ces enfants à de meilleurs sentiments, après près d'une demi-heure de pourparlers. Il leur a expliqué que notre démarche s'inscrivait dans un autre cadre.

Nous voulons souligner, au passage, qu'un monsieur qui avait assisté à la scène nous a pris de côté pour en savoir davantage. Lui ayant expliqué les raisons de notre présence dans la ville, il n'a pas manqué de nous dire ceci : « *Votre action est bonne, il faut vraiment faire quelque chose, car ces jeunes-là font partie d'un groupe, ils nous fatiguent beaucoup (...) Ils foutent la merde ici (...) Ces enfants n'écoutent personne, ils ne respectent même pas les aînés* ».

Par ailleurs, cet incident de départ nous a permis de voir un jeune très violent, agressif. L'attitude du jeune Léon au cours du récit a particulièrement attiré notre attention. En effet, il était sans remords, insensible, comme anesthésié émotionnellement et affectivement.

IV.2. Résultat de Léon au test de 16 PF.

IV.2.1. Correction de test et représentation graphique

Tableau 25 : Correction de test de Léon pour les notes obtenues en facteurs de premier ordre

FORME B		
Facteurs	Notes brutes	Notes standards
A	04	01
B	02	00
C	09	02
E	19	08
F	20	07
G	09	03
H	21	09
I	09	05
L	04	00
M	07	01
N	08	04
O	08	03
Q1	06	01
Q2	06	03
Q3	10	04
Q4	20	08

La correction du test ayant ainsi été réalisée, la prochaine étape de notre travail consiste à représenter graphiquement les données primaires du tableau ci-dessus.

FEUILLE DE PROFIL DU 16 PF DE Léon

FACTEUR	NOTES BRUTES		NOTES BASSES	ETALONNAGE EN 11 CLASSES											NOTES ELEVEES		
	Forme B	Note stand.		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10			
A	04	01	Réservé, détaché, critique, distant, rigide. Sizothymie		●				A								Ouvert, chaleureux, facile à vivre, coopérant. Affectothymie
B	02	00	Lenteur d'esprit. Niveau intellectuel bas	●					B								Esprit brillant. Niveau intellectuel élevé
C	09	02	Émotif, tourmenté, versatile. Faiblesse du Moi			●			C								Stable, émotionnellement mûr, calme, fait face à la réalité. Force du Moi
E	19	08	Modeste, doux, cède facilement, docile, accommodant. Soumission						E				●				Autoritaire, agressif, esprit de rivalité, entêté. Domination
F	20	07	Posé, silencieux, sérieux. Désurgence						F				●				Insouciant, enthousiaste. Surgence
G	09	03	Opportuniste, qui esquivé les lois. Faiblesse du Surmoi				●		G								Conscientieux, tenace, moralisateur, posé. Force du Surmoi
H	21	09	Timide, méfiant. Threctia						H						●		Audacieux, spontané, sociable. Parmia
I	09	05	Dur, satisfait de soi, réaliste. Harria						I				●				Tendre, sensible, dépendant. Premsia
L	04	00	Confiant, accommodant. Alaxia	●					L								Souçonneux, difficilement dupe. Protension
M	07	01	Pratique, soumis aux contingences. Praxernia		●				M								Imaginatif, bohème, distrait. Autia
N	08	04	Direct, sans prétention, sincère, mais maladroit en société. Naïveté						N				●				Rusé, policé, socialement averti. Clairvoyance
O	08	03	Confiant, placide, sans anxiété, optimiste, serein. Harmonie tranquille						O			●					Anxieux, sentiment de culpabilité, inquiet, tourmenté. Tendance à se culpabiliser
Q ₁	06	01	Conservateur, respectueux de la tradition. Conservatisme			●			Q ₁								Innovateur, libéral. Radicalisme
Q ₂	06	03	Dépendant du groupe, « suiveur », adepte convaincu. Attachement au groupe						Q ₂				●				Se suffisant à lui-même, plein de ressources, résolu. Indépendance personnelle
Q ₃	10	04	Incontrôlé, en conflit avec soi, négligent, impulsif, négl. des convenances. Faible intégration						Q ₃					●			Contrôlé, exigeant, formaliste, soucieux de son image. Forte maîtrise de soi
Q ₄	20	08	Détendu, tranquille, nonchalant, calme. Faible tension ergétique						Q ₄						●		Tendu, frustré, surmené. Haute tension ergétique

Tableau 26 : Tableau graphique du profil de personnalité de Léon.

IV.2.2. Interprétation des mesures des facteurs primaires.

Les pondérations faites pour le facteur primaire A donne la valeur numérique (1). Ce qui veut dire que Léon est opposant et froid, distant et agressif, dur et rigide. C'est un adolescent moins conciliant qui résiste à la direction des adultes et qui préfère les choses aux gens. Cette note faible est également chez cet adolescent l'indice d'une sécheresse affective.

Pour la dimension de premier ordre B, on enregistre un score faible. Le profil de personnalité au pôle négatif (B-) indique, chez Léon, des difficultés d'apprentissage et de compréhension caractérisées par une lenteur d'esprit. Notre enquêté est un sujet plutôt lourd dont l'interprétation et l'intelligence sont encore au stade de la pensée concrète. Cette pesanteur d'esprit peut n'être que le reflet d'une intelligence médiocre ; elle peut également traduire une pauvreté intellectuelle d'ordre psychopathologique.

La note de l'échelle C est (2), donc inférieure à la moyenne. Léon se définit comme un sujet qui, d'après les réponses aux questions, tend à être versatile, irritable et facilement contrarié par les choses ainsi que les gens. Il est le plus souvent insatisfait de sa famille et de la société de manière générale. Aussi le jeune homme a-t-il du mal à conserver sa tranquillité et à se contenir, et il est découragé par son inaptitude à satisfaire à de bonnes règles de conduite. Il présente, plus que la moyenne des individus, des symptômes névrotiques tels que la fatigue névrotique, les troubles de sommeil, les craintes irrationnelles, les comportements obsessionnels et divers troubles psychosomatiques. C'est donc un sujet qui a une faiblesse marquée du Moi et qui peut échouer de façon grave dans son adaptation, s'il est déplacé de son entourage familial ou soumis à l'enregimentation et à des contraintes, dans un camp.

Au pattern de personnalité primaire E, Léon est crédité de la note élevée (8). Ce qui le décrit comme un sujet sûr de lui-même, indépendant d'esprit, sévère, hostile, à la limite rebelle. A cet effet, il a tendance à être opposant, agressif et autoritaire. Aussi ne tient-il pas compte de l'autorité. La forte dominance chez cet adolescent peut le conduire à la désobéissance, à la volonté entêtée, et, peut-être, à un comportement antisocial. La note élevée en E décrit à l'adolescence, désigne généralement un sujet confronté à des problèmes de comportement délictueux.

En la facette (F), Léon a obtenu la note élevée 7. Cette mesure de l'échelle F montre notre enquêté comme un individu impulsif, enthousiaste et insouciant. Il est plutôt franc et direct. Il lui arrive d'être par moments d'humeur versatile.

En facteur G, le score réalisé par Léon est (3). Il est montré comme frivole, impatient et opposant, un habile qui esquive les lois et les règlements. Il a une inclination à la négligence et au relâchement.

La correction du test montre que notre sujet a une note élevée (9) à la dimension primaire H. Cette note est indicative d'un comportement audacieux, assuré en société. Ce jeune garçon n'a pas peur et n'éprouve aucune crainte à exprimer ses opinions et ses avis. Aussi est-il enclin à l'intrépidité dans la poursuite de ses objectifs.

L'échelle L est marquée par le score très faible (0). Léon, sujet L-, est décrit comme plein d'entrain. Il s'attend à être traité de façon juste par les autres.

Nous avons en facteur M la valeur numérique (1). Celle-ci définit notre enquêté comme un individu soucieux de faire « ce qui convient ». Il s'intéresse aux détails et préfère agir plutôt que réfléchir. En sus, il est porté à rester concentré et réactif face à ce qui est immédiatement nécessaire.

La mesure de l'échelle O donne (3). O- représente une dimension tempéramentale calme, placide. Léon a donc une solide confiance en lui-même et en sa capacité de régler les problèmes. Il est donc sans angoisse et se montre moins autocritique que la plupart des gens. En somme, c'est un individu qui n'a pas de remords quand il a mal agi.

Nous avons une note basse (1) en facteur Q1. Suivant les interprétations, nous sommes en présence d'un sujet qui a toute confiance en ce qu'on lui a appris à croire. Pour lui, il n'y a de vérités que les « vérités premières » reçues. Il s'attache à elles malgré leurs contradictions, même lorsque la possibilité d'amélioration est évidente. Il est moins enclin à rechercher de nouvelles expériences, et est plus intéressé par des méthodes déjà testées et avérées.

Pour ce qui est de la dimension Q2, cet enfant a réalisé un score faible (3). En raison de ce score, cet adolescent est montré comme un adepte convaincu, un suiveur. Il aime que la société l'admire, et, allant avec le groupe, il valorise davantage l'approbation sociale. Léon est donc un sujet irrésolu, socialement indépendant qui suit docilement les impulsions du groupe d'appartenance. Son attitude grégaire ne l'est pas tant par goût que par un besoin de l'appui du groupe pour agir.

Au dernier des seize (16) facteurs primaires, Q4, notre interlocuteur a récolté la note (8). Cette mesure indique que Léon est tendu, surexcitable, agité et irritable. Il est frustré et a l'impression d'être critiqué par les autres. L'une des interprétations faites du tempérament du concerné est que ce dernier est en proie à un niveau de stress et de tension dû aux pulsions non déchargées.

IV.2.3. Calcul et interprétation des notes standards aux facteurs globaux

La note du facteur QI (Extraversion) est supérieure à la moyenne (8). Ce qui signifie que Léon est un individu extraverti qui est énergique et spontané, non inhibé et assuré en société. Il préfère planifier et réaliser des choses avec d'autres plutôt que seul. Il se sent généralement à l'aise dans un environnement social animé et stimulant. Il s'exprime souvent de façon fanatique. Il est porté à l'intrépidité, à l'audace en société, n'est probablement pas intimidé en situation de groupe et n'éprouve aucune crainte à exprimer directement ses opinions.

Le score (5,6), réalisé par l'enquête à l'échelle QII (Anxiété) est dans la moyenne. Cette position traduit un dédoublement de la personnalité du sujet. Cela signifie qu'il existe en lui, deux sortes de caractères, l'un normal et adapté, l'autre pathologique. Ainsi, à certains moments, cet adolescent peut faire montre d'une adaptation en menant une vie dénuée de toute anxiété, à d'autres moments, il est insatisfait de sa capacité à réaliser ses désirs et projets. Cela peut conduire à souffrir d'une certaine inadaptation associée à une forte anxiété.

En la dimension globale QIII où Emotivité et Dynamisme s'opposent, le calcul des notes donne une note élevée (9,8). Cela renvoie à la signification selon laquelle Léon est généralement entreprenant et décidé. En face de difficultés, il a tendance à passer rapidement à l'action, sans accorder à ses décisions assez de réflexions. Aussi est-il enclin à la dureté et à la fermeté.

La mesure du facteur QIV (Indépendance) est largement inférieure à la moyenne. L'analyse de ce score faible (3) montre un individu qui vit dans la dépendance des autres, qui subit les influences de son groupe d'appartenance. Il a tendance à rechercher l'approbation et l'appui des autres dont il a besoin, et à orienter sa conduite suivant les injonctions de ceux qui lui accordent ce soutien. C'est donc un individu qui n'est pas toujours maître de ses actes et opinions.

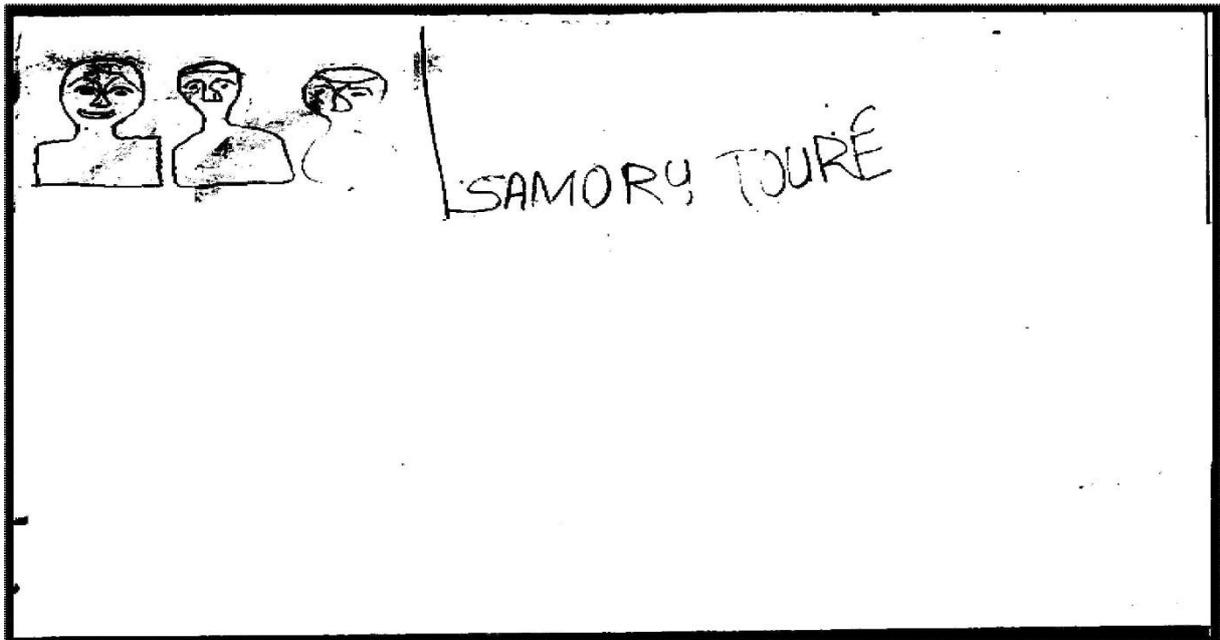
Tableau 27: Calcul des notes standards obtenues par Léon aux facteurs globaux

Facteurs de premier ordre	Q I Extraversion		Q II Anxiété		Q III Dynamisme		Q IV Indépendance	
	+	-	+	-	+	-	+	-
A 1	1 1					6 6		
B 0					1 0		1 0	
C 2				2 4	1 2			
E 8	2 16				1 8		4 32	
F 7	4 28				3 21			
G 3	1 3		1 3			1 3		1 3
H 9	3 27			1 9	1 9		1 9	
I 5		1 5				5 25		
L 0			1 0			2 0	2 0	
M 1				1 1	1 1		3 3	
N 4		1 4				2 8		1 4
O 3		1 3	3 9			1 3		2 6
Q ₁ 1						1 1	2 2	
Q ₂ 3		2 6			1 3		2 6	
Q ₃ 4				1 4		2 8	1 4	
Q ₄ 8	1 8		4 32		1 8			1 8
C	15		30		100			-5
Total +	98		74		152		56	
Total -		- 18		- 18		- 54		- 26
Total Général	98 - 18 = 80		74 - 18 = 56		152 - 54 = 98		56 - 26 = 30	
/ 10	8		5,6		9,8		3	

IV.2.4. Synthèse des interprétations faites aux différents ordres de facteurs

Léon est un individu extraverti, c'est-à-dire qu'il est non inhibé et assuré en société. De plus, il a un dédoublement de la personnalité parce qu'il existe en lui deux (2) sortes de caractères, l'un normal marqué par l'adaptation et l'autre pathologique caractérisé par l'inadaptation. C'est aussi un jeune garçon qui a une inclination à la dureté et la fermeté, il est entreprenant et décidé. En face de difficultés, il a tendance à passer rapidement à l'action, sans accorder à ses décisions assez de réflexions. Cependant, il vit dans la dépendance des autres et subit généralement les influences de son groupe d'appartenance.

IV.3. Résultat du test de dessin de famille réalisé par Léon



Dessin 4 : Dessin de famille réalisé par Léon

Léon a dessiné trois (3) personnages. Dans l'ordre à commencer par la gauche, nous avons le père, la mère et le sujet lui-même. C'est un sujet qui a effectivement subi un traumatisme. Cela est lié à la structuration de son dessin et à la limite à la présentation des personnages. Il a présenté trois (3) êtres qui ont des allures de statues. Ce sont des statues qui se limitent au tronc, sans les membres. On pourrait penser que cet enfant a perdu toute réalité du corps humain. Pendant sa parenthèse militaire, les expériences vécues, commises ou vues,

(amputations, par exemple) ont fortement modifié sa perception et sa représentation du corps de l'Homme. Il semble avoir perdu la réalité du corps humain. Mais Léon donne une expression au visage de chacun des personnages. Et l'expression, sinon l'expressivité du visage du père est plus marquée, et le dessin du personnage qui a été fait de façon lapidaire, c'est le sien. Chez lui, les traits ne sont pas améliorés, il n'y a pas une perception méliorative de son personnage, ainsi que de celui de sa mère. En ce qui concerne la reproduction graphique de sa personne, cela peut dénoncer une perte de confiance en sa personne. Il trouve à la limite qu'il n'est plus digne d'amour, traduisant un sentiment d'auto-dévalorisation. Concernant le personnage de la mère, deux (2) hypothèses peuvent être émises. La première est qu'il n'aime pas sa mère ou lui reproche quelque chose, car généralement, quand on n'aime pas quelqu'un ou quand on lui reproche quelque chose, on ne le peint pas bien. La seconde hypothèse est que le sujet est encore plongé dans son passé militaire émaillé d'actes de violence et de misogynie. De fait, dans sa vie de combattant, il avait une image négative et maltraitait les femmes et les jeunes filles. Il se pourrait que ce soit une transposition de ses tendances misogynes sur le personnage de la maman. Ne pouvant faire subir les mêmes humiliations à celle qui lui a donné vie, il préfère la dessiner avec des traits imparfaits. Il y a comme une relation dialectique entre ces deux (2) réalités. Le sujet projette sur les jeunes filles et les femmes, toute la haine qu'il aurait pu ressentir pour sa mère qui a voulu s'opposer à son association à un groupe armé, donc à la réalisation de son rêve. Car il avait dit dans l'entretien que nous avons eu avec lui, parlant des raisons de son affiliation au MPIGO : « *Moi aussi, je voulais bricoler tout, j'aime bricoler tout le monde* ». A contrario, le mépris et la méchanceté qu'il a manifestés sur la femme, il aurait souhaité faire subir les mêmes avanies à celle qui a voulu empêcher son rêve de « bricoler tout le monde » de voir le jour. Cependant, il refoule cette tendance et l'exprime autrement, à travers le dessin.

Il dit avoir été surnommé par son supérieur hiérarchique « Samory Touré ». La connaissance qu'il a de Samory Touré se rapporte aux histoires racontées dans les classes inférieures. Dans les récits de ces histoires, Samory était décrit comme un monstre sanguinaire, quelqu'un qui se plaisait à répandre le sang, même innocent, un homme impitoyable qui ne faisait grâce de rien. Et selon certaines anecdotes, il pilait les enfants, éventrait les femmes enceintes. Le mot, qu'on le sache, est un « être vivant », car il exprime, traduit et révèle les tendances du scripteur. Le jeune Léon, en écrivant le nom de ce personnage qui fut célèbre à la fin du XIX^e siècle, adhère aux fables qui lui ont été racontées antérieurement et perçoit, dès lors, le personnage de Samory comme mauvais et méchant.

Cependant, il s'identifie à lui. Cette identification à ce personnage de Samory Touré est caractéristique de la vie intérieure du sujet. Elle présente un individu qui est sans pitié et sans remords pour les actes qu'il a posés et qu'il reconnaît comme négatifs. Aucun regret de son passé ne transparait dans sa production graphique. A la limite, il en est fier. Et s'il a bien peint son père, c'est parce qu'il est content de lui et le remercie, à la limite, de lui avoir permis de vivre ces expériences en lui demandant de rejoindre les rangs du groupe armé.

Le fait de se dessiner seul peut traduire des conflits relationnels avec la fratrie. En ne dessinant pas ses frères et sœurs, Léon veut inconsciemment nier leur réalité pour retrouver le monopole de l'affection des parents. C'est l'expression d'une tendance régressive.

IV.4. Résultats de Léon aux diagnostics cliniques

Nous présentons ici deux (2) résultats ; d'abord, des informations recueillies des archives de la structure qui avait précédemment suivi l'enquête (premier tableau) et ensuite, les données de la collecte faite par nous-même dans le cadre de cette étude (deuxième tableau).

Tableau 28: Symptômes présentés par Léon tels que relevés à ODAFEM

Catégories de Symptômes	Manifestations cliniques
Symptômes d'intrusion ou de reviviscence	Souvenirs intrusifs, agir « comme si »
Symptômes d'évitement et d'émoussement	Détachement affectif, restriction des affects, avenir bouché
Symptômes Neurovégétatifs	Irritabilité, difficulté d'endormissement

Les symptômes post-traumatiques relevés ici par le psychologue de la structure ODAFEM sont ceux de l'ESPT.

Tableau 29: Résultats du test d'inventaire-échelle administré à Léon

SYNDROME DE REPETITION (Spécifique)	RUBRIQUES	MANIFESTATIONS CLINIQUES
	1- RICHESSE DU SD DE REPETITION	Attrance pour spectacle violent, souvenirs intrusifs, cauchemar
	2 - VECU PSYCHIQUE DU SD DE REPET.	Vécu de rêve, sentiment d'étrangeté
	3- ACCOMPAGNEMENT NEUROVEGETATIF	Spasmes, sueur
	4- FREQUENCE DES REPETIONS	Une fois par semaine
	5- SENSIBILITE AUX STIMULI	Un peu sensible à tout stimulus
AUTRES SYMPTÔMES NEVROTIQUES (Non-spécifiques)	6- ANXIETE GENERALISEE	Sensation de malaise diffus, tension intérieure
	7- ASTHENIE	Lassitude, fatigue au réveil
	8- SYMPTÔMES DE PSYCHONEVROSE	Paralysie
	9- TROUBLES PSYCHOSOMATIQUES	Acouphènes
	10- TROUBLES DU COMPORTEMENT	Toxicomanie, alcoolisme, marginalité, errance
PERSONNALITE TRAUMATO-NEVROTIQUE (Spécifique)	11- ETAT D'ALERTE	Sommeil léger, Tension motrice
	12- SYNDROME D'EVITEMENT	fuite dans l'hyperactivité
	13- PERTES DES INTERÊTS	Sentiment d'avenir bouché, détachement du monde extérieur
	14- REGRESSION NARCISSIQUE	Froideur vis-à-vis des autres, incapacité d'aimer
	15- RELATION SOCIALE	Agressivité, irritabilité, revendication

Les symptômes d'ESPT relevés précédemment au tableau précédent figurent encore dans le tableau-ci. Cela atteste de la persistance de ces manifestations cliniques dans la vie de ce jeune garçon.

IV.5. Conclusion des résultats de Léon

Léon donne l'image d'une personnalité marquée par un dédoublement. C'est dire que des comportements antagonistes (normal et pathologique) coexistent dans une loi de composition interne à la personnalité du sujet. En effet, nous observons d'une part la coprésence de l'introversion et de l'extraversion, et d'autre part la coexistence d'une faible anxiété et d'un niveau élevé d'anxiété. En ce sens, cet adolescent se montre tantôt ouvert, chaleureux, facile à vivre, coopérant et aimable. Dans cette condition, il est sensible, s'intéresse aux autres et quand il a l'occasion de parler, il est bavard, expressif et franc, et n'éprouve aucune crainte à exprimer ouvertement ses opinions et ses sentiments. Tantôt, dans ses rapports avec autrui, il est plutôt dur, rigide, manquant de tendresse et de sensibilité. Il est souvent froid et d'esprit analytique et a une façon intellectuelle non sentimentale de voir les choses qui frise le cynisme. En outre, Léon est déterminé par sa versatilité humorale parce qu'à des moments, il présente une adaptation en menant une vie dénuée de toute anxiété ; à des moments, par contre, il est en proie à un niveau de stress et de tension élevés dû aux frustrations. Ainsi, se sent-il insatisfait de sa capacité à répondre aux attentes sociales, découragé par son inaptitude à satisfaire à de bonnes règles de conduite et à réaliser ses désirs. C'est donc l'expression d'une labilité émotionnelle. C'est dire autrement que quand ce jeune garçon présente une adaptation, il est ouvert, chaleureux, facile à vivre et sociable. Mais, quand il manifeste une humeur anxieuse et dépressive, cela influence négativement sa sociabilité, sa relation aux autres. Aussi cet ancien enfant-soldat se définit-il comme un sujet opposant, critiqueur, à la limite rebelle. Il a tendance à être entêté, agressif et autoritaire. N'ayant aucune considération pour l'autorité et résistant à la direction des adultes, ce jeune garçon montre une intrépidité évidente dans la poursuite d'objectifs indépendants.

De plus, la tournure de la personnalité de notre sujet met en évidence un surmoi faible. Ce trait de personnalité remarqué chez cet adolescent, désigne la plupart du temps un sujet enclin à la désobéissance, à la volonté entêtée, et aux comportements asociaux et délictueux. C'est aussi un individu marqué par la faiblesse du Moi. Ce qui augure qu'il peut échouer de façon grave dans son adaptation à cause des contraintes auxquelles il a été soumis lors de son enrôlement. Au demeurant, notre enquêté se décrit comme un adepte convaincu, qui s'attache aux idées premières qu'il a apprises et reconnues pour certaines. Il est moins enclin à rechercher de nouvelles expériences et est plus intéressé par les méthodes testées et avérées. C'est pourquoi il souhaite retourner à la vie militaire. Il est aussi un sujet seulement

dépendant qui subit toutes les influences de son groupe d'appartenance dans la mesure où il suit docilement et servilement les impulsions dudit groupe. Valorisant l'approbation sociale, il aime que la société l'admire et l'approuve dans ce qu'il a fait et fait.

V. CAS N°5 : SUJET SAFIRA

V.1. Résultats de l'anamnèse de Safira

V.1.1. Identification

Agée de 17 ans, Safira est une jeune fille de nationalité guinéenne vivant à Man. Après avoir arrêté les études primaires en classe de CM2, à l'âge de 12, cette adolescente s'est, par la suite, orientée vers le commerce. Elle est issue d'une famille malinké et musulmane, et est par ailleurs mère d'un enfant d'un (1) an.

V.1.2. Histoire familiale et personnelle

Safira est la sixième (6^e) d'une famille de neuf (9) enfants. Son père est un polygame marié à trois (3) femmes. Chacune de ses femmes lui a fait trois (3) enfants. Elle a cinq (5) aînés (4 frères et 1 sœur) et trois (3) cadets (1 sœur et 2 frères). Elle est la benjamine du côté de sa mère, la seconde épouse de son père. A l'instar de sa sœur aînée qui s'était déjà mariée, Safira dit avoir reçu de son père une éducation très stricte. Celui-ci lui a refusé tout contact avec les hommes. Il lui avait toujours signifié qu'elle devait se marier vierge et que l'homme qui la connaîtra en premier sera son mari dans le cadre du mariage. En effet, dans la tradition musulmo-malinké, c'est un honneur pour un père et par extension pour une famille de marier sa fille vierge. Les injonctions de Monsieur M.K à sa fille Safira trouveraient leurs raisons dans ladite tradition. Et le père de notre enquêtée tenait absolument à cet honneur, aux dires de sa fille.

Mais la guerre a brisé le rêve du père et lui a emporté tout espoir de marier sa seconde fille vierge. En effet, en 2005, Safira a été enlevée au petit matin alors qu'elle se rendait au marché où elle vendait. Elle dit avoir passé environ deux (2) années aux mains de ses ravisseurs. Dans ce camp où elle a retrouvé d'autres jeunes filles et d'autres femmes, elle a été

la « propriété » des rebelles. Ils l'ont utilisée à la fois comme esclave sexuel et comme domestique. Elle avait été contrainte à fournir des services sexuels et à effectuer le ménage. Voici le témoignage qu'elle a fait de cette situation : « *Ils nous obligeaient à avoir des rapports avec eux. Ils couchaient avec nous comme ils voulaient et quand ils voulaient. On faisait aussi la cuisine pour eux et on lavait leurs habits* ». Elle dit avoir été au cœur de l'horreur ; les rebelles tuant des personnes sous ses yeux, torturant d'autres, consommant l'alcool et la drogue. Elle dit avoir également été victime de la barbarie de ces combattants après une tentative de fuite. Cependant, elle et les autres captifs des rebelles ont réussi à fuir à la faveur d'une attaque des forces loyalistes : « *les rebelles ont appris que les loyalistes allaient attaquer, ils ont tous fui le camp. C'est comme ça que nous avons en profité pour fuir* » dit-elle. C'est ainsi qu'elle a regagné le domicile familial dans un état dégradé. Mais une surprise des plus désagréables l'y attendait. A l'exception de ses cadets qui ont été heureux de la voir, tous les autres membres de la famille lui ont réservé un accueil très glacial. Ils se sont retournés contre elle, comme pour lui reprocher son retour à la maison, « à la vie ». Safira dit aussi que son père lui a signifié qu'à cause d'elle, toute la famille est devenue la risée du voisinage et est montrée du doigt comme étant parent d'une jeune fille que les rebelles avaient prise pour femme, comme l'atteste ce fragment de notre entrevue : « *mon papa et mes frères disent que depuis que je suis venue, quand ils passent les gens se moquent d'eux* ». Elle qui, avant la tragédie, était l'espoir de son père et de sa famille, devint par la force des événements l'objet de leur opprobre. « *Mes parents font comme si, c'est moi-même qui ait provoqué tout ça* » s'est-elle exprimée.

En dépit de son passage au C.T.O (Centre d'Orientation et de Transit) de Zielé où elle a été écoutée et où elle a reçu des soins, Safira garde toujours en elle les stigmates de cette guerre. Son expérience a fortement détérioré l'atmosphère familiale, perturbé l'équilibre de son milieu psychoaffectif et changé le cours de sa vie. Des semaines après sa libération, il a été découvert que cette adolescente est enceinte. Cette grossesse fait suite aux viols que la jeune fille a subis. Pour son père, le viol et surtout la grossesse sont vécus comme une infamie.

Pendant que Safira nous racontait sa douloureuse histoire, des sanglots lui nouaient la gorge et les larmes ruisselaient de ses yeux. Elle manifestait un vif désir d'être soulagé d'une détresse qui était lisible sur son visage. Elle avait un sentiment de culpabilité extrême, elle a répété à plusieurs reprises les paroles suivantes : « *Pourquoi moi ? Pourquoi cela m'est arrivé, à moi ?* » Aussi a-t-elle avoué souffrir de récurrentes céphalées, avoir souvent des

idées de suicide et d'infanticide, mais sans aucune tentative. En effet, cette victime dit avoir « des idées noires » de se donner la mort, ou de se débarrasser de cet enfant qu'elle n'a jamais désiré. D'après l'entourage, Safira maltraitait cet enfant, le rejetait. Elle le laissait pleurer sans le laver et souvent sans le nourrir. De fait, cet enfant lui rappelle en permanence les traumatismes du viol et l'empêchait d'oublier. En sus, cette fille éprouve de la peur quand elle se retrouve seule en dehors du domicile familial.

V.2. Résultats de Safira au test de 16 PF.

V.2.1. Correction de test et représentation graphique

Tableau 30 : Correction de test de Safira pour les notes obtenues en facteurs primaires

FORME B		
Facteurs	Notes brutes	Notes standards
A	10	05
B	03	01
C	08	02
E	02	00
F	12	03
G	06	01
H	10	04
I	13	07
L	10	05
M	10	03
N	09	05
O	16	06
Q1	08	02
Q2	08	05
Q3	07	03
Q4	20	08

Quelles représentation graphique et interprétations pouvons-nous faire des pondérations réalisées en ces échelles de premier ordre ?

FEUILLE DE PROFIL DU 16 PF de Safira

FACTEUR	NOTES BRUTES		NOTES BASSES	ETALONNAGE EN 11 CLASSES											NOTES ELEVEES				
	Forme B	Note stand.		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10					
A	10	05	Réservé, détaché, critique, distant, rigide. Sizothymie																Ouvert, chaleureux, facile à vivre, coopérant. Affectothymie
B	03	01	Lenteur d'esprit. Niveau intellectuel bas																Esprit brillant. Niveau intellectuel élevé
C	08	02	Émotif, tourmenté, versatile. Faiblesse du moi																Stable, émotionnellement mûr, calme, fait face à la réalité. Force du moi
E	02	00	Modeste, doux, cède facilement, docile, accommodant. Soumission																Autoritaire, agressif, esprit de rivalité, entêté. Domination
F	12	03	Posé, silencieux, sérieux. Désurgence																Insouciant, enthousiaste. Surgence
G	06	01	Opportuniste, qui esquivé les lois. Faiblesse du moi																Conscientieux, tenace, moralisateur, posé. Force du surmoi
H	10	04	Timide, méfiant. Threctia																Audacieux, spontané, sociable. Parmia
I	13	07	Dur, satisfait de soi, réaliste. Harria																Tendre, sensible, dépendant. Premsia
L	10	05	Confiant, accommodant. Alaxia																Souçonneux, difficilement dupe. Protension
M	10	03	Pratique, soumis aux contingences. Praxernia																Imaginatif, bohème, distrait. Autia
N	09	05	Direct, sans prétention, sincère, mais maladroit en société. Naiveté																Rusé, policé, socialement averti. Clairvoyance
O	16	06	Confiant, placide, sans anxiété, optimiste, serein. Harmonie tranquille																Anxieux, sentiment de culpabilité, inquiet, tourmenté. Tendance à se culpabiliser
Q ₁	08	02	Conservateur, respectueux de la tradition. Conservatisme																Innovateur, libéral. Radicalisme
Q ₂	08	05	Dépendant du groupe, « suiveur », adepte convaincu. Attachement au groupe																Se suffisant à lui-même, plein de ressources, résolu. Indépendance personnelle
Q ₃	07	03	Incontrôlé, en conflit avec soi, négligent, impulsif, néglig. des convenances. Faible intégration																Contrôlé, exigeant, formaliste, soucieux de son image. Forte maîtrise de soi
Q ₄	20	08	Détendu, tranquille, nonchalant, calme. Faible tension ergétique																Tendu, frustré, surmené. Haute tension ergétique

Tableau 31 : Tableau graphique du profil de personnalité de Safira.

II.1.5.1. Interprétation des mesures des facteurs primaires

Safira a obtenu une note moyenne (05), en facteur A. Ce qui veut dire que la jeune fille se positionne au milieu de la population générale. Cette note dénonce donc chez elle une personnalité bipolaire, c'est-à-dire que la structure de sa personnalité possède les deux (2) pôles du facteur A qui diffèrent du point de vue de leurs performances et des buts considérés (de leur titre et de la liste des comportements observés). Ainsi donc, la sujette est tantôt encline à la rigidité, à la froideur, au scepticisme, au dédain et à l'opposition ; tantôt elle fait preuve d'une facilité à vivre et à s'émouvoir, d'une sociabilité, de prévenance et d'amabilité. Suivant les circonstances, le comportement de cette jeune fille présente des aspects variables. C'est donc une personne qui agit de telle ou telle autre manière selon les circonstances de la vie quotidienne.

Dans les réponses aux items, Safira est notée B- (1). Ce faible score indique chez elle une lenteur d'esprit tant dans l'apprentissage que dans la compréhension des choses. Elle serait lourde d'esprit, encore au stade de la pensée concrète, donc moins intelligente. Cet état d'esprit pourrait traduire une intelligence médiocre ainsi qu'une pauvreté intellectuelle d'ordre psychopathologique. Cette note faible en facteur B est l'indice d'une capacité scolaire faible.

A l'échelle C, Safira a obtenu une note faible, basse (2). Cette sujette C- a tendance à être versatile, irritable, émotive, facilement contrariée par les choses et les gens. Elle est le plus souvent insatisfaite de tout, a du mal à conserver sa tranquillité et à se contenir. Elle a, plus que la moyenne des individus, des réactions névrotiques généralisées sous forme d'asthénie, de craintes irrationnelles, de troubles de sommeil, de caractère et de troubles psychosomatiques divers.

Le facteur E donne une note basse de (0). Cette note faible dénonce chez Safira, une tendance à céder facilement aux autres, à se conformer, à être docile. Souvent, elle est facilement troublée, dépendante ; elle ressent de la culpabilité et a un souci obsessionnel des convenances. On rencontre, en outre, chez elle la passivité, qui figure au nombre des syndromes névrotiques. Une note très faible est « pathologique » car elle apparaît dans les profils des névrotiques.

Safira est une sujette F-, c'est-à-dire qu'elle a obtenu une note faible (3) en ce facteur. Cela signifie que Safira a tendance à être réservée, peu communicative et introspective. Il lui arrive d'être obstinée, pessimiste et guindée, et de ce fait, fait preuve d'une prudence

excessive. Cette jeune fille qui a un profil non-expansif tend à faire montre d'anxiété et de dépression.

Notre enquêtée se situe dans le pôle négatif de G, (G-), parce qu'elle a réalisé en ce facteur un score faible, (1). Cette note basse indique chez elle une tendance au relâchement, à la négligence et à la frivolité. Cette sujette G- montre une indépendance à l'égard de toute influence de groupe, ce qui peut l'entraîner à des comportements asociaux.

La mesure du facteur I équivaut à la note faible (1). Une telle mesure présente Safira comme un individu qui exprime ouvertement et sans ménagement des sentiments, des opinions qui choquent la morale, souvent avec l'intention de heurter, de blesser et provoquer. Elle est insensible, dure et méprisante.

Safira se situe au pôle négatif de M parce qu'elle a obtenu une note faible (3). Elle est donc un individu M- qui généralement n'agit pas inconsiderablement. Elle est tatillonne, minutieuse et s'intéressant aux détails. C'est une personne qui est ordinairement très soucieuse de faire « ce qui convient ».

Le facteur O marque la note (6) pour Safira. L'interprétation que nous pouvons faire à ce niveau, c'est que cette adolescente a un pattern de personnalité bipolaire en ce facteur. Autrement dit, elle agit comme la moyenne de la population de référence, à l'occasion. Tantôt, elle est placide et sans angoisse avec une solide confiance en elle-même, tantôt elle tend à être déprimée, morose, à se tracasser et à ruminer pressentiments et idées noires. Dans cette disposition mentale, elle se sent à la fois rejetée du groupe et incapable de s'y intégrer.

La dimension Q1 donne la note (2). Elle révèle que Safira s'attache aux choses qu'elle a apprises et reconnues pour vraies. Elle ne s'en écarte guère en dépit de leurs contradictions, même lorsque la possibilité d'amélioration est évidente. C'est un individu qu'il est difficile à persuader et à qui il est difficile de faire changer d'opinions ou de conceptions et d'avis.

En Q3, la note est basse (3). Cette note indique chez Safira a un manque de contrôle de la volonté. Elle ne se soucie pas des exigences de la vie en société. Elle n'est pas prévenante,

ni consciencieuse ni réfléchie. Elle se sent parfois mal adaptée. Cette jeune fille est caractérisée par de nombreuses inadaptations affectives, mais non délirantes.

Safira a une note élevée (8) en facteur Q4. Elle est généralement une personne tendue, surexcitable, agitée, irritable, impatiente.

II.1.5.2. Calcul et interprétation des notes standards aux facteurs globaux

Au facteur global QI (Extraversion), la note obtenue par Safira est (3,1), donc faible. Cette adolescente a une personnalité introvertie, c'est-à-dire qu'elle a tendance à être timide, inhibée dans ses contacts. Elle est tournée vers elle-même plutôt que vers les autres et le monde extérieur.

Le facteur QII donne la note (7,3). Cette note élevée à ce facteur est l'indication chez l'enquêtée d'une grande anxiété. C'est une personne qui peut être névrotique. Dans cette hypothèse, la forte anxiété relevée peut être un symptôme pathologique. Son anxiété peut être liée à une situation, mais elle souffre probablement d'une certaine inadaptation. Safira est insatisfaite donc une capacité à répondre aux exigences de la vie, et à réaliser ses désirs. Cette forte anxiété perturbe généralement son rendement et engendre des troubles psychosomatiques.

La mesure QIII (Emotivité/Dynamisme) donne (3,7). La demoiselle qui a acquis cette note faible est généralement troublée par une émotivité diffuse et peut même être du type dépressif, frustré. Elle est cependant sensible aux raffinements de la conscience. Par ailleurs, lorsque des difficultés se présentent, elle leur accorde trop de réflexion et d'examen avant de se décider à agir.

Le pattern QIV récolte la note faible (2,2). Il dénonce chez Safira un caractère modéré et passif. Elle vit dans la dépendance des autres. Elle a tendance à rechercher l'approbation et l'appui des autres dont elle a besoin.

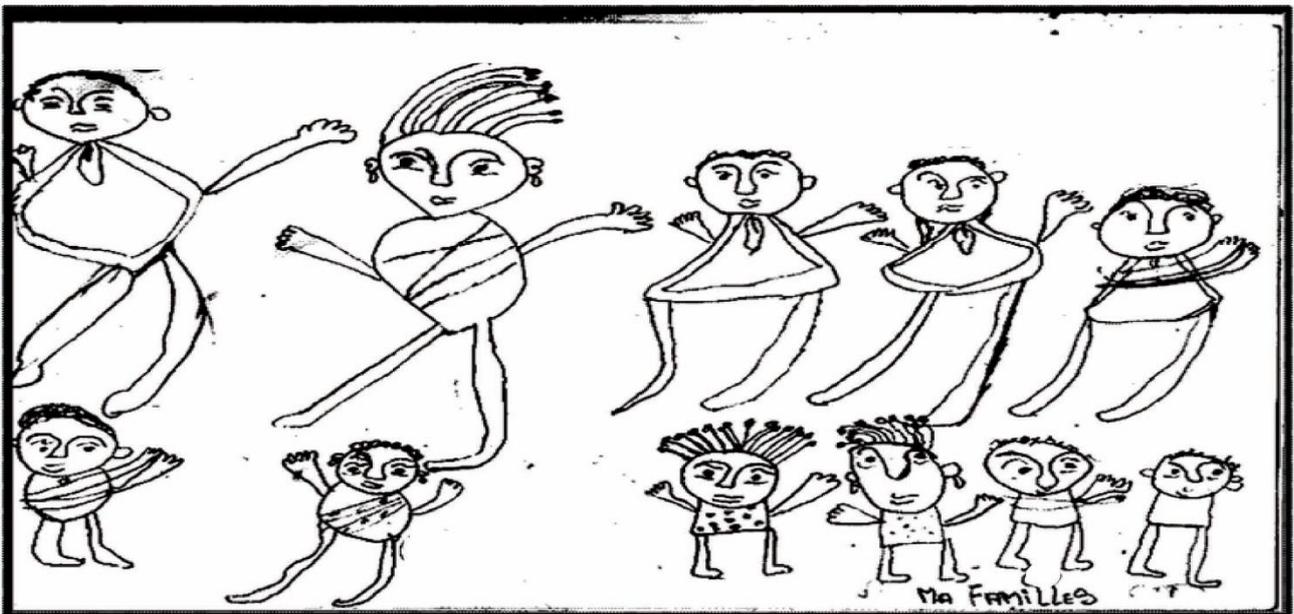
Tableau 32: Calcul des notes standards obtenues par Safira aux facteurs globaux

Facteurs de premier ordre	Q I Extraversion		Q II Anxiété		Q III Dynamisme		Q IV Indépendance	
	+	-	+	-	+	-	+	-
A 5	3 15		1 5			2 10		
B 1						1 1		
C 2				3 6				1 2
E 0	2 0				3 0		4 0	
F 3	3 9				2 6			
G 1	1 1		1 1					1 1
H 4	3 12			1 4	4 16			
I 7			1 7			2 14	1 7	
L 5	1 5		1 5		5 25		1 5	
M 3		1 3		1 3		2 6	3 9	
N 5		1 5						1 5
O 6		1 6	3 18			1 6		2 12
Q ₁ 2						1 2	3 6	
Q ₂ 5		3 15					2 10	
Q ₃ 3				1 3	2 6			
Q ₄ 8	1 8		4 32		1 8			
C	10		25		10		5	
Total +	60		94		76		42	
Total -		- 29		- 21		- 39		- 20
Total Général	60 - 29 = 31		94 - 21 = 73		76 - 39 = 37		42 - 20 = 22	
/ 10	3,1		7,3		3,7		2,2	

V.2.4. Synthèse des interprétations faites aux différents ordres de facteurs

Cette adolescente a une personnalité introvertie, c'est-à-dire qu'elle a tendance à être timide et est tournée vers elle-même plutôt que vers les autres et le monde extérieur. En plus, elle a une disposition émotionnelle marquée par une forte anxiété, ce qui peut être un symptôme pathologique. Dans le même ordre d'idées, cette jeune fille est décrite comme troublée par une émotivité diffuse et peut être de type dépressif. A cela s'ajoute un caractère modéré et passif qui laisse dans une dépendance aux autres.

V.3. Résultats du test de dessin de famille réalisé par Safira



Dessin 5 : Dessin de famille réalisé par Safira

La jeune Safira a dessiné tous les membres de sa famille. Elle s'est appliquée à les dessiner par ordre de naissance, le père, la mère, le premier-né jusqu'au dernier-né. Mais, elle semble avoir fait une catégorisation de ceux-ci en établissant deux (2) lignes. Sur la première ligne, nous avons, le père, la mère et trois (3) de ses frères aînés. Sur la seconde ligne, nous avons d'un côté un autre frère aîné et sa sœur aînée, d'un autre côté, elle dessine quatre (4) autres personnages en se mettant au premier rang des quatre. De plus, cette jeune fille prend le soin d'écrire « **ma familles** » en dessous des trois (3) derniers membres de la famille qui sont,

en réalité, tous, ses cadets. Cette inscription appelle de notre part deux (2) types d'analyse. La première analyse est relative à la forme, et la seconde au fond.

En ce qui concerne la forme, nous remarquons que la jeune fille a mis un "s" à "ma famille", groupe de mots logiquement au singulier. C'est une faute grammaticale. Cela peut traduire chez cette jeune fille une intelligence médiocre en matière scolaire, dans la mesure où elle a le niveau CM2.

S'agissant du fond, on peut admettre que la jeune fille considère comme sa famille ses trois (3) cadets. Pourquoi une telle considération ? Après ses victimisations et sa grossesse, Safira a été, au sein de sa famille, en butte à l'hostilité de ses géniteurs et de ses aînés. Certains ont manifesté le désir de l'expulser de la maison, d'autres ont voulu la voir morte, d'autres encore se sont répandus en invectives contre elle. Mais tous se sont accordés sur le fait qu'elle a porté atteinte à l'honneur de la famille. Selon des siens, c'est à cause de Safira que la famille est devenue la risée du voisinage. Ce sont seulement ses cadets, peut-être parce qu'ils ne comprenaient rien à la situation, qui ont été heureux de la voir et ont été pratiquement ses seuls interlocuteurs.

Les personnages de la première ligne ainsi que les deux (2) premiers de la seconde ligne dessinés ont seulement des visages humains, mais en réalité, ils ressemblent plutôt à des mannequins grotesques qui personnifient le carnaval. Leurs membres inférieurs sont désarticulés, et donnent l'impression de pendre. Les membres supérieurs sont, quant à eux, disproportionnés, et les troncs n'ont rien d'humain. Ce sont des personnages carnavalesques. Pour elle, la plupart des éléments de la famille sont en carnaval. Plus couramment, le carnaval est synonyme de divertissement, de réjouissance. Ce qui veut dire que les sept (7) premiers personnages sont en train de se réjouir.

Les interprétations que nous pouvons faire du dessin de cette adolescente sont les suivantes. Premièrement, sa représentation de la famille est modifiée. Pour elle, la famille est nombreuse certes, mais celle-ci n'est plus cette base de sécurité où les enfants peuvent grandir. Elle n'offre aucune garantie de protection. Sa famille donc n'intègre plus les sept (7) premiers membres, parce que ces derniers, plutôt que de se soucier ou de se pencher sur ses douleurs, préfèrent s'adonner à leurs loisirs et plaisirs. Ils font ce qu'ils veulent, se livrent à cœur joie à leurs hobbies. Les aînés qui devraient être au soin des tout-petits, sont au contraire occupés à autres choses, au lieu de prendre son problème et celui de ses cadets à cœur. Donc pour elle, la famille est autant coupable que ses bourreaux parce qu'elle ne répond pas à ses

attentes. Elle a perdu la sérénité familiale et considère la famille comme un brouhaha autour d'elle. Elle aurait souhaité, comme ses aînés, jouer, s'amuser et se divertir.

V.4. Résultats de Safira aux diagnostics cliniques

Nous présentons ici deux (2) résultats ; d'abord, des informations recueillies des archives de la structure qui avait précédemment suivi l'enquête (premier tableau) et ensuite, les données de la collecte faite par nous-même dans le cadre de cette étude (deuxième tableau).

Tableau 33: Symptômes présentés par Safira tels que relevés à ODAFEM

Catégories de Symptômes	Manifestations cliniques
Symptômes d'intrusion ou de reviviscence	Rêves répétitifs de l'événement provoquant un sentiment de détresse
Symptômes d'évitement et d'émoussement	Effort pour éviter les endroits ou les gens qui éveillent des souvenirs du traumatisme, sentiment de devenir étranger par rapport aux autres, sentiment d'avenir bouché
Symptômes Neurovégétatifs	Difficulté d'endormissement, accès de colère, réaction de sursaut exagérée

Le psychologue de la structure avait déjà relevé ces symptômes chez Safira. Ce sont des symptômes post-traumatiques.

Tableau 34: Résultats du test d'inventaire-échelle administré à Safira

	RUBRIQUES	MANIFESTATIONS CLINIQUES
SYNDROME DE REPETITION (Spécifique)	1- RICHESSE DU SD DE REPETITION	Illusion, rumination mentale, cauchemar
	2 - VECU PSYCHIQUE DU SD DE REPET.	Colère, vécu d'abandon, sentiment d'étrangeté
	3- ACCOMPAGNEMENT NEUROVEGETATIF	Nœuds à la gorge, pâleur, céphalées
	4- FREQUENCE DES REPETIONS	Une fois par semaine
	5- SENSIBILITE AUX STIMULI	Très sensible à stimuli spécifiques
AUTRES SYMPTÔMES NEVROTIQUES (Non-spécifiques)	6- ANXIETE GENERALISEE	Perte de contrôle émotionnel
	7- ASTHENIE	Fatigue au réveil
	8- SYMPTÔMES DE PSYCHONEVROSES	Phobie de se retrouver seule dehors
	9- TROUBLES PSYCHOSOMATIQUES	Céphalées, douleurs au bas-ventre
	10- TOUBLES DU COMPORTEMENT	Crises de larmes
PERSONNALITE TRAUMATO-NEVROTIQUE (Spécifique)	11- ETAT D'ALERTE	Sommeil léger, prospection anxieuse de l'environnement
	12- SYNDROME D'EVITEMENT	Efforts pour éviter pensées évoquant le trauma
	13- PERTES DES INTERÊTS	Sentiment d'avenir bouché, détachement du monde extérieur
	14- REGRESSION NARCISSIQUE	Exigence d'attention et de considération
	15- RELATION SOCIALE	Sentiment d'être incomprise, non soutenue

Les symptômes révélés se retrouvent encore dans le diagnostic fait par nous chez cette jeune fille. On note donc un maintien des premiers symptômes qui sont manifestement ceux du PTSD.

V.5. Conclusion des résultats de Safira

La jeune fille Safira a une personnalité plutôt orientée vers l'intérieur parce qu'elle a tendance à être timide et inhibée dans ses contacts ; elle est tournée vers elle-même plutôt que vers les autres, traduisant un syndrome de repli sur soi. Les expressions de sa personnalité dénoncent également une forte anxiété. Ce qui signifie qu'elle a du mal à conserver sa tranquillité et à se contenir. Actuellement, elle gère les difficultés de la vie avec moins de calme parce qu'elle est soumise à ses impulsions. Ce qui explique qu'elle présente une anxiété infantile dans lesdites difficultés. Soucieuse et ayant une fragile confiance en elle-même, Safira est découragée par ses aptitudes à satisfaire à des bonnes règles de conduite et éprouve un profond sentiment d'infériorité. En cela, sa grande anxiété pourrait être un symptôme pathologique, névrotique, associée à une certaine inadaptation. Elle perturbe son rendement et engendre des troubles somatiques et psychologiques. Pessimiste, cette adolescente se montre généralement irritable et facilement contrariée par les choses et les gens. Elle manque de contrôle de la volonté et est caractérisée par de nombreuses inadaptations affectives. Ainsi, elle est indépendante et ressent de la culpabilité.

VI. CAS N°6 : SUJET MARTHE

VI.1. Résultats de l'anamnèse de Marthe

VI.1.1. Identification

Marthe est âgée de 17 ans. Elle est déscolarisée après avoir arrêté sa scolarité en classe de CM2. Elle est originaire de la ville de Man et vit précisément au quartier Gbêpleu.

VI.1.2. Histoire familiale et personnelle

La jeune Marthe est issue d'une famille nombreuse. Son père s'est marié à trois (3) femmes avec qui il a eu dix-neuf (19) enfants. Avec sa mère, son père a eu trois (3) enfants. Vivant au sein de cette famille, Marthe a néanmoins pu être scolarisée. Mais son parcours scolaire a été interrompu de 2002 à 2004 du fait de la guerre. Elle était alors en classe de

CM1. Elle a néanmoins repris les cours en 2004, mais dit avoir définitivement mis fin à sa scolarité en classe de CM2, soit une année après sa reprise des cours. En effet, ses parents n'avaient plus les moyens de faire face aux charges scolaires. Par ailleurs, au cours de la guerre, cette adolescente dit avoir été enlevée par des hommes en armes qu'elle a identifiés comme des rebelles libériens : *« un jour, je revenais du marché et des rebelles libériens du MPIGO m'ont attrapée sur la route, au quartier Domauraud, et sont partis avec moi »*. Elle a déclaré avoir passé plusieurs semaines dans le camp de ses kidnappeurs. Et Marthe dit devoir son salut à l'une des ripostes des forces gouvernementales : *« quand les rebelles ont appris que les loyalistes allaient attaquer, ils ont abandonné le camp et laissé tous ceux qu'ils ont attrapés. C'est comme ça que nous avons fui et nous nous sommes sauvés »*. Cette jeune fille nous a aussi fait part de ses expériences dans le camp. Nous en donnons ici des aspects : *« dans le camp là-bas, j'ai trouvé des femmes et des jeunes filles. On ne pouvait pas sortir. Elles faisaient le ménage pour eux (les rebelles). Ils couchaient avec elles à plusieurs et souvent quand elles refusaient, ils les menaçaient avec leurs armes ou les frappaient. Parmi les rebelles, certains parlaient anglais, d'autres français, d'autres encore yacouba ou dioula. Dans le camp, les jeunes qui combattaient et ceux qui nous surveillaient avaient des armes et des couteaux et les rebelles leur donnaient des feuilles qu'ils fumaient et ils buvaient des liquides bizarres. Quand ils prenaient ça, ils devenaient nerveux et violents et c'est en ces moments qu'ils violaient beaucoup les femmes et les filles »*. Le constat que nous avons fait, c'est que dans son récit, cette jeune fille a parlé des autres sans évoquer son cas. Nous lui avons donc demandé de nous raconter ce qu'elle a vécu en termes d'expériences personnelles. Elle nous a dit qu'elle avait seulement fait le ménage et n'avait été victime d'aucune violence d'ordre sexuel. Si en apparence, notre enquêtée semble ne pas présenter de problèmes psychologiques, elle nous a révélé qu'elle connaît des problèmes d'ordre matériel et financier, en somme des difficultés sociales. En effet, elle est fille-mère et le père de son fils est un jeune désœuvré. Elle n'arrive pas à assurer les charges de sa petite famille. Marthe est donc livrée à elle-même, avec son bébé de deux (2) ans. C'est une jeune fille qui est en proie aux difficultés de la vie quotidienne que nous avons rencontrée et vue.

Mais un fait qui nous a particulièrement marqué dans l'histoire de cette jeune fille, c'est son âge de parturition (15 ans). Ce fait n'a pas manqué de nous interroger et, cherchant à en savoir davantage, Marthe nous a confié que le père de son enfant était le cinquième homme qu'elle avait connu. Cela met en évidence la précocité du passage à l'acte sexuel avec une

tendance à la multiplication de partenaires sexuels. Quel sens peut revêtir une telle situation ? Cette situation peut être chez un(e) adolescent(e) un signe clinique de troubles de comportement sexuel. Au regard des faits, nous sommes portés à croire que cette jeune fille a été, pendant son enlèvement et sa captivité, victime d'abus sexuel. Mais elle a évité d'aborder cet aspect de son expérience qui est associé ou évocateur du trauma.

VI.2. Résultats de Marthe au test de 16 PF.

VI.2.1. Correction de test et représentation graphique

Tableau 35 : Correction de test de Marthe pour les notes obtenues en facteurs de premier ordre

FORME B		
Facteurs	Notes brutes	Notes standards
A	10	05
B	06	04
C	12	04
E	08	02
F	14	04
G	08	02
H	15	06
I	08	03
L	10	05
M	12	04
N	09	05
O	15	06
Q1	14	07
Q2	08	05
Q3	06	02
Q4	13	04

Dans les lignes qui suivent, nous ferons la représentation graphique et l'interprétation des notes obtenues aux (16) facteurs de premier ordre.

FEUILLE DE PROFIL DU 16 PF DE Marthe

FACTEUR	NOTES BRUTES		NOTES BASSES	ETALONNAGE EN 11 CLASSES											NOTES ELEVEES								
	Forme B	Note stand.		0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ↓ ↓ ↓ ↓ ↓ ↓ ↓ ↓ ↓ ↓ ↓																			
A	10	05	Réservé, détaché, critique, distant, rigide. Sizothymie																				Ouvert, chaleureux, facile à vivre, coopérant. Affectothymie
B	06	04	Lenteur d'esprit. Niveau intellectuel bas																				Esprit brillant. Niveau intellectuel élevé
C	12	04	Émotif, tourmenté, versatile. Faiblesse du moi																				Stable, émotionnellement mûr, calme, fait face à la réalité. Force du moi
E	08	02	Modeste, doux, cède facilement, docile, accommodant. Soumission																				Autoritaire, agressif, esprit de rivalité, entêté. Domination
F	14	04	Posé, silencieux, sérieux. Désurgence																				Insouciant, enthousiaste. Surgence
G	08	02	Opportuniste, qui esquivé les lois. Faiblesse du moi																				Conscientieux, tenace, moralisateur, posé. Force du surmoi
H	15	06	Timide, méfiant. Threctia																				Audacieux, spontané, sociable. Parmia
I	08	03	Dur, satisfait de soi, réaliste. Harria																				Tendre, sensible, dépendant. Premsia
L	10	05	Confiant, accommodant. Alaxia																				Souçonneux, difficilement dupe. Protension
M	12	04	Pratique, soumis aux contingences. Praxernia																				Imaginatif, bohème, distrait. Autia
N	09	05	Direct, sans prétention, sincère, mais maladroit en société. Naiveté																				Rusé, policé, socialement averti. Clairvoyance
O	15	06	Confiant, placide, sans anxiété, optimiste, serein. Harmonie tranquille																				Anxieux, sentiment de culpabilité, inquiet, tourmenté. Tendance à se culpabiliser
Q ₁	14	07	Conservateur, respectueux de la tradition. Conservatisme																				Innovateur, libéral. Radicalisme
Q ₂	08	05	Dépendant du groupe, « suiveur », adepte convaincu. Attachement au groupe																				Se suffisant à lui-même, plein de ressources, résolu. Indépendance personnelle
Q ₃	06	02	Incontrôlé, en conflit avec soi, négligent, impulsif, néglig. des convenances. Faible intégration																				Contrôlé, exigeant, formaliste, soucieux de son image. Forte maîtrise de soi
Q ₄	13	04	Détendu, tranquille, nonchalant, calme. Faible tension ergétique																				Tendu, frustré, surmené. Haute tension ergétique

Tableau 36 : Tableau graphique du profil de personnalité de Marthe.

VI.2.2. Interprétation des mesures des facteurs primaires.

La note basse (2) obtenue par Marthe en facteur E révèle chez cette jeune fille une tendance à céder facilement aux autres, à se conformer, à être docile. Souvent, elle est dépendante, ressent de la culpabilité, a un souci obsessionnel des convenances. La passivité dont elle fait preuve est un symptôme névrotique.

En l'échelle primaire G, la jeune Marthe a réalisé un score faible (2). Ce score est indicatif d'un comportement frivole, inconstant, indolent et impatient. Aussi dénonce-t-elle une tendance au relâchement et à la négligence. C'est une personne caractérisée par un Surmoi faible, qui est moins encline à se sentir limitée par les règles et les conventions. Elle ne fait guère d'effort pour participer à des entreprises collectives. Son indépendance à l'égard de toute influence de groupe peut l'entraîner à des comportements asociaux, car la force du Surmoi basse est associée avec le vol, le mépris de la loi et de l'ordre ainsi que des accès de colère.

La mesure de la dimension de premier ordre I est « négative » à cause de la note obtenue par cette enquêtée : (3). Cette note faible est l'indice d'une tournure d'esprit pratique et réaliste. Marthe se montre insensible, méprisante et cynique. Par ailleurs, elle se montre sceptique à l'égard d'élaborations subjectives.

Le calcul de la note standard du facteur Q1 donne (7). Cela traduit que cette adolescente est encline à rejeter les méthodes éprouvées en faveur de nouvelles approches. Ses attitudes et ses opinions sont susceptibles d'être assez peu conventionnelles, avec une tendance à préférer des environnements où elle se sent libre de ses mouvements. Par conséquent, elle ignore parfois la valeur de la sagesse acquise précédemment.

En ce qui concerne Q3, le score réalisé par cette jeune fille est (2). Ce score faible en cette échelle décrit une personne en conflit avec elle-même. De ce fait, Marthe manque de contrôle de sa volonté et ne se soucie pas des exigences de la vie en société. Elle est soumise à ses impulsions, n'est pas prévenante, ni consciencieuse. En plus, elle peut se sentir parfois mal adaptée, car de nombreuses inadaptations, spécialement affectives mais non délirantes, la caractérisent.

VI.2.3. Calcul et interprétation des notes standards aux facteurs globaux

Les mesures des facteurs globaux de personnalité de Marthe sont toutes dans la moyenne. Elles traduisent, à cet effet, un dédoublement de la personnalité chez cette jeune fille.

Ainsi, en l'échelle QI où l'introversion et l'extraversion sont opposées, l'enquêtée alterne les deux types de caractères, c'est-à-dire que suivant les circonstances, elle est soit introvertie, soit extravertie.

Les pondérations faites en cette facette QII (Anxiété) indiquent que Marthe totalise (5). Ce qui signifie que la jeune fille intègre dans un rapport de symétrie faible et forte anxiété, c'est-à-dire que celles-ci coexistent. En d'autres mots, souvent, la sujette mène une vie satisfaisante dénuée de toute anxiété, et souvent elle est en proie à une forte humeur anxieuse.

Le constat est le même au facteur QIII (Dynamisme). Ici, Marthe a généralement tendance à équilibrer dureté et sensibilité, fermeté et réceptivité. Elle peut parfois s'obstiner dans sa manière de penser, alors qu'à d'autres moments, elle peut être ouverte à d'autres approches et expériences.

C'est le même son de cloche à l'échelle globale QIV (Indépendance). De fait, cette jeune fille est tantôt accommodante, timide, soumise et facilement influençable ; tantôt elle présente une conduite délibérée et une grande indépendance. En outre, elle peut être agressive.

Tableau 37: Calcul des notes standards obtenues par Marthe aux facteurs globaux

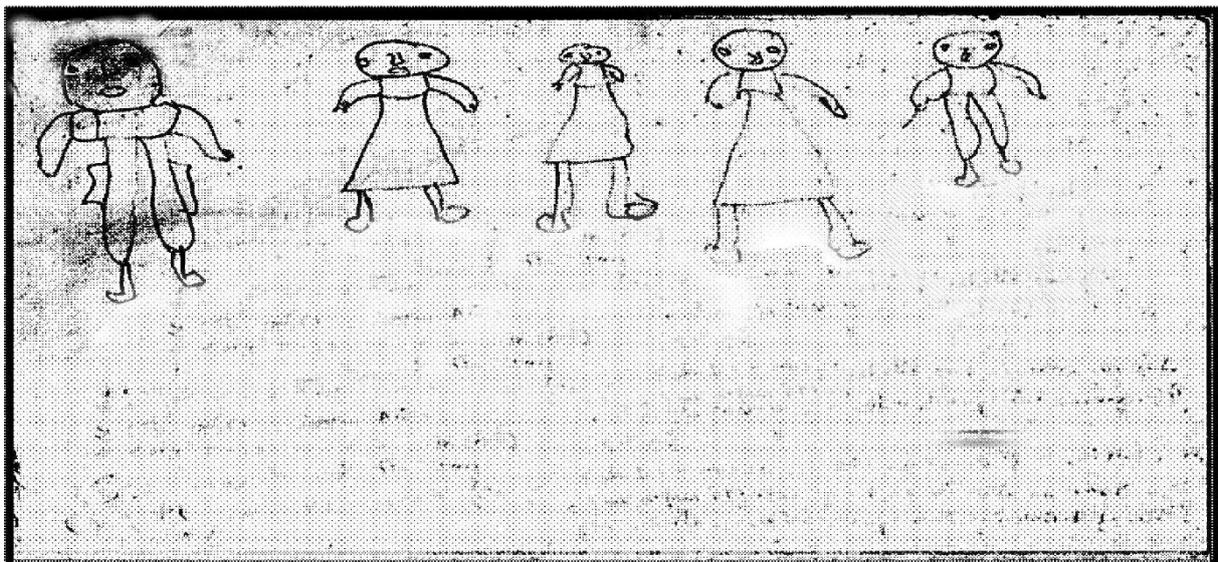
Facteurs de premier ordre	Q I Extraversion		Q II Anxiété		Q III Dynamisme		Q IV Indépendance	
	+	-	+	-	+	-	+	-
A 5	3 15		1 5			2 10		
B 4						1 4		
C 4				3 12				1 4
E 2	2 4				3 6		4 8	
F 4	3 12				2 8			
G 2	1 2		1 2					2 2
H 6	3 18			1 6	4 24			
I 3			1 3			2 6	1 3	
L 5	1 5		1 5		5 25		1 5	
M 4		1 4		1 4		2 8	3 12	
N 5		1 5						1 5
O 6		1 6	3 18			1 6		2 12
Q ₁ 7						1 7	3 21	
Q ₂ 5		3 15					2 10	
Q ₃ 2				1 2	2 4			
Q ₄ 4	1 4		4 16		1 4			
C	10		25		10		5	
Total +	70		68		81		64	
Total -		- 30		- 24		- 41		- 23
Total Général	70 - 30 = 40		74 - 24 = 50		81 - 41 = 40		64 - 23 = 41	
/ 10	4		5		4		4,1	

VI.2.4. Synthèse des interprétations faites aux différents ordres de facteurs

Les interprétations des mesures des échelles de premier et de second ordre montrent une constante dans la variation de la personnalité de Marthe. En effet, mis à part des traits proéminents sur lesquels nous nous sommes attardé en facteurs primaires E (2), G (2), Q1 (7) et Q3 (2), toutes les autres échelles primaires ainsi que les quatre (4) dimensions globales montrent que l'allure générale du profil de la personnalité de cette adolescente est dans la moyenne. Cette tendance traduit une bipolarité de la personnalité. La tournure que prend cette personnalité est soutenue par les pondérations faites en facteurs primaires, A (5), B (4), C (4), F (4), H (6), L (5), M (4), N (5), O (6), Q2 (5), Q4 (4), ainsi que les notes que donne le calcul des dimensions de second ordre QI (4), QII (5), QIII (4), QIV (4,1). C'est donc une jeune fille caractérisée par une versatilité constante dont on ne peut, de manière péremptoire, définir la personnalité.

En psychologie, cela est symptomatique d'un trouble de personnalité : le trouble de dédoublement de la personnalité dans la mesure où chez la même sujette, deux (2) types de comportement sont présents, l'un normal et adapté, l'autre pathologique, montrant un caractère d'automatisme.

VI.3. Résultat du test de dessin de famille réalisé par Marthe



Dessin 6 : Dessin de famille réalisé par Marthe

La jeune fille a reproduit dans l'ordre, à commencer par la gauche, le père, la mère, sa sœur cadette, elle-même et son frère cadet. Elle a une manière singulière de dessiner les hommes et les femmes. On peut suspecter, dans le dessin de cette jeune fille, des conflits dans la fratrie. En effet, elle a fait une classification claire. Elle ne considère comme frères, que les enfants nés de l'union entre son père et sa mère. Les autres demi-frères ne font pas partie de sa représentation de la famille. Elle met en évidence les éternels rapports fratricides dans les foyers polygames.

Par ailleurs, en analysant les différents personnages dessinés par cette jeune fille, un constat général s'en dégage : les personnages n'ont pas de doigts. Cela peut soulever un coin du voile sur le monde intérieur de cette victime qui est peut être dominé par le souvenir de certaines atrocités vécues le temps de sa captivité. Le milieu de la guerre et singulièrement le milieu rebelle est caractérisé par la barbarie, l'inhumanité et la cruauté. En effet, plusieurs témoignages font état de pratiques d'actes de torture, notamment la mutilation dans ce milieu. Aussi notons-nous l'aspect des dessins. Les différents personnages ont été faits de façon lapidaire et sont sans vie, sans chaleur. On peut supposer que l'enquêtée ne sait pas dessiner. Mais, au-delà de cette apparence, c'est l'état mental de notre sujet qui est mis en évidence. De fait, nous sommes en présence d'une adolescente qui souffrirait d'un sentiment persistant de vide et qui manquerait de confiance en elle. Elle serait incapable de s'affirmer et éprouverait un profond sentiment de dévalorisation ; elle serait marquée par des événements de son passé.

VI.4. Résultats du test aux diagnostics cliniques

Nous présentons ici deux (2) résultats ; d'abord, des informations recueillies des archives de la structure qui avait précédemment suivi l'enquêtée (premier tableau) et ensuite, les données de la collecte faite par nous-même dans le cadre de cette étude (deuxième tableau).

Tableau 38: Symptômes présentés par Marthe tels que relevés à ODAFEM

Catégories de Symptômes	Manifestations cliniques
Symptômes d'intrusion ou de reviviscence	Souvenirs intrusifs, agir « comme si »
Symptômes d'évitement et d'émoussement	Eviter pensées et sentiments évocateur, réduction d'intérêt pour activité antérieure, avenir bouché
Symptômes Neurovégétatifs	Sommeil interrompu, difficulté de concentration

La jeune Marthe avait déjà été diagnostiquée comme présentant des symptômes qui sont ceux de l'ESPT.

Tableau 39: Résultats du test d'inventaire-échelle administré à Marthe

	RUBRIQUES	MANIFESTATIONS CLINIQUES
SYNDROME DE REPETITION (Spécifique)	1- RICHESSE DU SD DE REPETITIO	Hallucination, Cauchemar,
	2 - VECU PSYCHIQUE DU SD DE REPET.	Frayeur, vécu de rêve, détresse.
	3- ACCOMPAGNEMENT NEUROVEGETATIF	Tremblements, sueur, tachycardie
	4- FREQUENCE DES REPETIONS	Plusieurs fois par an
	5- SENSIBILITE AUX STIMULI	Très sensible à stimuli spécifiques
AUTRES SYMPTÔMES NEVROTiques (Non-spécifiques)	6- ANXIETE GENERALISEE	Sentiment d'insécurité
	7- ASTHENIE	Epuisement à l'effort, fatigue musculaire
	8- SYMPTÔMES DE PSYCHONEVROSES	AUCUN
	9- TROUBLES PSYCHOSOMATIQUES	Alopécie
	10- TOUBLES DU COMPORTEMENT	Multiplication de partenaires sexuels
PERSONNALITE TRAUMATO-NEVROTIQUE (Spécifique)	11- ETAT D'ALERTE	Sommeil léger
	12- SYNDROME D'EVITEMENT	Amnésie psychogène de certains aspects du trauma
	13- PERTES DES INTERÊTS	Baisse de rendements, Perte d'initiative
	14- REGRESSION NARCISSIQUE	Quête d'affection
	15- RELATION SOCIALE	Irritabilité

Les symptômes révélés se retrouvent encore dans le diagnostic fait par nous chez cette adolescente. On note donc un maintien des premiers symptômes qui sont manifestement ceux du PTSD.

VI.5. Conclusion des résultats de Marthe

L'allure générale du profil de la personnalité de Marthe est traduite par une bipolarité de la personnalité. Cette versatilité constante fait qu'on ne peut, de manière péremptoire, définir la personnalité de cette jeune fille.

En psychologie, cette tournure est symptomatique d'un trouble de personnalité : le trouble de dédoublement de la personnalité dans la mesure où chez la même sujette, deux (2) types de comportement sont présents, l'un normal et adapté, l'autre pathologique, montrant un caractère d'automatisme. Les incidences de la guerre dans la vie de cette jeune fille pourraient expliquer la personnalité de cette jeune fille. Sa personnalité ayant été remaniée par la guerre, ceci établit une nouvelle manière de voir, de percevoir et de sentir les choses. En cette jeune fille, on peut suspecter un conflit véritable entre deux (2) manières de voir et de percevoir les choses, entre deux (2) systèmes de valeurs. Ce conflit serait visible dans la production graphique de cette adolescente où les rapports intrafamiliaux semblent conflictuels.

VII. CAS N°7 : SUJET ELIOT

VII.1. Résultats de l'anamnèse d'Eliot

VII.1.1. Identification

Le jeune Eliot, âgé de 16 ans, est élève en classe de 4^{ème}. Il est, aujourd'hui, du fait de la guerre, sans père. Il vit dans la ville de Man avec sa mère, ses frères et sœurs au quartier Douyagouiné 1.

VII.1.2. Histoire familiale et personnelle

Troisième d'une famille de cinq (5) enfants, Eliot vit aujourd'hui au sein d'une famille monoparentale. Il vit avec sa mère, ses deux (2) sœurs aînées et ses deux (2) cadets (un petit frère et une petite sœur). En effet, le père du jeune Eliot est porté disparu depuis le déclenchement de la guerre en 2002. Exerçant à la Mairie de Bouaké, M. G. serait allé un matin au travail et n'en est plus jamais revenu. Ayant attendu en vain, des jours durant, le

retour de son époux, dame G., mère du jeune Eliot, présumant que le père de ses enfants était mort, a pris la résolution de quitter la ville.

Ainsi, Eliot et sa famille, déjà bouleversés par cette disparition, ont été obligés de se lancer sur la périlleuse et aventureuse route de l'exode. Ainsi après de longues heures de marche, ils sont parvenus à Tiébissou ⁽¹⁾. Dans ladite localité, ils ont réussi à emprunter un véhicule qui leur a permis de rallier la ville de Yamoussoukro, capitale politique du pays, sous contrôle gouvernemental. Recueillie au centre Miégou où elle a passé trois (03) jours, la famille du jeune Eliot a pu regagner la ville de Man, localité d'origine des parents d'Eliot. Au moment des faits, ce jeune garçon n'avait que 10 ans. Et il a déclaré avoir effectué d'autres déplacements avec sa famille pour les mêmes raisons : **« Quand nous sommes arrivés à Man, la guerre nous a trouvés encore là-bas. Nous sommes allés dans le village de ma mère à Gouêpleu. Nous y avons fait un an. Ensuite, nous sommes allés passer une année entière dans le village sur recommandation de mon petit papa, avant de revenir à Man où nous sommes depuis 2004 »**. Tels sont les dires de notre interlocuteur.

Ce jeune garçon nous a confié qu'à cause des différentes pertes subies (le père, principale ressource financière de la famille, abandon de tous les biens à Bouaké dans la fuite), sa famille et lui éprouvent d'énormes difficultés socioéconomiques. En témoignent ses propos : **« A cause de la guerre, les choses ont changé. On a tout perdu et la vie est devenue difficile depuis que papa est mort. La vie à la maison n'est plus comme avant. On mange une fois par jour et on ne mange pas bien. Souvent même, on ne gagne pas à manger. Pour nous acheter des habits, c'est difficile. Et puis, le propriétaire de la maison dans laquelle nous vivons menace de nous chasser parce que maman n'arrive plus à payer le loyer. Elle est malade, elle souffre d'onchocercose et elle n'a pas l'argent pour se soigner. Elle vend un peu devant la cour, mais ça ne marche pas »**.

Cet adolescent avait les larmes aux yeux quand il nous parlait. Mais à la fin de son récit, il craqua, se mit à pleurer en versant d'abondantes larmes. Cela suppose que sans autre ressource pour se soulager de sa situation sociale précaire, cet enfant a choisi de donner libre cours à la fièvre de ses émotions.

¹Ville du centre du pays, située à 300 Km d'Abidjan, et à environ 35 Km de Yamoussoukro

VII.2. Résultats d'Eliot au test de 16 PF.

VII.2.1. Correction de test et représentation graphique

Tableau 40 : Correction de test d'Eliot pour les notes obtenues en facteurs de premier ordre

FORME B		
Facteurs	Notes brutes	Notes standards
A	08	04
B	04	01
C	06	00
E	06	00
F	14	04
G	07	02
H	09	03
I	08	05
L	14	07
M	08	02
N	10	06
O	14	05
Q1	10	05
Q2	08	05
Q3	12	06
Q4	07	01

Nous présenterons graphiquement les mesures des dimensions primaires de ce tableau. Ensuite, nous en ferons l'interprétation.

FEUILLE DE PROFIL DU 16 PF d'Eliot.

FACTEUR	NOTES BRUTES		NOTES BASSES	ETALONNAGE EN 11 CLASSES											NOTES ELEVEES				
	Forme B	Note stand.		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10					
A	08	04	Réservé, détaché, critique, distant, rigide. Sizothymie															A	Ouvert, chaleureux, facile à vivre, coopérant. Affectothymie
B	04	01	Lenteur d'esprit. Niveau intellectuel bas															B	Esprit brillant. Niveau intellectuel élevé
C	06	00	Émotif, tourmenté, versatile. Faiblesse du moi															C	Stable, émotionnellement mûr, calme, fait face à la réalité. Force du moi
E	06	00	Modeste, doux, cède facilement, docile, accommodant. Soumission															E	Autoritaire, agressif, esprit de rivalité, entêté. Domination
F	14	04	Posé, silencieux, sérieux. Désurgence															F	Insouciant, enthousiaste. Surgence
G	07	02	Opportuniste, qui esquive les lois. Faiblesse du moi															G	Conscientieux, tenace, moralisateur, posé. Force du surmoi
H	09	03	Timide, méfiant. Threctia															H	Audacieux, spontané, sociable. Parmia
I	08	05	Dur, satisfait de soi, réaliste. Harria															I	Tendre, sensible, dépendant. Premsia
L	14	07	Confiant, accommodant. Alaxia															L	Souçonneux, difficilement dupe. Protension
M	08	02	Pratique, soumis aux contingences. Praxernia															M	Imaginatif, bohème, distrait. Autia
N	10	06	Direct, sans prétention, sincère, mais maladroit en société. Naiveté															N	Rusé, policé, socialement averti. Clairvoyance
O	14	05	Confiant, placide, sans anxiété, optimiste, serein. Harmonie tranquille															O	Anxieux, sentiment de culpabilité, inquiet, tourmenté. Tendance à se culpabiliser
Q ₁	10	05	Conservateur, respectueux de la tradition. Conservatisme															Q ₁	Innovateur, libéral. Radicalisme
Q ₂	08	05	Dépendant du groupe, « suiveur », adepte convaincu. Attachement au groupe															Q ₂	Se suffisant à lui-même, plein de ressources, résolu. Indépendance personnelle
Q ₃	12	06	Incontrôlé, en conflit avec soi, négligent, impulsif, néglig. des convenances. Faible intégration															Q ₃	Contrôlé, exigeant, formaliste, soucieux de son image. Forte maîtrise de soi
Q ₄	07	01	Détendu, tranquille, nonchalant, calme. Faible tension ergétique															Q ₄	Tendu, frustré, surmené. Haute tension ergétique

Tableau 41 : Tableau graphique du profil de personnalité d'Eliot

VII.2.2. Interprétation des mesures des facteurs primaires

La mesure du facteur B pour Eliot est (1). Cette note basse indique une certaine lenteur d'esprit, qu'il s'agisse d'apprendre ou de comprendre. Le jeune garçon est plutôt lourd, enclin à une interprétation concrète et littérale. Cette pesanteur d'esprit peut n'être que le reflet d'une intelligence médiocre ; elle peut également traduire une pauvreté intellectuelle d'ordre psychopathologique.

Le calcul de la note standard en facteur C donne la note faible (0). C'est un individu qui a une faiblesse marquée du Moi, manquant de tolérance à la frustration. Il a tendance à être versatile, influençable, à éluder les exigences de la réalité. Il est irritable et émotif, facilement contrarié et insatisfait de tout ; il présente des symptômes névrotiques tels que la fatigue névrotique, les craintes irrationnelles, les troubles du sommeil et du caractère, ainsi que divers troubles psychosomatiques.

La note obtenue par Eliot à l'échelle E est très basse (0). Ce qui décrit le jeune homme comme une personne qui a tendance à céder facilement aux autres, à se conformer et à être docile. Souvent, il est dépendant, ressent de la culpabilité et a un souci obsessionnel des convenances. La passivité dont il fait preuve figure dans bon nombre de syndromes névrotiques.

Eliot a obtenu un score de (2) en la dimension G et est un sujet G- qui est caractérisé par une faiblesse du Surmoi. C'est un individu qui esquivé les lois et les règles et a tendance au relâchement et à la négligence. Il ne fait guère d'effort pour participer à des entreprises collectives, culturelles ou autres. Son indépendance à l'égard de toute influence de groupe peut l'entraîner à des comportements asociaux, tels que le vol, la destruction de propriété, le mépris de la loi et de l'ordre et les accès de colère.

D'après les réponses au questionnaire, Eliot a eu la note basse (3) au facteur H. C'est un enfant H- qui est timide, méfiant, timoré et qui présente un syndrome de repliement sur lui-même. Il est d'une prudence et d'une réserve extrêmes. Il éprouve généralement un sentiment d'infériorité, s'exprime avec lenteur, s'extériorise difficilement et est incapable de maintenir un contact avec l'environnement.

Pour l'échelle L, le score fait par le jeune Eliot est élevé (7). Il se présente comme un sujet méfiant et soupçonneux. Il se montre souvent rigide et égocentrique. Aussi éprouve-t-il des difficultés à faire confiance aux autres et est-il porté généralement à s'interroger sur les motivations qui se cachent derrière les actes et les paroles des autres.

S'agissant de l'échelle M, nous notons que cet adolescent a obtenu (2). C'est l'indice d'un caractère consciencieux. Ce jeune garçon est généralement très soucieux de faire « ce qui convient ». Il accorde beaucoup d'importance aux questions pratiques, n'agit pas au hasard et s'intéresse aux détails.

L'échelle Q4 donne comme note standard (1). L'interprétation de l'expression de la personnalité d'Eliot en Q4- est qu'il est généralement une personne détendue, posée, sereine, satisfaite (dans le sens « non frustré »). Dans certaines situations, cette satisfaction excessive peut le conduire à être paresseux, peu efficient, dans la mesure où, par manque d'ambition, il tente peu d'expériences. Inversement, une hypersensibilité perturbe parfois le rendement scolaire ou professionnel.

VII.2.3. Calcul et interprétation des notes standards aux facteurs globaux

Le score obtenu par Eliot en facteur QI est faible (2,1). C'est une personne introvertie qui garde un certain détachement vis-à-vis des autres et ne se sent pas à l'aise dans la société. Il se suffit à lui-même et a tendance à être timide, inhibé dans ces contacts.

La note du facteur QII (Anxiété) se situe dans la moyenne (4,7). Il n'y a pas d'indice réel d'un profil de personnalité. Cependant, cela traduit un certain dédoublement de la personnalité où le normal et le pathologique se côtoient et coexistent. En ce sens, tantôt il mène une vie dénuée de toute anxiété, tantôt il souffre d'une adaptation à laquelle est associée une forte humeur anxieuse.

La mesure de l'échelle QIII (Emotivité, Dynamisme) est, quant à elle, inférieure à la moyenne : 2,5. Cela signifie qu'Eliot est généralement troublé par une émotivité diffuse et peut même être de type dépressif, frustré. Il est cependant sensible aux raffinements de l'existence et est généralement d'un tempérament doux. Lorsque des difficultés se présentent, il leur accorde beaucoup de réflexion et d'examen avant de se décider à agir.

La note du facteur QII (Anxiété) se situe dans la moyenne (4,7). Il n'y a pas d'indice réel d'un profil de personnalité. Cependant, cela traduit un certain dédoublement de la personnalité où le normal et le pathologique se côtoient et coexistent. En ce sens, tantôt il

mène une vie dénuée de toute anxiété, tantôt il souffre d'une adaptation à laquelle est associée une forte humeur anxieuse.

La mesure de l'échelle QIII (Emotivité, Dynamisme) est, quant à elle, inférieure à la moyenne : 2,5. Cela signifie qu'Eliot est généralement troublé par une émotivité diffuse et peut même être de type dépressif, frustré. Il est cependant sensible aux raffinements de l'existence et est généralement d'un tempérament doux. Lorsque des difficultés se présentent, il leur accorde beaucoup de réflexion et d'examen avant de se décider à agir.

Pour la dimension globale QIV, le score obtenu est inférieur à la moyenne, (2,6). Généralement, cela montre que l'enquêté est d'un caractère modéré, passif. Il vit dans la dépendance des autres. Il a tendance à rechercher l'approbation et l'appui des autres dont il a besoin, et à orienter sa conduite en fonction de ceux qui lui accordent ce soutien.

VII.2.4. Synthèse des interprétations faites aux différents ordres de facteurs

Eliot est une personne introvertie qui garde un certain détachement vis-à-vis des autres et ne se sent pas à l'aise dans un environnement animé et stimulant.

Au facteur QII (Anxiété), il n'y a pas d'indice réel d'un profil de personnalité. Cependant, on note un certain dédoublement de la personnalité où le normal et le pathologique se côtoient et coexistent. En ce sens, tantôt Eliot mène une vie dénuée de toute anxiété, tantôt il souffre d'une inadaptation à laquelle est associée une forte humeur anxieuse.

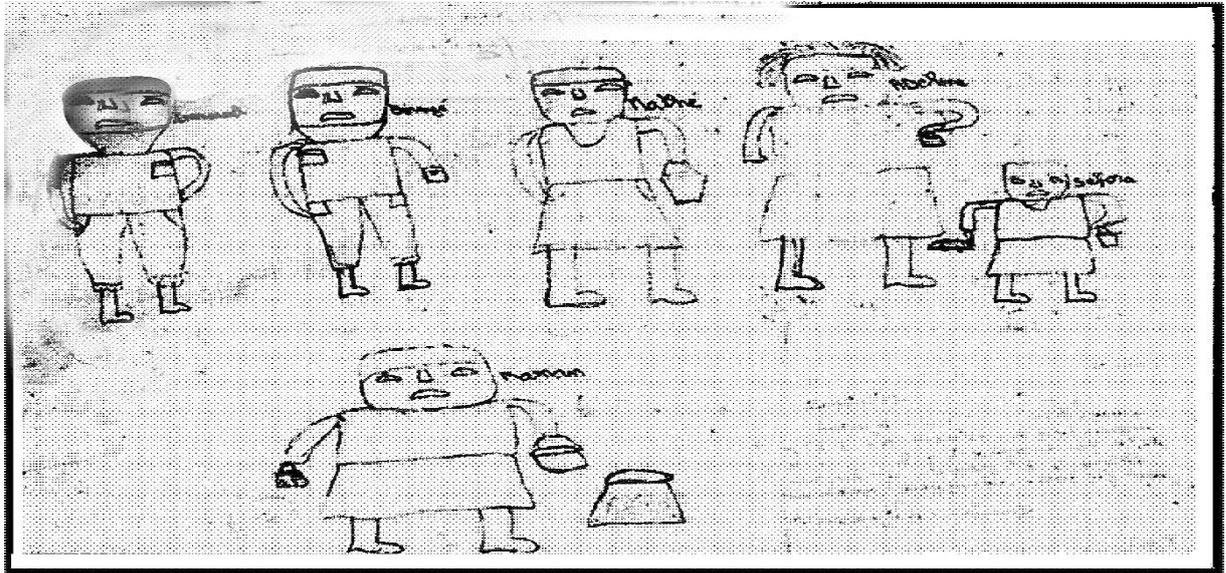
Aussi cet adolescent est-il généralement troublé par une émotivité diffuse et peut même être de type frustré. Il est cependant sensible aux raffinements de l'existence et est généralement d'un tempérament doux. Et ce, au pattern secondaire (Dynamisme)

Pour la dimension globale QIV, l'enquêté présente une disposition marquée par la modération et la passivité. Il vit dans la dépendance des autres et, généralement, Il est enclin à rechercher l'approbation et l'appui des autres dont il a besoin, et à orienter sa conduite en fonction de ceux qui lui accordent ce soutien

Tableau 42: Calcul des notes standards obtenues par Eliot aux facteurs globaux

Facteurs de premier ordre	Q I Extraversion		Q II Anxiété		Q III Dynamisme		Q IV Indépendance	
	+	-	+	-	+	-	+	-
A 4	1 4					4 24		
B 1					1 1		1 1	
C 0				2 0	1 0			
E 0	1 0				1 0		4 0	
F 4	4 16				3 12			
G 2	1 2		1 2			1 2		1 2
H 3	3 9			1 3	1 3		1 3	
I 5		1 5				5 25		
L 7			1 7			2 14	2 14	
M 2				1 2	1 2		3 6	
N 6		1 6				2 12		1 6
O 5		1 5	3 15			1 5		2 10
Q ₁ 5						1 5	2 10	
Q ₂ 5		2 10			1 5		2 10	
Q ₃ 6				1 6		2 12	1 6	
Q ₄ 1	1 1		4 4		1 1			1 1
C	15		30		100			-5
Total +	47		58		124		50	
Total -		- 26		- 11		- 99		- 24
Total Général	47 - 26 = 21		58 - 11 = 47		124 - 99 = 25		50 - 24 = 26	
/ 10	2,1		4,7		2,5		2,6	

VII.3. Résultats du test de dessin de famille réalisé par Eliot



Dessin 7 : Dessin de famille réalisé par Eliot

L'enfant a dessiné six (6) personnes en étant au premier rang et son cadet au second rang. Viennent ensuite ses deux (2) sœurs aînées et la benjamine de la famille. La mère est tout à fait en bas, isolée. Nous remarquons qu'il n'y a dans ce dessin aucun personnage du père. En effet, son père est porté disparu, et dans son esprit, il ne peut plus revoir ce dernier. Il a, peut-être, fait le deuil de son géniteur. Et le fait qu'il se dessine en première position est caractéristique d'un trait de personnalité. De fait, en l'absence du père, cet enfant qui est le premier fils de la famille a intégré le sentiment de paternité. Désormais, il se sent responsable de sa famille et entend assumer pleinement ce rôle. Le fait d'avoir isolé sa mère n'est pas nécessairement synonyme de dépréciation ou de mépris. C'est plutôt que pour cet enfant, seuls les enfants constituent l'avenir et la relève de la famille. Et ce sont eux qui doivent et sont capables de garantir à leur maman une existence comblée (les articles qu'elle a entre les mains et à côté d'elle), tel qu'il doit lui-même garantir aux autres une vie heureuse et épanouie (les autres personnages ont en mains des objets qui peuvent symboliser des jouets, ou des articles de femmes). En revanche, la génitrice des enfants souffrant d'une onchocercose, son isolement dans le dessin pourrait traduire chez Eliot, l'incapacité de celle-ci à relever le défi du redressement de la famille, parce que terriblement éprouvée par la

disparition subite de son époux, principale ressource financière du foyer. Le dessin du jeune met en évidence son humanité et la qualité des relations familiales fraternelles.

VII.4. Résultats d'Eliot aux diagnostics cliniques

Nous présentons ici deux (2) résultats ; d'abord, des informations recueillies des archives de la structure qui avait précédemment suivi l'enquête (premier tableau) et ensuite, les données de la collecte faite par nous-même dans le cadre de cette étude (deuxième tableau).

Tableau 43: Symptômes présentés par Eliot tels que relevés à ODAFEM

Catégories de Symptômes	Manifestations cliniques
Symptômes d'intrusion ou de reviviscence	Rêves répétitifs de l'événement provoquant un sentiment de détresse
Symptômes d'évitement et d'émoussement	Réduction d'intérêt pour activités antérieures, sentiment de détachement d'autrui
Symptômes Neurovégétatifs	Difficulté de concentration, réaction de sursaut exagérée

Les manifestations clinique ci-dessus énumérées est la symptomatologie rencontrée chez Eliot par le psychologue de la structure ODAFEM.

Tableau 44: Résultats du test d'inventaire-échelle administré à Eliot

	RUBRIQUES	MANIFESTATIONS CLINIQUES
SYNDROME DE REPETITION (Spécifique)	1- RICHESSE DU SD DE REPETITION	Agir comme si, souvenirs intrusifs, ruminantion mentale,
	2 - VECU PSYCHIQUE DU SD DE REPET.	Frayeur, vécu de rêve, vécu d'abandon, détresse
	3- ACCOMPAGNEMENT NEUROVEGETATIF	Nœuds à la gorge,
	4- FREQUENCE DES REPETITIONS	Plusieurs fois l'année
	5- SENSIBILITE AUX STIMULI	Un peu sensible à tout stimulus
AUTRES SYMPTÔMES NEVROTIQUES (Non-spécifiques)	6- ANXIETE GENERALISEE	Sommeil léger
	7- ASTHENIE	Difficulté de concentration, épuisement à l'effort
	8- SYMPTÔMES DE PSYCHONEVROSE	AUCUN
	9- TROUBLES PSYCHOSOMATIQUES	AUCUN
	10- TROUBLES DU COMPORTEMENT	Crises de larmes
PERSONNALITE TRAUMATO-NEVROTIQUE (Spécifique)	11- ETAT D'ALERTE	Eveils inquiets au milieu de la nuit
	12- SYNDROME D'EVITEMENT	Efforts pour éviter pensées évoquant le trauma
	13- PERTES DES INTERÊTS	Baisse de rendement
	14- REGRESSION NARCISSIQUE	Exigence d'attention, recherche de protection
	15- RELATION SOCIALE	Méfiance

Les symptômes révélés par la structure ODAFEM se retrouvent encore dans le diagnostic fait par nous chez ce jeune garçon. Ce qui signifie qu'il y a une persistance de la symptomatologie post-traumatique.

VII.5. Conclusion des résultats d'Eliot

Eliot est, par moments, en proie à une forte anxiété. Dans ce cas d'espèce, il est en proie à l'anxiété et la dépression, en raison des multiples problèmes auxquels il est confronté. De fait, il est actuellement affecté par son inaptitude à satisfaire aux exigences de la vie sociale. La situation sociale de sa famille n'est pas neutre dans ce vécu.

Aussi, la tournure de sa personnalité est marquée par une faiblesse du Moi qui se caractérise par un manque de tolérance à la frustration. Le jeune garçon a ainsi du mal à se contenir et à conserver sa tranquillité.

Malgré les difficultés qui les assaillent, lui et sa famille, Eliot est déterminé à réussir. Mais pour lui, l'atteinte de cet objectif n'est possible que dans le cadre d'une interaction avec les siens, c'est-à-dire qu'il a besoin d'eux, de leur compassion, de leur soutien et de leur appui pour se réaliser.

VIII. CAS N°8 : SUJET AMNON

VIII.1. Résultats de l'anamnèse d'Amnon

VIII.1.1. Identification

Agé de 16 ans, Amnon a arrêté les études en classe de CE1 quand il avait neuf (9) ans. Aujourd'hui déscolarisé et désœuvré, il vit à Man. Sans domicile fixe, il vit tantôt chez un tuteur, un ami, tantôt au village à Dompleu. Il est orphelin de guerre.

VIII.1.2. Histoire familiale et personnelle

Amnon est issu d'une famille de cinq (5) enfants. Il occupe le troisième rang dans la fratrie. Son père a été assassiné par les rebelles. Sa mère est ménagère. Veuve, elle a aujourd'hui à sa charge quatre (4) enfants avec qui, elle vit à Dompleu. Cet adolescent vit, quant à lui, à Man où il dit se débrouiller.

Le cours de la vie de ce jeune garçon a été bouleversé quand la guerre s'est imposée dans leur village vers la fin de l'année 2002. De fait, les rebelles du MPIGO étaient arrivés

dans ce village et y ont semé la terreur, frappant, violant les femmes, torturant et tuant les hommes. Son père qui, apparemment, avait de grands biens fut une cible privilégiée de ces hors-la-loi. C'est donc au cours d'une des descentes persécutrices de ces rebelles que son père a perdu la vie. Relatant les circonstances de la mort de son géniteur, notre sujet dit : « ***Quand les rebelles sont arrivés au village, ils sont venus chez nous. Ils ont dit qu'ils voulaient voir mon papa. Quand il s'est présenté, ils l'ont mis à genou et ont commencé à le frapper. Comme mon papa élevait les porcs, ils ont tué tous les porcs. Ensuite, ils sont rentrés dans la maison, ils ont fouillé toute la maison, ils ont pris tous les biens qu'on avait. Ils ont demandé à ma maman et à mon papa de leur donner tout l'argent qu'ils ont. Après ça, ils ont brûlé tous les papiers de mon papa. Ils ont chargé tout ce qu'ils avaient pris chez nous dans leur KIA ⁽¹⁾ et en partant, ils ont tiré sur mon papa et il est mort devant nous*** ».

Cet événement a marqué le jeune Amnon qui a voulu coûte que coûte venger la mort de son père. Et pour assouvir sa vengeance, il a décidé d'intégrer le MPCFI, une autre faction rebelle au sein de laquelle il a passé quatre (4) ans (2002-2006), car a-t-il révélé: « ***C'est à cause de la mort de mon père que je suis entré dans la rébellion. C'est à cause de ce que les libériens ont fait que ma famille est devenue pauvre. Je voulais retrouver ceux qui nous ont rendus pauvres en tuant mon papa. Je suis entré dans le MPCFI pour me venger contre les libériens du MPIGO qui ont frappé et tué mon père***».

Abordant le chapitre de sa vie de combattant, il a fait les révélations suivantes : « ***Quand je suis arrivé, on m'a appris à tirer. Après je surveillais le camp. Quand ça duré un peu, on nous envoyait voler dans les champs ou dans les greniers des villageois. Un peu après, on m'a envoyé au front. J'ai frappé des gens. On nous a fait boire de la drogue. Il y avait la poudre de balle mélangée au "koutoukou" ⁽²⁾, le pétrole, le "ghan" ⁽³⁾, la cocaïne. On nous donnait aussi des comprimés ("queue de cheval", "RITAL – IVO") qu'on buvait avec l'huile DINOR. J'ai violé des femmes. J'ai aussi tiré sur des gens et puis j'ai mis leur sang sur mes fétiches et j'ai bu aussi*** ». Désirant savoir pourquoi il a pris la drogue, il a répondu : « ***on nous donnait la drogue pour qu'on n'ait pas peur et pitié***».

Une fois dans ce mouvement d'opposition armé, ce jeune dit avoir vécu plusieurs expériences qu'il nous a racontées : « ***ma première mission fut à Biankouma sous le***

¹C'est la marque d'un camion à benne

²Boisson de fabrication locale et artisanale très fortement alcoolisée

³Cannabis

commandement de mon chef qui s'appelle " Rougeo". Il m'a demandé d'aller voler dans les champs et les animaux des gens. Après il m'a dit de vendre pour lui de la cigarette et de la drogue. J'ai aussi pris de la drogue. J'ai combattu à l'aéroport de Man contre les loyalistes».

Il dit aussi avoir participé à des expéditions punitives des rebelles dans des villages de la zone, y compris le sien : *«le chef Rougeo partait avec nous dans les villages. Il nous demandait souvent de frapper les vieux et on brûlait les fétiches et les masques des villageois, parce qu'il dit que ce sont les fétiches qui font que nos plans échouent souvent. Il m'a dit de violer ma grande sœur devant tout le monde».*

Il a passé près de quatre (4) années au sein de la rébellion et il a été démobilisé grâce au Projet PDR de l'UNICEF, comme le disent ses propos : *«j'ai été démobilisé par ODAFEM qui m'a retiré du camp de la 2^e compagnie au camp SEA ⁽¹⁾».*

Après sa démobilisation, cet ex-enfant soldat a été en butte au mécontentement des siens, notamment sa mère et son oncle paternel. En effet, il a souligné ceci : *« quand je suis revenu en famille, ma maman était très fâchée, et mon oncle m'a chassé parce qu'il avait dit qu'il ne voulait pas que je sois avec les rebelles ; et je n'ai pas écouté».*

Le volet Réinsertion de ce projet a permis de confier cet enfant à un maître artisan. Mais le jeune Amnon n'a pas poursuivi ce cycle d'apprentissage. A cet effet, le processus de réinsertion qui avait été entamé n'a pas pu être conduit à son terme. Aux dires de son maître artisan, son apprenti était un enfant difficile. Voici son témoignage : *« Amnon a un comportement difficile, à peine s'il me respecte. Il est tout le temps en train de se disputer avec ses autres camarades. Et depuis son arrivée, je perds régulièrement mon matériel de travail. Je ne dis pas que c'est lui qui vole, mais c'est la remarque que j'ai faite. Ça fait un moment qu'il ne vient pas au travail. J'ai appris qu'il a reçu son kit d'installation, mais il ne m'a jamais montré ça».*

Rencontré par la suite, cet ex-enfant soldat nous a confié qu'il se disputait avec ses pairs apprentis parce que ces derniers ne le respectaient pas, et que son patron le fatiguait trop en lui demandant de faire de petits travaux et en l'envoyant. C'est pour ces raisons, qu'il a détesté le garage selon ses dires. Au sujet de son kit d'installation, notre enquêté dit l'avoir vendu parce qu'il avait besoin d'argent dans la mesure où quand il allait au travail, il n'avait rien à manger. Sans domicile fixe, ce jeune vivait tantôt chez un oncle tantôt chez des amis à Man. Il dit ne pas se sentir à l'aise au village parce que les villageois lui reprochent d'avoir

¹ C'était l'ancien camp de la 2^e compagnie de la Gendarmerie de Man devenu camp rebelle.

été du nombre de ceux qui sont à l'origine de leurs malheurs. A ce propos, il a dit: *«les gens sont fâchés contre moi à cause de tous les dégâts que j'ai faits. Mes anciens amis sont méfiants vis-à-vis de moi pour tout ça et leurs parents leur ont dit de ne pas se promener avec moi. Certains villageois disent qu'ils ne veulent plus me voir, y a d'autres qui disent que si je veux rester forcé, ils vont me faire quelque chose »*. Aujourd'hui, il est désœuvré et erre à longueur de journée à travers la ville de Man.

Dans le cas particulier de ce sujet, il est tout de même important de souligner une réalité relativement à sa vie de combattant.

A travers les récits de sa vie au sein du groupe armé, il nous semble que le processus d'affiliation et d'intégration au mouvement obéit à des rituels initiatiques et à un itinéraire. En effet, une fois admis dans ce groupe, il a d'abord été initié au maniement des armes. Ensuite, il est devenu sentinelle et garde de corps ; puis chargé de missions à travers l'approvisionnement du camp en vivres par le pillage et le vol des récoltes ainsi que des bétails des populations. Enfin, vient la vie de combattant proprement dite étant en première ligne, au front, avec tout ce que cela nécessite : bravoure et courage, mais aussi cruauté et inhumanité.

VIII.2. Résultats d'Amnon au test de 16 PF.

VIII.2.1. Correction de test et représentation graphique

Tableau 45 : Correction de test d'Amnon pour les notes obtenues en facteurs de premier ordre

FORME B		
Facteurs	Notes brutes	Notes standards
A	06	03
B	03	00
C	10	03
E	19	08
F	18	06
G	06	01
H	12	05
I	06	03
L	10	04
M	08	02
N	04	01
O	14	05
Q1	12	06
Q2	11	07
Q3	10	04
Q4	15	06

La représentation graphique ainsi que les interprétations qui suivent sont celles des notes standards d'Amnon que donne le calcul des échelles primaires dans le tableau ci-dessus.

FEUILLE DE PROFIL DU 16 PF d'Amnon

FACTEUR	NOTES BRUTES		NOTES BASSES	ETALONNAGE EN 11 CLASSES											NOTES ELEVEES									
	Forme B	Note stand.		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10										
A	06	03	Réservé, détaché, critique, distant, rigide. Sizothymie																					Ouvert, chaleureux, facile à vivre, coopérant. Affectothymie
B	03	00	Lenteur d'esprit. Niveau intellectuel bas																					Esprit brillant. Niveau intellectuel élevé
C	10	03	Émotif, tourmenté, versatile. Faiblesse du moi																					Stable, émotionnellement mûr, calme, fait face à la réalité. Force du moi
E	18	08	Modeste, doux, cède facilement, docile, accommodant. Soumission																					Autoritaire, agressif, esprit de rivalité, entêté. Domination
F	18	06	Posé, silencieux, sérieux. Désurgence																					Insouciant, enthousiaste. Surgence
G	06	01	Opportuniste, qui esquive les lois. Faiblesse du moi																					Conscientieux, tenace, moralisateur, posé. Force du surmoi
H	12	05	Timide, méfiant. Threctia																					Audacieux, spontané, sociable. Parmia
I	06	03	Dur, satisfait de soi, réaliste. Harria																					Tendre, sensible, dépendant. Premsia
L	10	04	Confiant, accommodant. Alaxia																					Soupçonneux, difficilement dupe. Protension
M	08	02	Pratique, soumis aux contingences. Praxernia																					Imaginatif, bohème, distrait. Autia
N	04	01	Direct, sans prétention, sincère, mais maladroit en société. Naïveté																					Rusé, policé, socialement averti. Clairvoyance
O	14	05	Confiant, placide, sans anxiété, optimiste, serein. Harmonie tranquille																					Anxieux, sentiment de culpabilité, inquiet, tourmenté. Tendance à se culpabiliser
Q ₁	12	06	Conservateur, respectueux de la tradition. Conservatisme																					Innovateur, libéral. Radicalisme
Q ₂	11	07	Dépendant du groupe, « suiveur », adepte convaincu. Attachement au groupe																					Se suffisant à lui-même, plein de ressources, résolu. Indépendance personnelle
Q ₃	10	04	Incontrôlé, en conflit avec soi, négligent, impulsif, négl. des convenances. Faible intégration																					Contrôlé, exigeant, formaliste, soucieux de son image. Forte maîtrise de soi
Q ₄	15	06	Détendu, tranquille, nonchalant, calme. Faible tension ergétique																					Tendu, frustré, surmené. Haute tension ergétique

Tableau 46: Tableau graphique du profil de personnalité d'Amnon.

VIII.2.2. Interprétation des mesures des facteurs primaires

La note du facteur A est faible (3). Amnon est donc un sujet A- qui est moins conciliant, réservé et critiqueur. Il préfère les choses aux gens, aime le travail solitaire. Il a une tendance à la rigidité, au scepticisme, au dédain. Généralement, il est pointilleux et rigide dans ses normes personnelles et ses agissements. C'est un sujet qui est caractérisé par la froideur.

Pour l'échelle B, on relève le score faible (0). Ce score est chez cette victime l'indice d'une certaine lenteur d'esprit tant dans les situations d'apprentissage que de compréhension. Il n'est pas à mesure de traiter les problèmes abstraits. Il serait plutôt lourd, enclin à une interprétation concrète et littérale. Cette pesanteur d'esprit peut n'être que le reflet d'une intelligence médiocre ; elle peut également traduire une pauvreté intellectuelle d'ordre psychopathologique.

D'après les réponses aux items, Amnon est un sujet C-, ayant obtenu la note faible (3) à la dimension primaire C. A cet effet, il tend à être versatile, influençable, irritable, émotionnellement instable. Il est insatisfait de tout, facilement perturbé et est découragé par son inaptitude à satisfaire à de bonnes règles de conduite. La faiblesse du Moi est une des caractéristiques de la personnalité de cet enfant. C'est donc un individu chez qui l'on rencontre des réactions névrotiques telles que l'asthénie, les troubles de sommeil, les craintes irrationnelles, les comportements obsessionnels et divers troubles psychosomatiques.

En facteur E, le calcul a donné à l'enquêté la note élevée (8). C'est l'indice d'un caractère énergique, agressif et dominateur. Il a tendance à être dur, à n'en faire qu'à sa tête, à être opposant, agressif et autoritaire. Il ne tient aucun compte de l'autorité. Il peut générer des conflits et des discordes dans son entourage.

La mesure de l'échelle G indique le faible score réalisé par Amnon (1) et, définit celui-ci comme un sujet ayant un Surmoi faible. L'interprétation qui se dégage d'un tel score est que ce jeune garçon ne fait guère d'effort pour participer à des entreprises collectives, il tend à être inconstant, impatient, relâché, indolent et peu sûr. Il est également défini comme un sujet qui esquive les lois ainsi que les règles, et n'a pas le sens du devoir ; il ne se soumet pas à la discipline morale, aux habitudes sociales communément admises. Son non-conformisme peut l'entraîner à des comportements asociaux, car généralement une force du Surmoi basse est associée avec le vol, la destruction de la propriété, le mépris de la loi et de l'ordre et des accès de colère.

Notre sujet a eu la note basse (3) en facteur I. Il présente une tournure d'esprit pratique, réaliste, dure et masculine. Il est indépendant d'esprit, assuré et satisfait de lui-même et préfère des décisions fondées sur la logique et l'objectivité. Il lui arrive d'être insensible, dur, cynique, rude et méprisant.

Le calcul de la note standard en la dimension de premier ordre M donne (2). Ce bas score montre que ce jeune homme est très soucieux de faire « ce qui convient ». Il est enclin à rester concentré et réactif, il s'attache aux détails et préfère agir plutôt que théoriser. En cas de danger, il est capable de garder son sang-froid.

En facteur N, la note obtenue par Amnon est (1) et positionne le sujet en question dans le pôle négatif du facteur (N-). Il est généralement sans détour, et sans affectation. Il est sentimental, parfois brusque et gauche; il est néanmoins facilement satisfait et content de ce qui lui arrive. Il est naturel, spontané et souvent naïf.

La mesure de l'échelle Q2 donne (7) à Amnon. Ce score élevé dénote un tempérament indépendant, auto-suffisant, résolu et personnel dans ses décisions et ses actes. Ce jeune garçon est décrit comme ayant des difficultés à agir avec d'autres et n'aimant pas travailler dans les paramètres de l'équipe. Aussi est-il hésitant à demander de l'aide ou des conseils. En conséquence, il fait fi de l'opinion publique et des attentes des autres.

VIII.2.3. Calcul et interprétation des notes standards aux facteurs globaux

Les notes standards des facteurs QI, QII et QIV sont respectivement (5,5), (5,7) et (5,8). Elles sont dans la moyenne et indiquent une bipolarité de la personnalité chez Amnon. Ainsi, on observe une coprésence d'une faible anxiété et un niveau élevé d'humeur anxieuse et dépressive en raison des divers problèmes rencontrés (QII) ; tout comme l'introversion et l'extraversion coexistent chez le même sujet comme dans un rapport de symétrie. Aussi, à tel moment, il est d'un caractère modéré et passif, à un autre moment, il a tendance à être indépendant, agressif et intrépide. Dans ce dernier cas, il recherche les situations dans lesquelles on tolère une telle situation, et où on l'encourage même.

Pour le facteur QIII (Emotivité/ Dynamisme), la note obtenue par le jeune Amnon est supérieure à la moyenne (8). Ce qui signifie que notre sujet est QIII+ et fait ainsi preuve de dureté, de fermeté et d'intransigeance. Généralement entreprenant, décidé et plein de ressort, cet adolescent risque, cependant, de passer à côté des relations humaines plus subtiles. Aussi est-il présenté comme résistant au changement.

Tableau 47: Calcul des notes standards obtenues par Amnon aux facteurs globaux

Facteurs de premier ordre	Q I Extraversion		Q II Anxiété		Q III Dynamisme		Q IV Indépendance	
	+	-	+	-	+	-	+	-
A 3	1 3					6 18		
B 0					1 0		1 0	
C 3				2 6	1 3			
E 8	2 16				1 8		4 32	
F 6	4 24				3 18			
G 1	1 1		1 1			1 1		1 1
H 5	3 15			1 5	1 5		1 5	
I 3		1 3				5 15		
L 4			1 4			2 8	2 8	
M 2				1 2	1 2		3 6	
N 1		1 1				2 2		1 1
O 5		1 5	3 15			1 5		2 10
Q ₁ 6						1 6	2 12	
Q ₂ 7		2 14			1 7		2 14	
Q ₃ 4				1 4		2 8	1 4	
Q ₄ 6	1 6		4 24		1 6			1 6
C	15		30		100			-5
Total +	80		74		143		81	
Total -		- 25		- 17		- 63		- 23
Total Général	80 - 25 = 55		74 - 17 = 57		143 - 63 = 80		81 - 23 = 58	
/ 10	5,5		5,7		8		5,8	

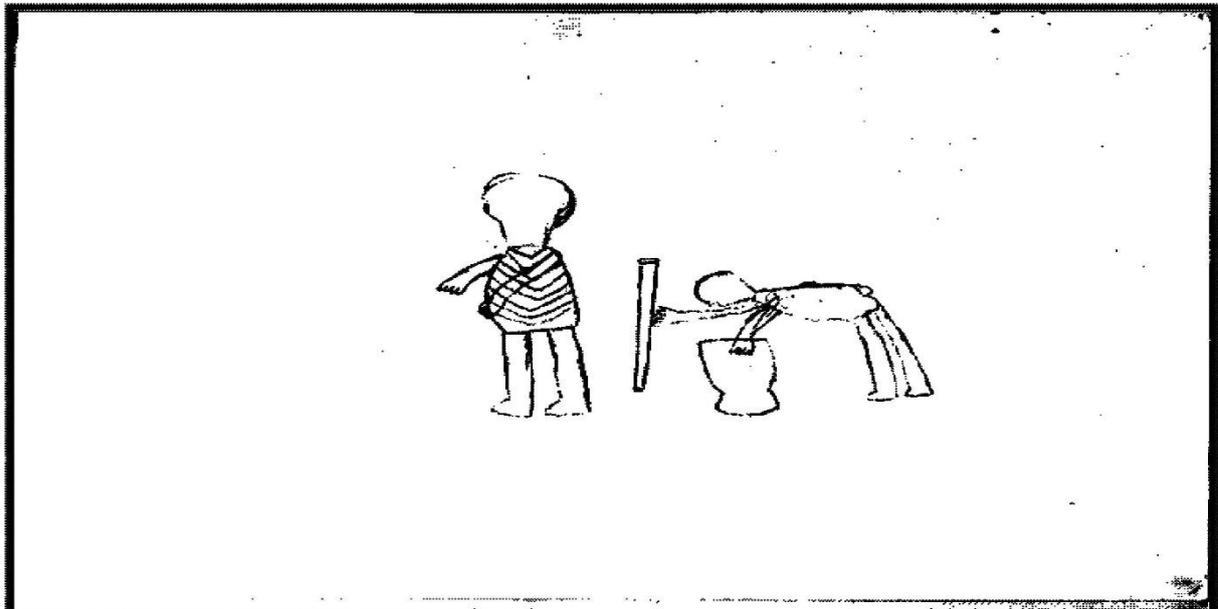
VIII.2.4. Synthèse des interprétations faites aux différents ordres de facteurs

Les notes standards des facteurs QI, QII et QIV sont toutes dans la moyenne et indiquent une bipolarité de la personnalité chez Amnon. Ainsi, on observe une coprésence d'une faible anxiété et un niveau élevé d'humeur anxieuse et dépressive en raison des divers problèmes rencontrés (QII) ; tout comme l'introversion et l'extraversion qui coexistent chez le même sujet comme dans un rapport de symétrie.

En QIV (Soumission/Indépendance) le jeune garçon présente également un dédoublement de la personnalité. Ainsi, à tel moment, il est d'un caractère modéré et passif, à un autre moment, il a tendance à être indépendant, agressif et intrépide. Dans ce dernier cas, il recherche les situations dans lesquelles on tolère une telle situation, et où on l'encourage même.

Au facteur QIII (Emotivité/ Dynamisme), Amnon est décrit faisant preuve de dureté, de fermeté et d'intransigeance. Généralement entreprenant, décidé et plein de ressort, cet adolescent risque, cependant, de passer à côté des relations humaines plus subtiles. Aussi est-il présenté comme résistant au changement.

VIII.3. Résultat du test de dessin de famille réalisé par Amnon



Dessin 8 : Dessin de famille réalisé par Amnon

Dans cette production graphique, Amnon a dessiné seulement deux (2) membres de sa famille. Et pourtant, en plus de sa mère, sa fratrie est composée de cinq (5) membres : son frère aîné, sa sœur aînée, lui-même, son frère cadet et la benjamine. Nous avons un total de six (6) personnes dans la famille. Bien évidemment, nous ne faisons pas mention du père, comme le sujet lui-même, parce que ce dernier a été assassiné par des éléments d'un groupe rebelle. En ne dessinant pas son père, nous pouvons supposer que ce jeune garçon a réussi à faire le deuil de celui-ci. Le refus d'Amnon de dessiner les autres membres de la famille peut présupposer qu'il a perdu ou est en train de perdre la notion de la famille. Sa représentation et sa perception de la famille ont totalement changé. Cela présente en filigrane des relations intrafamiliales quasi-inexistantes. En outre, le sujet ne s'est pas dessiné, car pour lui, il n'existe plus de famille dans la mesure où celle-ci lui reproche son association au groupe rebelle et lui dénie son droit d'appartenance à la famille. Amnon a seulement dessiné sa sœur aînée qu'il a violée sous les ordres de son ex-commandant et son frère cadet pilant dans un mortier. Tout d'abord, nous notons que les personnages ont été dessinés avec peu d'élégance et de soin. Cela peut traduire le peu d'estime qu'il a pour ces personnages. Nous voyons dans la représentation de sa sœur un désir de justification. Nous notons que sur celle-ci, il a pris soin de dessiner des « V » qui représentent en quelque sorte les grades dans l'armée. Ainsi, le jeune voudrait-il dire que c'est l'armée, la guerre qui est la cause de l'acte incestueux commis. C'est parce qu'il était « militaire » qu'il a été amené à commettre un tel acte. Il y a une absence de sentiment de culpabilité, mais plutôt une orientation à la justification et à la légitimation de l'acte.

VIII.4. Résultats d'Amnon aux diagnostics cliniques

Nous présentons ici deux (2) résultats ; d'abord, des informations recueillies des archives de la structure qui avait précédemment suivi l'enquête (premier tableau) et ensuite les données de la collecte faite par nous-même dans le cadre de cette étude (deuxième tableau).

Tableau 48: Symptômes présentés par Amnon tels que relevés à ODAFEM

Catégories de Symptômes	Manifestations cliniques
Symptômes d'intrusion ou de reviviscence	Rêves répétitifs de l'événement provoquant un sentiment de détresse
Symptômes évitement d'émoussement	Réduction d'intérêt pour activités antérieures, sentiment de détachement d'autrui,
Symptômes Neurovégétatifs	Difficulté de concentration, réaction de sursaut exagérée

Le tableau révèle que le jeune Amnon présente des signes et des symptômes cliniques qu'on rencontre dans la symptomatologie de l'ESPT.

Tableau 49: Résultats du test d'inventaire-échelle administré à Amnon

	RUBRIQUES	MANIFESTATIONS CLINIQUES
SYNDROME DE REPETITION (Spécifique)	1- RICHESSE DU SD DE REPETITION	Attirance pour spectacle violent, Cauchemar
	2 - VECU PSYCHIQUE DU SD DE REPET.	Sentiment d'étrangeté, vécu de rêve, vécu d'abandon
	3- ACCOMPAGNEMENT NEUROVEGETATIF	Vertiges, crampes
	4- FREQUENCE DES REPETIONS	Une fois par semaine
	5- SENSIBILITE AUX STIMULI	Un peu sensible à tout stimulus
AUTRES SYMPTÔMES NEVROTQUES (Non-spécifiques)	6- ANXIETE GENERALISEE	Sentiment d'insécurité, inquiétude
	7- ASTHENIE	Fatigue musculaire, épuisement à l'effort
	8- SYMPTÔMES DE PSYCHONEVROSES	Phobie obsessionnelle (idée fixe)
	9- TROUBLES PSYCHOSOMATIQUES	Acouphènes
	10- TOUBLES DU COMPORTEMENT	Errance, irritabilité, agressivité
PERSONNALITE TRAUMATO-NEVROTIQUE (Spécifique)	11- ETAT D'ALERTE	Eveils inquiets au milieu de la nuit, tension motrice
	12- SYNDROME D'EVITEMENT	Fuite dans l'hyperactivité
	13- PERTES DES INTERÊTS	Détachement du monde extérieur, sentiment d'avenir bouché,
	14- REGRESSION NARCISSIQUE	Restriction des affects, Froideur vis-à-vis des autres
	15- RELATION SOCIALE	Irritabilité, agressivité

Les symptômes d'ESPT diagnostiqués par le psychologue de la structure ODAFEM demeurent encore dans l'évaluation diagnostique que nous avons faite grâce au test d'inventaire-échelle. Cela dénonce une évolution pathologique de l'ESPT chez cet adolescent.

VIII.5. Conclusion des résultats d'Amnon

Amnon est marqué par un trouble de la personnalité : le dédoublement de la personnalité. C'est un trouble qui se manifeste par la présence chez le sujet de deux (2) repères de comportements, l'un normal et adapté, l'autre morbide présentant un indice d'automatisme. Globalement, ce jeune garçon est décrit comme ayant des difficultés à agir avec d'autres et n'aimant pas travailler dans les paramètres de l'équipe. Il se présente comme un individu associable et asocial. En effet, il aime le travail solitaire. En ce sens, il ne fait guère d'effort pour participer à des entreprises collectives. Ceci pourrait, en partie, justifier sa non représentation dans le dessin. Aussi est-il hésitant à demander de l'aide ou des conseils. En conséquence, il fait fi de l'opinion publique et des attentes des autres. Ce jeune garçon tend à être inconstant et impatient. Il est également défini comme un sujet qui esquivé les lois ainsi que les règles, et n'a pas le sens du devoir. Amnon semble insatisfait de sa famille et de la société de manière générale. C'est la raison pour laquelle, il ne se soumettrait pas à la discipline morale, aux habitudes sociales communément admises. Son non-conformisme est caractéristique d'un Surmoi faible ; ce qui peut l'entraîner à des comportements asociaux, car généralement une force du surmoi basse est associée avec le vol, la destruction de la propriété, le mépris de la loi et de l'ordre et des accès de colère. Son passé militaire peut avoir influencé sa personnalité en faisant de lui un sujet sûr de lui-même, indépendant d'esprit, sévère, hostile, à la limite rebelle. C'est la raison pour laquelle, il a tendance à être opposant, agressif et autoritaire. Aussi ne tient-il pas compte de l'autorité. Le test de l'inventaire-échelle établit un diagnostic de « transformation de la personnalité » ou de personnalité traumatique-marquée par le détachement du monde extérieur, la restriction des affects et la froideur vis-à-vis des autres ainsi que l'irritabilité, l'agressivité et le sentiment d'avenir bouché. Ce diagnostic rejoint vraisemblablement celui établi plus haut par le 16 PF concernant le trouble de la personnalité.

Il est facilement perturbé et est découragé par son inaptitude à satisfaire à de bonnes règles de conduite. Son inaptitude est la cause souvent des humeurs anxieuses et dépressives qu'il a.

IX. CAS N°9 : SUJET ROSINE

IX.1. Résultats de l'anamnèse de Rosine

IX.1.1. Identification

Rosine est âgée de 18 ans. Déscolarisée, cette jeune fille vit dans la commune de Yopougon, précisément à Yaho-Séhi.

IX.1.2. Histoire familiale et personnelle

La famille de Rosine est composée des deux (2) parents et de quatre (4) enfants. Cette adolescente est en deuxième position dans la fratrie. Elle a deux (2) frères et une sœur, âgés respectivement de 20, 14 et 11 ans. Son père est cultivateur et sa mère ménagère. Ils vivaient tous ensemble à Sialeu, leur village, dans la Sous-préfecture de Zouan-Hounien.

Leur village a été une des cibles d'insurgés libériens. Ces derniers y ont mené, à maintes reprises, des expéditions punitives. A chaque descente, ils ont pillé les domiciles, enlevé des jeunes filles et enrôlé de gré ou de force des jeunes gens. A chacun de leurs passages, ils ont semé la terreur et plongé le village dans la désolation. A cause de ces attaques répétées, certains des survivants de la barbarie de la soldatesque libérienne, à laquelle se sont ajoutés vraisemblablement d'autres jeunes hommes de la contrée, ont décidé de fuir le village pour se réfugier en brousse. D'autres ont préféré prendre le chemin de l'exode. Cette adolescente, scolarisée dans ce village, a été du nombre de ceux qui ont été obligés de le quitter. En effet, la jeune fille nous a révélé que les rebelles avaient enrôlé de force son aîné. Et ils avaient promis revenir une prochaine fois pour encore « se servir ». Ces événements s'étaient produits en 2003 et au moment des faits, notre enquêtée avait 12 ans.

Ainsi, ayant pris la menace au sérieux, les parents de Rosine lui ont demandé de quitter le village avec ses deux (2) autres frères de peur d'être eux aussi enlevés par les rebelles. Ces ennuis les ont contraints tous à fuir le village. Son exode l'a conduit à Abidjan où elle n'a plus poursuivi sa scolarité. Désormais déscolarisée, cette jeune fille est livrée à elle-même avec ses cadets. Voulant nous informer sur leur condition de vie, la manière dont ils s'organisent pour faire face à leurs besoins, Rosine nous a répondu de façon laconique sans poursuivre : « *je me*

débrouille (...)». Par ailleurs, elle a eu à dire : « *C'est moi qui m'occupe de mon petit frère et de ma petite sœur avec qui je suis venue* ».

Il convient de noter que c'est avec une adolescente d'un tempérament maussade que nous nous sommes entretenus. Par ailleurs, cette dernière a avoué avoir des nuits agitées et faire régulièrement des cauchemars qui évoquent la scène traumatique initiale : «*Quand je rêve, je vois souvent des enfants qui pleurent parce qu'ils sont seuls et n'ont plus de parents. Et puis des grandes personnes qui cherchent leurs enfants qui sont perdus* ». Nous avons aussi rencontré un de ses voisins. Il a fait le témoignage suivant: « *nous savons que Rosine est une D.G ⁽¹⁾, la vie est un peu dure pour elle et ses frères parce qu'ils n'ont personne. Mais elle s'est attachée à un groupe de filles ici avec qui elle se promène. Selon nos informations, elles font les trottoirs les nuits. C'est peut-être pour survivre puisque comme je l'ai dit, ils n'ont personne. Mais le seul problème que nous avons avec elle, c'est qu'elle aime palabre, elle fait palabre avec presque tout le monde dans le voisinage* ».

¹D.G. sont les initiales de Déplacé de Guerre, c'est une dénomination ironique attribuée aux personnes qui ont été contraintes par la guerre à un déplacement interne.

IX.2. Résultats de Rosine au test de 16 PF.

IX.2.1. Correction de test et représentation graphique

Tableau 50 : Correction de test de Rosine pour les notes obtenues en facteurs de premier ordre

FORME B		
Facteurs	Notes brutes	Notes standards
A	07	03
B	06	04
C	10	03
E	04	00
F	15	05
G	03	00
H	05	02
I	11	05
L	12	07
M	13	05
N	13	08
O	15	06
Q1	12	06
Q2	08	05
Q3	09	04
Q4	22	09

Les pondérations ainsi que les transformations faites après les réponses aux items ont permis d'obtenir les stens ci-dessus. La tâche suivante à accomplir est la représentation graphique puis l'interprétation des mesures des facteurs primaires.

FEUILLE DE PROFIL DU 16 PF de Rosine

FACTEUR	NOTES BRUTES		NOTES BASSES	ETALONNAGE EN 11 CLASSES											NOTES ELEVEES	
	Forme B	Note stand.		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
A	07	03	Réservé, détaché, critique, distant, rigide. Sizothymie				●		A							Ouvert, chaleureux, facile à vivre, coopérant. Affectothymie
B	07	04	Lenteur d'esprit. Niveau intellectuel bas					●	B							Esprit brillant. Niveau intellectuel élevé
C	11	03	Émotif, tourmenté, versatile. Faiblesse du moi				●		C							Stable, émotionnellement mûr, calme, fait face à la réalité. Force du moi
E	04	00	Modeste, doux, cède facilement, docile, accommodant. Soumission	●					E							Autoritaire, agressif, esprit de rivalité, entêté. Domination
F	15	05	Posé, silencieux, sérieux. Désurgence						F	●						Insouciant, enthousiaste. Surgence
G	03	00	Opportuniste, qui esquivé les lois. Faiblesse du moi	●					G							Conscientieux, tenace, moralisateur, posé. Force du surmoi
H	05	02	Timide, méfiant. Threctia			●			H							Audacieux, spontané, sociable. Parmia
I	11	05	Dur, satisfait de soi, réaliste. Harria						I	●						Tendre, sensible, dépendant. Premsia
L	12	07	Confiant, accommodant. Alaxia						L				●			Souçonneux, difficilement dupe. Protension
M	13	05	Pratique, soumis aux contingences. Praxernia						M	●						Imaginatif, bohème, distrait. Autia
N	13	08	Direct, sans prétention, sincère, mais maladroit en société. Naïveté						N					●		Rusé, policé, socialement averti. Clairvoyance
O	15	06	Confiant, placide, sans anxiété, optimiste, serein. Harmonie tranquille						O				●			Anxieux, sentiment de culpabilité, inquiet, tourmenté. Tendance à se culpabiliser
Q ₁	12	06	Conservateur, respectueux de la tradition. Conservatisme						Q ₁			●				Innovateur, libéral. Radicalisme
Q ₂	08	05	Dépendant du groupe, « suiveur », adepte convaincu. Attachement au groupe						Q ₂		●					Se suffisant à lui-même, plein de ressources, résolu. Indépendance personnelle
Q ₃	9	04	Incontrôlé, en conflit avec soi, négligent, impulsif, néglig. des convenances. Faible intégration						Q ₃		●					Contrôlé, exigeant, formaliste, soucieux de son image. Forte maîtrise de soi
Q ₄	22	09	Détendu, tranquille, nonchalant, calme. Faible tension ergétique						Q ₄					●		Tendu, frustré, surmené. Haute tension ergétique

Tableau 51 : Tableau graphique du profil de personnalité de Rosine.

IX.2.2. Interprétation des mesures des facteurs primaires.

En la dimension A, la jeune Rosine a réalisé un score faible (3). Cette valeur est le reflet chez notre enquêtée d'une préférence pour la solitude, l'isolement, le retrait. Elle est inhibée dans les relations sociales et se sent mal à l'aise en société. Elle marque pour cela peu de désirs à interagir.

D'après les réponses au questionnaire, l'enquêtée a totalisé la note basse (3) au facteur B. Cette note est l'indice d'une certaine lenteur d'esprit, qu'il s'agisse d'apprendre ou de comprendre. Elle serait plutôt lourde, encline à une interprétation concrète et littérale. Cette pesanteur d'esprit peut n'être que le reflet d'une intelligence médiocre ; elle peut traduire une pauvreté intellectuelle d'ordre psychopathologique.

Le calcul de la note standard en l'échelle C pour Rosine donne (3). Ce score faible se situe dans le pôle négatif dudit facteur et dénonce chez notre sujet une faiblesse du Moi. A cet effet, cette jeune fille a tendance à être versatile, influençable et inconstant dans ses attitudes ainsi que ses intérêts. Insatisfait de tout, elle tend à être facilement contrariée par les gens et les choses. Cette adolescente a du mal à conserver sa tranquillité et à se contenir, réagissant de façon émotive à la frustration. A la réalité, elle marque un manque de tolérance à la frustration et est découragé par son inaptitude à satisfaire aux exigences de la vie quotidienne. Pour ce faire, elle a, plus que la moyenne des individus, des réactions névrotiques diverses tels que l'asthénie, les craintes irrationnelles, les troubles de sommeil et les troubles psychosomatiques divers.

La note obtenue par cette déplacée interne de guerre en facteur E est très basse (0), et se situe à l'extrême gauche. Cette mesure décrit cette demoiselle comme un sujet E- qui a tendance à céder aux autres, à se conformer et à être docile. Souvent, elle est dépendante, ressent de la culpabilité et a un souci obsessionnel des convenances. Au plan psychologique, elle est marquée par une certaine passivité qui figure dans bon nombre de syndromes névrotiques.

La mesure de la dimension G indique un score faible (0) pour notre enquêtée. Ce score traduit un Surmoi faible et présente cette jeune fille comme une personne qui a une tendance au relâchement et à la négligence. Cette force du Surmoi basse est associée généralement avec des comportements asociaux tels que le vol, les excès de colère.

La note au facteur H est faible (2). Ce qui signifie que Rosine est une sujette H-craintive à l'excès, timide et repliée sur elle-même. D'une prudence et d'une réserve

extrêmes, elle cherche à passer inaperçue. Eprouvant ordinairement un sentiment d'infériorité, cette adolescente est sensible aux regards ainsi qu'aux jugements des autres. Aussi, se sentant moins à l'aise en société et étant plus encline à renoncer à exprimer ses opinions, est-elle incapable de maintenir un contact solide et durable avec l'environnement.

Le score élevé (7), réalisé en l'échelle L dénote chez cette victime un tempérament méfiant et soupçonneux. Cette jeune fille se montre souvent égocentrique et rigide, et éprouve également des difficultés à faire confiance aux autres. Elle est plus portée à s'interroger sur les motivations qui se cachent derrière les paroles ainsi que les actes des autres et à réfléchir à leurs intentions cachées. Elle est donc un peu suspicieuse, sceptique et méfiante.

Concernant le facteur N, nous relevons que Rosine a eu la note (8). Cette enfant est donc moins encline que la plupart des individus à dévoiler des informations personnelles. Elle est souvent froide et d'esprit analytique. Elle a une façon intellectuelle, non sentimentale de voir les choses, qui frise le cynisme.

L'échelle Q4 donne un score élevé (9). Cette mesure indique chez cette jeune fille un niveau élevé de stress et d'énergie nerveuse. A cet effet, elle est impatiente et alerte, tendue et surexcitable, agitée et irritable.

IX.2.3. Calcul et interprétation des notes standards aux facteurs globaux

Pour le facteur global QI, la note obtenue par Rosine est inférieure à la moyenne (2,2). Notre sujette se décrit comme introvertie et a tendance à être intimidée. Elle garde un certain détachement vis-à-vis des autres et est encline à la retenue dans ses relations avec les autres. Aussi se sent-elle mal à l'aise dans un environnement stimulant et animé.

Le score de l'échelle QII (Anxiété) est supérieur à la moyenne (7,4). Cela traduit que la demoiselle est en proie à une forte anxiété. Cette anxiété peut être névrotique, et cette adolescente souffre également d'une inadaptation ; elle est insatisfaite de sa capacité à répondre aux exigences de la vie, et à réaliser ses désirs.

Le calcul de la note standard en facteur QIII, où Emotivité et Dynamisme s'opposent, donne une note inférieure à la moyenne (3,8). Cela veut dire que cette adolescente est généralement troublée par une émotivité diffuse et peut même être de type dépressif, frustré.

Enfin, en la dimension globale QIV, la note obtenue est aussi inférieure à la moyenne (3,7). Cela dénote un caractère soumis, timide, modéré et passif, facilement influençable. C'est une sujette qui vit dans la dépendance des autres. Elle a tendance à accepter les idées et

les méthodes des autres. En outre, elle est portée à s'adapter aux souhaits des autres, à rechercher l'approbation ainsi que l'appui des siens dont elle a besoin.

Tableau 52: Calcul des notes standards obtenues par Rosine aux facteurs globaux

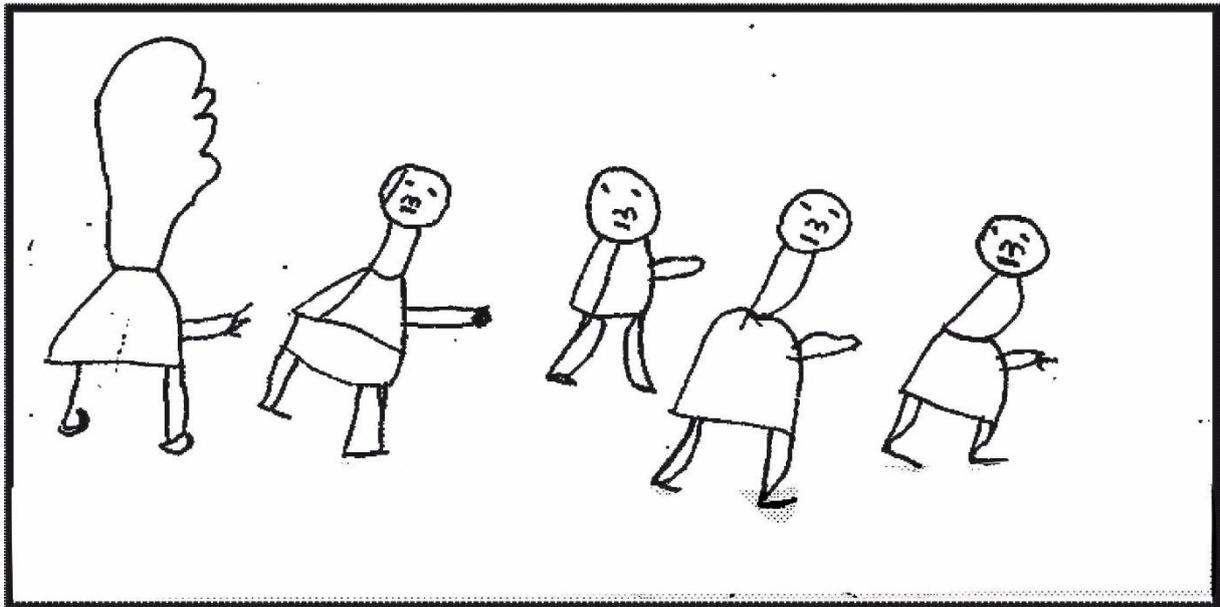
Facteurs de premier ordre	Q I Extraversion		Q II Anxiété		Q III Dynamisme		Q IV Indépendance	
	+	-	+	-	+	-	+	-
A 3	3 9		1 3			2 6		
B 4						1 4		
C 3				3 9				1 3
E 0	2 0				3 0		4 0	
F 5	3 15				2 10			
G 0	1 0		1 0					1 0
H 2	3 6			1 2	4 8			
I 5			1 5			2 10	1 5	
L 7	1 7		1 7		5 35		1 7	
M 5		1 5		1 5		2 10	3 15	
N 8		1 8						1 8
O 6		1 6	3 18			1 6		2 12
Q ₁ 6						1 6	3 18	
Q ₂ 5		3 15					2 10	
Q ₃ 4				1 4	2 8			
Q ₄ 9	1 9		4 36		1 9			
c	10		25		10		5	
Total +	56		94		80		60	
Total -		-34		-20		-42		-23
Total Général	56 - 34 = 22		94 - 20 = 74		80 - 42 = 38		60 - 23 = 37	
/ 10	2,2		7,4		3,8		3,7	

IX.2.4. Synthèse des interprétations faites aux différents ordres de facteurs

Rosine se décrit comme une personne introvertie qui a une préférence marquée pour la solitude. En raison de multiples problèmes, notamment l'incapacité de répondre aux exigences de la vie et de réaliser ses désirs, cette jeune fille est en proie à de fortes charges émotionnelles. Sur le plan cognitif, la jeune fille fait preuve d'une perspicacité en deçà de la moyenne.

Par ailleurs, elle peut développer un sentiment d'infériorité et avoir du mal à conserver sa tranquillité et à se contenir. Au plan socio-moral, son non-conformisme augure d'une orientation vers les comportements transgressifs. Il est également souligné que cette adolescente est généralement troublée par une émotivité diffuse.

IX.3. Résultat du test de dessin de famille réalisé par Rosine



Dessin 9 : Dessin de famille réalisé par Rosine

Selon l'ordre du dessin, de la gauche vers la droite, nous avons le père, la mère et les enfants. La jeune fille se reconnaît comme étant le cinquième personnage. Nous constatons que les différents personnages sont dessinés de profil. L'enfant imprime un mouvement à la

famille. On a l'impression que la famille va en un endroit en étant bien évidemment conduit ou guidé par l'auteur du dessin. Mais où va cette famille pourrait-on se demander ?

Apparemment, seul, le guide le sait. Mais l'histoire de cette jeune fille nous donne un élément de réponse. En effet, cette dernière a fui sa localité d'origine, théâtre de violents affrontements, pour se réfugier à Abidjan. Mais, elle y a laissé ses parents et ses frères qu'elle a perdus de vue. On peut donc supposer que la jeune fille invite ou souhaite que la famille qu'elle a laissée, la rejoigne en faisant le même mouvement, en suivant ou imitant son exemple. De fait, elle a fui les zones de combats où les populations civiles sont à la merci d'individus sans foi ni loi pour une localité on ne peut plus paisible et sécurisée. Elle invite donc sa famille et particulièrement ses parents à faire comme elle et ses cadets. La jeune Rosine se soucie du sort de ses parents et voudrait les sauver, mais elle n'a pas le pouvoir de le faire. Par ailleurs, nous remarquons que des membres de la famille dessinés, la jeune fille ne représente que cinq (5) sur les six (6). En effet, elle n'a pas dessiné son frère qui avait été enlevé par les éléments d'une force non gouvernementale. On peut suspecter chez l'enquêtée qu'elle a perdu tout espoir de revoir son frère en question.

Et l'un des éléments intéressants à noter est la forme des narines (le 3 renversé). La forme des narines ne traduit pas nécessairement la difformité et la laideur. Elle peut traduire la quête de l'air, un espace où il fait bon vivre. Elle souhaite pour sa famille un oasis de paix, un environnement sain où ils pourront tous respirer pleinement, profiter de la quiétude et de la paix qui y existent.

IX.4. Résultats de Rosine aux diagnostics cliniques

Nous présentons ici deux (2) résultats ; d'abord, des informations recueillies des archives de la structure qui avait précédemment suivi l'enquêtée (premier tableau) et ensuite, les données de la collecte faite par nous-même dans le cadre de cette étude (deuxième tableau).

Tableau 53: Symptômes présentés par Rosine tels que relevés au CAPPS

Catégories de Symptômes	Manifestations cliniques
Symptômes d'intrusion ou de reviviscence	Cauchemars
Symptômes d'évitement et d'émoussement	Eviter sentiments ou pensées évocateurs du trauma, sentiment de détachement d'autrui
Symptômes Neurovégétatifs	Tremblements, réaction de sursaut exagérée

Le dossier médico-psychologique de la jeune fille a révélé que celle-ci présentait des symptômes post-traumatiques qui sont ceux du PTSD.

Tableau 54: Résultats du test d'inventaire-échelle administré à Rosine

SYNDROME DE REPETITION (Spécifique)	RUBRIQUES	MANIFESTATIONS CLINIQUES
	1- RICHESSE DU SD DE REPETITION	Vécu comme si..., ruminantion mentale,
	2 - VECU PSYCHIQUE DU SD DE REPET.0	Vécu d'abandon, vécu de rêve
	3- ACCOMPAGNEMENT NEUROVEGETATIF	Nœuds à la gorge, sueur
	4- FREQUENCE DES REPETIONS	Plusieurs fois l'année
	5- SENSIBILITE AUX STIMULI	Un peu sensible à tout stimulus
AUTRES SYMPTÔMES NEVROTIQUES	6- ANXIETE GENERALISEE	Perte de contrôle émotionnel
	7- ASTHENIE	Fatigue musculaire
	8- SYMPTÔMES DE PSYCHONEVROSES	AUCUN
	9- TROUBLES PSYCHOSOMATIQUES	Asthme
	10- TROUBLES DU COMPORTEMENT	Quérulence, alcoolisme
PERSONNALITE TRAUMATO- NEVROTIQUE (Spécifique)	11- ETAT D'ALERTE	Eveils inquiets au milieu de la nuit,
	12- SYNDROME D'EVITEMENT	Effort pour éviter pensées et sentiments évoquant le trauma
	13- PERTES DES INTERÊTS	Détachement du monde extérieur,
	14- REGRESSION NARCISSIQUE	Exigence insatiable d'affection, d'attention et de considération
	15- RELATION SOCIALE	Irritabilité, agressivité, sentiment d'être non soutenue

Le test d'inventaire-échelle relève les mêmes symptômes relevés précédemment par les psychologues du CAPPS. On ne peut que retenir de cet inventaire sémiologique qu'il y a une cristallisation des symptômes.

IX.5. Conclusion des résultats de Rosine

Rosine se décrit comme une personne introvertie qui a une préférence marquée pour la solitude. En raison de multiples problèmes, notamment la satisfaction des besoins primaires (nourriture, logement, habillement, etc.), cette jeune fille est en proie à de fortes charges émotionnelles. Sur le plan cognitif, la jeune fille fait preuve d'une perspicacité en deçà de la moyenne. Sur le plan psycho-émotionnel, elle éprouve des sentiments de culpabilité, un sentiment de détachement et une forte anxiété comme le démontre le test de 16 PF. Au plan socio-moral, elle se montre non-conformiste et adopte des comportements transgressifs, car dans sa quête d'un mieux-être pour elle et les siens, cette jeune fille peut être moins encline à se sentir limitée par les règles et peut prendre plus de liberté avec les valeurs sociales. Il est également souligné que cette adolescente est généralement troublée par une émotivité diffuse. Les réactions comportementales relevées chez cette adolescente sont entre autres, l'irritabilité, la quête d'affection et la quérulence.

X. CAS N°10 : SUJET GERTRUDE

X.1. Résultats de l'anamnèse de Gertrude

X.1.1. Identification

Agée de 19 ans et élève en classe de seconde A, Gertrude vivait, au déclenchement de la guerre, dans la ville de Bouaké. Aujourd'hui, elle est déplacée interne de guerre et vit dans la commune de Yopougon chez son oncle maternel. C'est une jeune fille joviale et accueillante que nous avons rencontrée et avec qui nous nous sommes entretenus.

X.1.2. Histoire familiale et personnelle

Gertrude est l'aînée de sa fratrie. Elle a un frère cadet de 14 ans et une sœur benjamine âgée de neuf (9) ans. Sa mère est ménagère et son père travaillait dans une firme dans la ville de Bouaké. Suite à la guerre, cette jeune fille et ses cadets sont devenus orphelins de guerre. Elle nous a confié qu'à l'arrivée « des rebelles » dans la localité, ces derniers avaient dit

n'être pas venus pour se venger des populations, mais plutôt pour renverser le régime du président Gbagbo. Mais, selon elle, la situation a changé ultérieurement parce qu'après la tentative de libération de la ville de Bouaké menée par les FANCI les 6 et 7 octobre 2002, les hommes en armes ont réglé leur compte avec les populations civiles qui n'étaient pas acquises à leur cause. C'est à la suite de cette offensive militaire que son père aurait été assassiné. Voici son témoignage : **« quand les loyalistes sont entrés à Bouaké, des populations avaient manifesté leur joie. Mais quand ils se sont retirés et qu'ils n'ont pas pu libérer la ville, il y a eu des règlements de compte. Les maisons de ceux qui s'étaient manifestés étaient désignées et ceux qui y vivaient étaient maltraités. Quand ils sont arrivés chez nous, ils ont violenté notre maman et parce que notre papa a voulu s'interposer, ils l'ont frappé. Par la suite, ils ont tout volé et saccagé. En partant, ils ont pris mon père avec eux et ils nous ont dit qu'on ne le reverra plus ».**

Après ces faits, sa mère les a pris et s'est enfuie avec eux. Après plusieurs périples, ils ont réussi à rallier Abidjan où ils ont été accueillis par son oncle maternel. Grâce à la seconde rentrée de janvier 2003, la jeune fille, qui au moment des faits avait treize (13) ans et était en classe de 6^{ème}, a pu réintégrer rapidement le circuit d'éducation formelle par son inscription au sein d'un établissement relais à Yopougon. Elle a reconnu que plusieurs semaines après leur arrivée à Abidjan, elle faisait des cauchemars dans lesquels elle voyait se reproduire les scènes qui se sont déroulées sous ses yeux.

X.2. Résultats de Gertrude au test de 16 PF.

X.2.1. Correction de test et représentation graphique

Tableau 55 : Correction de test de Gertrude pour les notes obtenues en facteurs de premier ordre

FORME B		
Facteurs	Notes brutes	Notes standards
A	13	08
B	10	08
C	17	07
E	15	06
F	19	07
G	16	08
H	20	09
I	09	04
L	09	04
M	06	01
N	05	02
O	11	04
Q1	04	00
Q2	08	05
Q3	14	08
Q4	12	04

Quelles représentation graphique et interprétations pouvons-nous faire des mesures obtenues en facteurs primaires pour Gertrude ?

FEUILLE DE PROFIL DU 16 PF de Gertrude

FACTEUR	NOTES BRUTES		NOTES BASSES	ETALONNAGE EN 11 CLASSES											NOTES ELEVEES		
	Forme B	Note stand.		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10			
A	13	08	Réservé, détaché, critique, distant, rigide. Sizothymie						A								Ouvert, chaleureux, facile à vivre, coopérant. Affectothymie
B	10	08	Lenteur d'esprit. Niveau intellectuel bas						B								Esprit brillant. Niveau intellectuel élevé
C	17	07	Émotif, tourmenté, versatile. Faiblesse du moi						C								Stable, émotionnellement mûr, calme, fait face à la réalité. Force du moi
E	15	06	Modeste, doux, cède facilement, docile, accommodant. Soumission						E								Autoritaire, agressif, esprit de rivalité, entêté. Domination
F	19	07	Posé, silencieux, sérieux. Désurgence						F								Insouciant, enthousiaste. Surgence
G	16	08	Opportuniste, qui esquive les lois. Faiblesse du moi						G								Conscientieux, tenace, moralisateur, posé. Force du surmoi
H	20	09	Timide, méfiant. Threctia						H								Audacieux, spontané, sociable. Parmia
I	09	04	Dur, satisfait de soi, réaliste. Harria						I								Tendre, sensible, dépendant. Premsia
L	09	04	Confiant, accommodant. Alaxia						L								Soupçonneux, difficilement dupe. Protension
M	06	01	Pratique, soumis aux contingences. Praxernia						M								Imaginatif, bohème, distrait. Autia
N	05	02	Direct, sans prétention, sincère, mais maladroit en société. Naïveté						N								Rusé, policé, socialement averti. Clairvoyance
O	11	04	Confiant, placide, sans anxiété, optimiste, serein. Harmonie tranquille						O								Anxieux, sentiment de culpabilité, inquiet, tourmenté. Tendance à se culpabiliser
Q ₁	04	00	Conservateur, respectueux de la tradition. Conservatisme						Q ₁								Innovateur, libéral. Radicalisme
Q ₂	08	05	Dépendant du groupe, « suiveur », adepte convaincu. Attachement au groupe						Q ₂								Se suffisant à lui-même, plein de ressources, résolu. Indépendance personnelle
Q ₃	14	08	Incontrôlé, en conflit avec soi, négligent, impulsif, négl. des convenances. Faible intégration						Q ₃								Contrôlé, exigeant, formaliste, soucieux de son image. Forte maîtrise de soi
Q ₄	12	04	Détendu, tranquille, nonchalant, calme. Faible tension ergétique						Q ₄								Tendu, frustré, surmené. Haute tension ergétique

Tableau 56 : Tableau graphique du profil de personnalité de Gertrude.

X.2.2. Interprétation des mesures des facteurs primaires

La mesure du facteur A est (8). Cette note indique que Gertrude est facile à vivre, sociale, coopérante, tendre et aimable. Elle exprime ses émotions (d'où le terme d'affectothymie) et a une bonne faculté d'adaptation. Elle est sensible et s'intéresse aux autres. En outre, elle exprime une préférence marquée pour les activités concernant les gens et prend plaisir aux contacts sociaux.

En l'échelle B qui permet de mesurer l'intelligence, cette victime a réalisé un score élevé (8). Ce score indique une capacité de raisonnement satisfaisante et une tendance de la sujette plus intelligente à avoir un meilleur moral, plus de persévérance, et à montrer plus d'intérêt pour l'école. En conséquence, intellectuellement orientée, elle est généralement désireuse d'acquérir de nouvelles connaissances. En somme, notre enquêtée a une intelligence vive et est très sensible en matière scolaire.

La note standard de cette adolescente à la dimension de premier ordre C est (7). Ce qui signifie que cette jeune fille est susceptible d'être émotionnellement stable, constante, une personne résistante. Elle fait rarement l'expérience de symptômes d'anxiété et est susceptible d'avoir plus d'énergie suffisante pour répondre aux défis de la vie. Flegmatique et encline à prendre la plupart des choses dans leur rythme de croisière, elle est rarement troublée par les hauts et les bas de la vie. Ainsi, elle est peu susceptible d'éprouver des sentiments de dépression et de découragement. En conséquence, on considère qu'elle a une personnalité marquée de la Force du Moi. C'est un trait qui exprime le degré d'accomplissement de l'intégration dynamique et du contrôle des émotions.

Les pondérations ainsi que les transformations faites en facteur F donnent la note (7). Cette note élevée présente notre enquêtée comme une personne gaie, expressive, enjouée et animée. Elle a tendance à être attirée par les stimulations des situations sociales et aime s'amuser avec les autres. De plus, de caractère insouciant, elle a le sens de l'humour et aime être entourée des gens.

A l'échelle G, Gertrude a réalisé un score élevé (8). Ce score la décrit comme ayant une tendance à être moraliste et conformiste, perfectionniste et conventionnelle. A cet effet, elle est systématique et ordonnée dans le travail. Par ailleurs, notre sujette s'inquiète de l'estime que l'autre forme sur elle. En outre, notre sujette se voit elle-même comme respectueuse et responsable de bonnes mœurs, méthodique et capable de concentration, soucieuse de réfléchir

avant d'agir et préférant les gens efficaces aux autres compagnons. En clinique, ce score élevé réalisé prédit la célébrité et l'aptitude à manager et, dans l'avenir, la réussite sociale.

Pour ce qui est du facteur H, l'enquêtée a recueilli la note (9). Cette note élevée définit une personne sociable et spontanée, audacieuse et confiante, capable de rencontrer de nouvelles personnes sans peur de l'échec. En effet, elle s'engage et prend des risques de commencer à interagir avec des étrangers parce qu'elle est convaincue d'atteindre le succès. De plus, elle est prompte à exprimer ses émotions.

Gertrude est une sujette M- parce qu'elle a eu une note faible en facteur primaire M. Cette position dans le pôle négatif de ce facteur indique chez cette adolescente une attitude de contact avec la réalité et un caractère pratique. Elle s'attache aux détails, préfère agir plutôt que théoriser et réfléchir.

D'après les réponses aux items, cette adolescente a réalisé un score faible (2) en l'échelle N. Ce score faible est lié à une orientation tempéramentale naturelle et ouverte, maîtrisée et sentimentale. En ce sens, la jeune fille est encline que la plupart des individus à dévoiler volontairement les détails de sa vie.

La mesure de la dimension primaire Q1 indique que Gertrude a obtenu la note de l'extrême gauche (0). Ce très faible score est associé à la conformité, la résistance au changement. Elle est donc une sujette Q1- qui a toute confiance en ce qu'on lui a appris à croire et accepte toutes les « vérités premières » nonobstant leurs contradictions, même lorsque la possibilité d'amélioration est évidente. Elle est prudente et tient suspecte toute idée nouvelle, ce qui l'entraîne à retarder tout changement, et à s'y opposer.

Les réponses au questionnaire du test révèlent que notre interlocutrice a recueilli en facteur Q3, 8 points. Ce fort score définit une personne perfectionniste, organisée et auto-disciplinée, avec peu de tolérance pour l'ambiguïté et le trouble. Elle est soucieuse de maintenir son intégration sociale. En ce sens, elle peut réprimer activement les idées et les impulsions qui pourraient être considérées comme socialement inacceptables. La maîtrise de soi est un des traits caractéristiques de la personnalité de la jeune fille, car elle montre une capacité à contrôler son comportement ainsi que ses émotions, particulièrement la colère, la haine et l'anxiété. En outre, elle est respectueuse de l'autorité, les procédures et les protocoles. En conséquence, d'autres peuvent la considérer comme étant un peu trop moraliste et rigide.

X.2.3. Calcul et interprétation des notes standards aux facteurs globaux

En facteur de second ordre QI, Gertrude a obtenu la note élevée (8,9). Ce qui signifie que notre enquêtée est extravertie, orientée vers l'extérieur. On observe, à cet effet, chez elle une identité organisée autour des relations interpersonnelles.

En l'échelle globale QII, cette jeune fille réalise un score qui est en deçà de la moyenne (3,5). Ce score faible traduit, en cette échelle, un tempérament bien ajusté et calme, souple et capable de faire face aux émotions. Elle se décrit comme moins anxieuse que la majorité des personnes. A ce titre, la plupart du temps, elle est détendue et éprouve peu de sentiments de frustration.

La note de la dimension globale QIII est supérieure à la moyenne (8). En général, la sujette Gertrude est entreprenante et décidée ; elle est pleine de ressort. Cependant, elle peut parfois s'obstiner dans sa manière de penser et être insensible aux subtilités.

La mesure du facteur QIV indique une mention inférieure à la moyenne (2,5). C'est l'indice d'une orientation tempéramentale soumise, et agréable, tolérante et serviable. Gertrude se présente comme modérée et passive ; elle vit dans la dépendance des autres, probablement celle des siens. Ni désagréable, ni intransigeante, cette jeune fille se fera un plaisir à faire des compromis, en ayant tendance à rechercher l'approbation et l'appui des autres dont elle a besoin, et à orienter sa conduite en fonction de ceux qui lui accordent ce soutien.

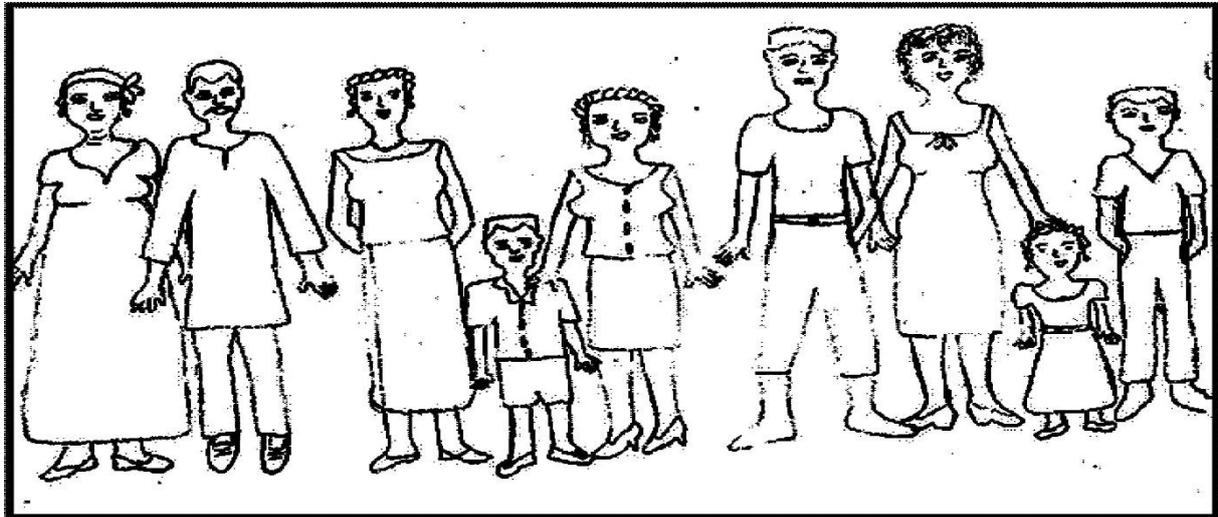
X.2.4. Synthèse des interprétations faites aux différents ordres de facteurs

Gertrude est décrite comme extravertie, orientée vers l'extérieur. On observe, à cet effet, chez elle une identité organisée autour des relations interpersonnelles. Par ailleurs, cette jeune fille présente un tempérament bien ajusté et calme. Souple et capable de faire face aux émotions, elle est moins anxieuse que la majorité des personnes. A ce titre, la plupart du temps, elle est détendue et éprouve peu de sentiments de frustration. En sus, cette adolescente est entreprenante et décidée ; elle est pleine de ressort. Cependant, elle peut parfois s'obstiner dans sa manière de penser et être insensible aux subtilités. Enfin, Gertrude est décrite comme ayant une orientation tempéramentale soumise, et agréable, tolérante et serviable. Elle se présente comme modérée et passive ; elle vit dans la dépendance des autres, probablement celle des siens. Ni désagréable, ni intransigeante, cette jeune fille se fera un plaisir à faire des compromis.

Tableau 57: Calcul des notes standards obtenues par Gertrude aux facteurs globaux

Facteurs de premier ordre	Q I Extraversion		Q II Anxiété		Q III Dynamisme		Q IV Indépendance	
	+	-	+	-	+	-	+	-
A 8	3 24		1 8			2 16		
B 8						1 8		
C 7				3 21				1 7
E 6	2 12				3 18		4 24	
F 7	3 21				2 14			
G 8	1 8		1 8					1 8
H 9	3 27			3 9	4 36			
I 4			1 4			2 8	1 4	
L 4	1 4		1 4		5 20		1 4	
M 1		1 1		1 1		2 2	3 3	
N 2		1 2						1 2
O 4		1 4	3 12			1 4		2 8
Q ₁ 0						1 0	3 0	
Q ₂ 5		3 15					2 10	
Q ₃ 8				1 8	2 16			
Q ₄ 4	1 4		4 16		1 4			
C	10		25		10		5	
Total +	112		74		118		50	
Total -		- 23		- 39		- 38		- 25
Total Général	112 - 23 = 89		74 - 39 = 35		118 - 38 = 80		50 - 25 = 25	
/ 10	8,9		3,5		8		2,5	

X.3. Résultat du test de dessin de famille réalisé par Gertrude



Dessin 10 : Dessin de famille réalisé par Gertrude

La jeune fille a, dans son dessin, disposé les personnages de la manière suivante : de la gauche vers la droite, nous avons sa mère, son oncle maternel, cadet de sa mère, l'épouse de son oncle, et après celle-ci viennent ses trois (3) cousins. La sujette, elle-même, est au 7^{ème} rang, suivie de sa benjamine et de son cadet. Le dessin est expressif. Tout d'abord, les traits sont parfaits et les dessins bien faits. Ensuite, nous remarquons que presque tous les personnages sont souriants. C'est une famille au sein de laquelle il fait bon vivre. Il y a beaucoup de chaleur et de vie. Gertrude a pris soin de mettre en évidence, à travers le dessin, la cohésion familiale, la qualité des interrelations familiales. Elle montre l'attachement, le lien affectif fort qu'il y a entre sa mère et son oncle maternel (très proches l'un de l'autre). On remarque ce même rapprochement entre d'une part ses cousins entre eux (personnage 5 qui pose sa main sur l'épaule du personnage 4, témoignant de la tendresse, les personnages 5 et 6 qui se tiennent pratiquement les mains) et entre elle et ses cousins (personnages 6 et 7 très proches) et d'autre part entre Gertrude et ses frères car cette dernière pose affectueusement sa main sur la tête de leur benjamine. Cela peut supposer que les plus grands protègent et encadrent les plus petits. C'est donc l'unité et la cohésion familiale qui sont ici magnifiées.

X.4. Résultats de Gertrude aux diagnostics cliniques

Nous présentons ici deux (2) résultats ; d'abord, des informations recueillies des archives de la structure qui avait précédemment suivi l'enquête (premier tableau) et ensuite, les données de la collecte faite par nous-même dans le cadre de cette étude (deuxième tableau).

Tableau 58: Symptômes présentés par Gertrude tels que relevés au CAPPS

Catégories de Symptômes	Manifestations cliniques
Symptômes d'intrusion ou de reviviscence	Souvenirs intrusifs, images flash-backs
Symptômes d'évitement et d'émoussement	Eviter pensées et sentiments évocateur, sentiment de détachement d'autrui, avenir bouché
Symptômes Neurovégétatifs	Sommeil interrompu, difficulté d'endormissement, difficulté de concentration

Les psychologues du CAPPS avaient diagnostiqué chez cette jeune fille la pathologie traumatique de l'ESPT, eu égard à la richesse des symptômes présentés.

Tableau 59: Résultats du test d'inventaire-échelle administré à Gertrude

	RUBRIQUES	MANIFESTATIONS CLINIQUES
SYNDROME DE REPETITION (Spécifique)	1- RICHESSE DU SD. DE REPETITION	NEANT
	2 - VECU PSYCHIQUE DU SD DE REPET.	NEANT.
	3- ACCOMPAGNEMENT NEUROVEGETATIF	NEANT
	4- FREQUENCE DES REPETIONS	NEANT.
	5- SENSIBILITE AUX STIMULI	NEANT.
AUTRES SYMPTÔMES NEVROTIQUES (Non-spécifiques)	6- ANXIETE GENERALISEE	Inquiétude
	7- ASTHENIE	Epuisement à l'effort
	8- SYMPTÔMES DE PSYCHONEVROSES	NEANT.
	9- TROUBLES PSYCHOSOMATIQUES	NEANT.
	10- TOUBLES DU COMPORTEMENT	NEANT.
PERSONNALITE TRAUMATO-NEVROTIQUE	11- ETAT D'ALERTE	NEANT.
	12- SYNDROME D'EVITEMENT	NEANT.
	13- PERTES DES INTERÊTS	NEANT.
	14- REGRESSION NARCISSIQUE	NEANT.
	15- RELATION SOCIALE	NEANT.

Le tableau montre une absence totale de symptômes chez la jeune fille au niveau des symptômes spécifiques de l'ESPT que sont le syndrome de répétition et la modification de la personnalité. Ce qui signifie qu'il y a certainement eu un remaniement des symptômes présentés dans le tableau précédent. Toutefois, le tableau que nous analysons souligne chez l'enquêtée la présence de symptômes névrotiques. Ces symptômes étant non-spécifiques de l'ESPT, on en déduit que cette adolescente est susceptible de présenter un problème psychopathologique, mais pas celui de l'ESPT.

X.5. Conclusion des résultats de Gertrude

La jeune fille que nous avons interviewée est promue à une réussite sociale, à la célébrité et l'aptitude à manager eu égard à ses potentiels intérieurs. En effet, cette adolescente a une identité organisée autour des relations interpersonnelles. Intelligente, elle a une capacité de raisonnement au-dessus de la moyenne et une tendance à avoir un meilleur moral. Elle a aussi plus de persévérance et montre beaucoup d'intérêt pour l'école. Elle est intellectuellement orientée et a une intelligence vive parce qu'elle est généralement désireuse d'acquérir de nouvelles connaissances. Gertrude est une personne résistante. Flegmatique et encline à prendre la plupart des choses dans leur rythme de croisière, elle est rarement troublée par les hauts et les bas de la vie. Ainsi, elle est peu susceptible d'éprouver des sentiments de dépression et de découragement. En outre, cette adolescente se définit comme une personne perfectionniste, conventionnelle, organisée et auto-disciplinée. A cet effet, elle est méthodique et ordonnée dans le travail et préfère la compagnie des gens efficaces. Elle est soucieuse de maintenir son intégration sociale. En ce sens, elle peut réprimer activement les idées et les impulsions qui pourraient être considérées comme socialement inacceptables. La maîtrise de soi est un des traits caractéristiques de la personnalité de cette adolescente, car elle montre une capacité à contrôler son comportement ainsi que ses émotions, particulièrement la colère, la haine et l'anxiété. Notre sujette s'inquiète de l'estime que les autres forment sur elle. Pour ce faire, avec peu de tolérance pour l'ambiguïté et le trouble, elle s'efforce à respecter les règles et les lois. C'est la raison pour laquelle, Gertrude se voit elle-même comme respectueuse et responsable de bonnes mœurs, logique et capable de concentration. Par ailleurs, grâce aux appuis de l'environnement social (attention, affection et aide), cette jeune fille a tendance à être plus enthousiaste, moins timide et moins inhibée en société.

XI. CAS N°11: SUJET PIERRE

XI.1. Résultats de l'anamnèse de Pierre

XI.1.1. Identification

Pierre est élève en classe de sixième (6^{ème}). Il a treize (13) ans et vit dans la localité de Man avec toute sa famille au quartier Douyagouiné 2. Au déclenchement de la guerre, il avait environ sept (7) ans.

XI.1.2. Histoire familiale et personnelle

Pierre est le second d'une fratrie de quatre (4). Il a une aînée, un petit frère et une sœur cadette. Son père est photographe et sa mère exerce le métier de couture. Quand la guerre, débutée à Abidjan, s'est étendue aux localités de l'Ouest de la Côte d'Ivoire, le jeune Pierre vivait avec ses parents à Man. Le contrôle de la partie occidentale du territoire ivoirien a donné lieu à de nombreux combats entre d'une part les FANCI et les factions rebelles, et d'autre part entre les factions rebelles elles-mêmes. Ces forces se sont affrontées à plusieurs reprises dans cette zone du pays, et elles ont contraint les populations civiles à fuir ces zones de violents combats pour trouver refuge dans des contrées on ne peut plus paisibles. C'est ainsi que la famille du jeune garçon a quitté précipitamment la ville de Man qui a particulièrement été le théâtre de nombreuses batailles violentes, pour celle de Biankouma. Pierre nous a raconté leur exode : *« nous avons marché jusqu'à Biankouma .Nous avons fait plus d'un jour de marche. J'étais fatigué mais mes parents m'ont obligé à marcher. Nous avons marché dans la brousse. J'ai vu plusieurs cadavres sur la route. Il y avait aussi des personnes qui étaient blessées. Certains d'eux demandaient de l'aide mais il n'y avait personne pour leur porter secours. Les bruits des fusils et des bombardements m'ont fait beaucoup peur .Quand on est arrivé à Biankouma, mes pieds étaient enflés ⁽¹⁾ et me faisaient mal».*

Il dit être passé par des moments de perturbations psychologiques : *« avant, quand je dormais ; je voyais les gens crier, en rêve, je voyais des morts et des avions qui bombardaient des villes et tous les gens couraient».* Ces rêves reproduisaient tout ou partie de la scène traumatique de la guerre.

Après une période d'accalmie, Pierre et sa famille sont revenus à Man où ils étaient domiciliés. Ils ont commencé, chacun de son côté, à reprendre les activités d'avant-guerre. Ainsi, la mère a repris la couture, son père est retourné dans son studio et notre interlocuteur a, quant à lui, repris le chemin des classes après deux (2) années d'interruption (2003-2004).

Mais aujourd'hui, déclare-t-il: *« je ne fais plus les rêves où il y a la guerre partout ».* Ses propos sont corroborés par son père dont nous livrons un extrait du discours: *« avant ⁽²⁾ Pierre ne pouvait pas dormir s'il n'y a personne auprès de lui et il ne faut pas lui demander de dormir dans le noir. Quand il se réveillait dans la nuit et qu'il constatait que la lumière*

¹Il avait des œdèmes aux pieds

² Il faut entendre par "avant", la période postconflit immédiate.

était éteinte, il criait. Quand il a repris les cours il ne voulait pas quitter la maison, il ne voulait pas se séparer de ses parents que nous sommes. Mais aujourd'hui, tout cela est passé, il dort sans problème, il va correctement à l'école ».

XI.2. Résultats de Pierre au test de 16 PF.

XI.2.1. Correction de test et représentation graphique

Tableau 60 : Correction de test de Pierre pour les notes obtenues en facteurs de premier ordre

FORME B		
Facteurs	Notes brutes	Notes standards
A	12	07
B	11	09
C	18	08
E	14	05
F	24	10
G	14	07
H	19	08
I	03	00
L	06	01
M	08	02
N	08	04
O	05	01
Q1	13	07
Q2	07	04
Q3	16	09
Q4	13	05

Dans les lignes qui suivent, nous passons à la représentation graphique et à l'interprétation des notes standards du tableau précédent.

FEUILLE DE PROFIL DU 16 PF de Pierre

FACTEUR	NOTES BRUTES		NOTES BASSES	ETALONNAGE EN 11 CLASSES											NOTES ELEVEES		
	Forme B	Note stand.		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10			
A	12	07	Réservé, détaché, critique, distant, rigide. Sizothymie						A								Ouvert, chaleureux, facile à vivre, coopérant. Affectothymie
B	11	09	Lenteur d'esprit. Niveau intellectuel bas						B								Esprit brillant. Niveau intellectuel élevé
C	18	08	Émotif, tourmenté, versatile. Faiblesse du moi						C								Stable, émotionnellement mûr, calme, fait face à la réalité. Force du moi
E	14	05	Modeste, doux, cède facilement, docile, accommodant. Soumission						E								Autoritaire, agressif, esprit de rivalité, entêté. Domination
F	24	10	Posé, silencieux, sérieux. Désurgence						F								Insouciant, enthousiaste. Surgence
G	14	07	Opportuniste, qui esquive les lois. Faiblesse du moi						G								Conscientieux, tenace, moralisateur, posé. Force du surmoi
H	19	08	Timide, méfiant. Threctia						H								Audacieux, spontané, sociable. Parmia
I	03	00	Dur, satisfait de soi, réaliste. Harria						I								Tendre, sensible, dépendant. Premsia
L	06	01	Confiant, accommodant. Alaxia						L								Soupçonneux, difficilement dupe. Protension
M	08	02	Pratique, soumis aux contingences. Praxernia						M								Imaginatif, bohème, distrait. Autia
N	08	04	Direct, sans prétention, sincère, mais maladroit en société. Naïveté						N								Rusé, policé, socialement averti. Clairvoyance
O	05	01	Confiant, placide, sans anxiété, optimiste, serein. Harmonie tranquille						O								Anxieux, sentiment de culpabilité, inquiet, tourmenté. Tendance à se culpabiliser
Q ₁	13	07	Conservateur, respectueux de la tradition. Conservatisme						Q ₁								Innovateur, libéral. Radicalisme
Q ₂	07	04	Dépendant du groupe, « suiveur », adepte convaincu. Attachement au groupe						Q ₂								Se suffisant à lui-même, plein de ressources, résolu. Indépendance personnelle
Q ₃	16	09	Incontrôlé, en conflit avec soi, négligent, impulsif, négl. des convenances. Faible intégration						Q ₃								Contrôlé, exigeant, formaliste, soucieux de son image. Forte maîtrise de soi
Q ₄	13	05	Détendu, tranquille, nonchalant, calme. Faible tension ergétique						Q ₄								Tendu, frustré, surmené. Haute tension ergétique

Tableau 61 : Tableau graphique du profil de personnalité de Pierre.

XI.2.2. Interprétation des mesures des facteurs primaires

Pierre a obtenu la note élevée (7) en facteur A. Il se situe dans le pôle positif A+ et se présente comme un sujet chaleureux, facile à vivre, sociable, compétent, tendre et aimable. Etant ouvert, il exprime ses émotions et a une bonne faculté d'adaptation. Il porte un niveau d'attention et d'intérêt important aux autres. En outre, il se montre généreux dans ses relations personnelles et ne redoute pas la critique, moins troublé par la critique. Généralement, il est apte à se rappeler le nom des gens.

Au facteur B, ce jeune homme est noté (9). Le contenu des items montre en ce facteur, une personne B+ qui se situe non pas au stade de la pensée concrète, mais plutôt au stade de la pensée abstraite, c'est-à-dire caractérisé par une intelligence vive. Pierre est un individu qui est capable de saisir rapidement les idées et d'apprendre facilement. C'est l'indicateur d'un enfant plus intelligent qui a tendance à avoir un meilleur moral, plus de persévérance, et à montrer plus d'intérêt pour l'école. Cet adolescent est donc un sujet qui présente une capacité scolaire élevée.

La note au facteur C est (8) et révèle la maturité émotionnelle, la stabilité, la sérénité et le réalisme de l'enquêté. Son orientation tempéramentale se définit ainsi par un moi fort qui lui permet une intégration effective et de soutenir le moral du groupe. Cette note élevée en C, indique chez notre sujet, la richesse de l'intégration dynamique de la personnalité.

A l'échelle F, nous avons la note élevée (9). Cette note traduit un caractère insouciant, enjoué qui paraît plein de bonne humeur. Cet adolescent est donc gai, alerte, expressif, animé, serein et énergique. Il présente un niveau plus élevé de spontanéité que la plupart des gens lors de l'action et de la prise de décision. C'est pourquoi il est plus apte à être choisi ou élu comme leader.

Le calcul des notes standards en facteur G donne la note (7) et décrit une force du surmoi. Ce qui signifie que Pierre est d'un caractère consciencieux et posé dominé par le sens du devoir et des responsabilités, préservant, résolu et prévoyant. Généralement, cette victime est une personne qui préfère la compagnie des individus sérieux et travailleurs à celle d'individus amusants. En psychologie, une note élevée en facteur G est généralement d'un bon augure pour les résultats, l'intérêt, la popularité et l'aptitude à jouer le rôle de leader de groupe et, plus tard, succès scolaire et professionnel.

Dans les réponses au questionnaire, Pierre a obtenu la note élevée (8) en facteur H. C'est l'expression d'une résonance (retentissement) émotionnelle riche, d'une assurance en

société et de la sociabilité. Ce jeune garçon se présente comme une personne bienveillante, sensible, cordiale qui aime rencontrer les gens. Il est audacieux, et comme tel, il n'a pas peur d'exprimer ouvertement ses opinions. Par ailleurs, sa « cuirasse » lui permet de supporter sans peine les rebuffades (mauvais accueil, refus hargneux et méprisant) d'autrui, ou les situations émotionnellement éprouvantes.

Concernant le facteur primaire I, le calcul donne à Pierre la note standard (0). Cette note basse est l'indice d'une tournure d'esprit masculine. Cet enfant présente une dimension tempéramentale dure, pratique, mûre, génératrice de solidarité de groupe et réaliste. Il est donc indépendant, prend ses responsabilités et se montre sceptique à l'égard d'élaborations subjectives. Autrement dit, il préfère les décisions basées sur la logique et l'objectivité. Par moments, il peut faire preuve d'insensibilité qui friserait le mépris et le cynisme.

La note obtenue par Pierre en facteur (L) est (1). Cette note faible, en ce facteur, exprime une absence de tendance à la jalousie. Ce jeune homme s'arrange de tout, est plein d'entrain et ne cherche pas à rivaliser. Aussi se préoccupe-t-il du sort des gens et excelle dans le travail en équipe.

Le résultat du calcul effectué en facteur M est (2). Cette note basse indique que le sujet est dans le pôle négatif dudit facteur (M-). Cela exprime que notre sujet est généralement très soucieux de faire « ce qui convient ». Il accorde beaucoup d'importance aux questions pratiques, c'est-à-dire qu'il préfère agir plutôt que théoriser et réfléchir, il préfère l'action à la réflexion, la pratique à la théorie. On relève également qu'il est enclin à rester concentré, à ne pas agir au hasard et s'attache aux détails. En plus, il est capable de garder son sang-froid en cas de danger, mais manque parfois d'imagination.

Pierre a obtenu une note basse (1) en facteur (O) et se présente généralement comme un sujet placide avec des nerfs à toute épreuve : il est sans angoisse, a une solide confiance en lui-même et en sa capacité de régler les problèmes. Il a du ressort et de l'assurance mais se montre moins autocritique que la plupart des gens.

Les réponses données par le même sujet aux questions, lui donne la note élevée (7) à l'échelle Q1. Cette note dénonce un sujet conservateur. En effet, il a toute confiance en ce qu'on lui a appris à croire et accepte toutes les « vérités premières ». Nonobstant leurs contradictions, même lorsque la possibilité d'amélioration est évidente. Il est réticent aux nouvelles expériences et est enclin à s'opposer à tout changement.

Enfin, au facteur Q3, l'adolescent en question acquiert la note élevée (9). Elle est indicative d'un contrôle solide des émotions et du comportement. Ce jeune garçon a tendance

à être plus averti et circonspect. Il manifeste ce que l'on appelle communément de « l'amour propre ». Ce qui fait qu'il soigne sa réputation. Il se montre néanmoins parfois obstiné.

XI.2.3. Calcul et interprétation des notes standards aux facteurs globaux

En QI, la note élevée (9,5) fait de Pierre une personne extravertie, facile à vivre, non inhibée en société. Il sait établir et maintenir les rapports personnels.

La note à l'échelle QII, inférieure à la moyenne (2,7) désigne une personne dont la vie est satisfaisante et qui est capable de mener à bien les choses qui lui paraissent importantes.

Le score réalisé par le jeune Pierre à la dimension globale QIII est supérieure à la moyenne (8,6). Cela signifie que cet adolescent est courageux et déterminé ; il est plein de dynamisme. Il peut être sensible et réceptif, et à cet effet, il est ouvert à d'autres approches. Toutefois, il peut quelque fois s'obstiner dans sa manière de penser et être insensible au savoir-faire.

Au facteur de second ordre QIV (Indépendance), Pierre est dans la moyenne (5,3). Cela traduit que, tantôt cet adolescent est d'un caractère modéré et passif et vit dans la dépendance des autres, probablement de sa famille. Tantôt, il mène une vie indépendante et autodéterminée. Bien qu'il soit parfois accommodant envers les autres, il peut souvent diriger ou être persuasif. Généralement, il n'est pas méfiant et se montre confiant envers les intentions des autres. Aussi, possède-t-il un esprit curieux et critique et recherche des expériences nouvelles.

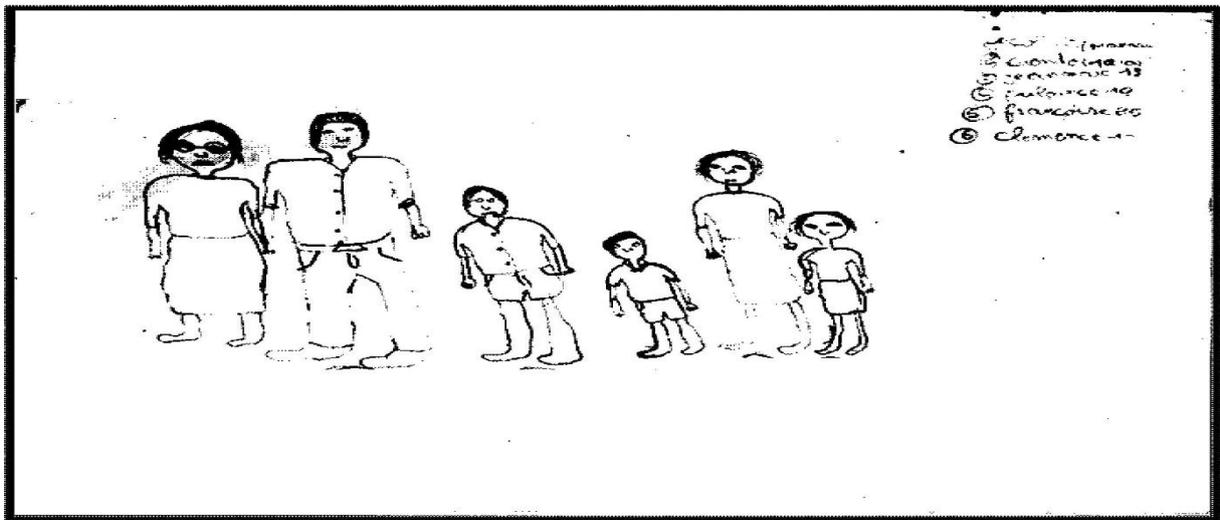
XI.2.4. Synthèse des interprétations faites aux différents ordres de facteurs

Pierre est caractérisé par l'extraversion, c'est-à-dire qu'il est facile à vivre et non inhibée en société. Aussi, il sait établir et maintenir les rapports personnels. Ce jeune garçon fait montre d'une adaptation, faisant de lui un individu dont la vie est satisfaisante et qui est capable de mener à bien les choses qui lui paraissent importantes. En ce sens, cet adolescent se distingue par le courage et la détermination ; il est plein de dynamisme. C'est un individu réceptif. Par ailleurs, sa personnalité est marquée par la bipolarité. En effet, tantôt Pierre est d'un caractère modéré et passif et vit dans la dépendance des autres, probablement de sa famille. Tantôt, il mène une vie indépendante et autodéterminée

Tableau 62: Calcul des notes standards obtenues par Pierre aux facteurs globaux

Facteurs de premier ordre	Q I Extraversion		Q II Anxiété		Q III Dynamisme		Q IV Indépendance	
	+	-	+	-	+	-	+	-
A 7	1 7					6 42		
B 9					1 9		1 9	
C 8				2 16	1 8			
E 5	2 10				1 5		4 20	
F 10	4 40				3 30			
G 7	1 7		1 7			1 7		1 7
H 8	3 24			1 8	1 8		1 8	
I 0		1 0				5 0		
L 1			1 1			2 2	1 2	
M 2				1 2	1 2		3 6	
N 4		1 4				2 8		1 4
O 1		1 1	3 3			1 1		2 2
Q ₁ 7						1 7	2 14	
Q ₂ 4		2 8			1 4		2 8	
Q ₃ 9				1 9		2 18	1 9	
Q ₄ 5	1 5		4 20		1 5			1 5
C	15		30		100			-5
Total +	108		61		171		76	
Total -		- 13		- 34		- 85		- 23
Total Général	108 - 13 = 95		61 - 34 = 27		171 - 85 = 86		76 - 23 = 53	
/ 10	9,5		2,7		8,6		5,3	

XI.3. Résultat du test de dessin de famille réalisé par Pierre



Dessin 11 : Dessin de famille réalisé par Pierre

Notre enquêté a pris le soin, en haut de son dessin, à l'angle droit, de donner l'ordre dans lequel il a disposé les personnages de son dessin. C'est un enfant qui a un niveau scolaire relativement élevé parce qu'il sait compter et n'a pratiquement pas fait de faute dans les noms qu'il a écrit. La production graphique de Pierre est parfaite. Tous les dessins sont parfaits. Dans la disposition des personnages, nous constatons que le sujet a d'abord dessiné sa génitrice, ensuite son père. Il est quant à lui au troisième rang après ses parents, mais en tête de la fratrie. Après lui viennent successivement le benjamin, l'aînée de la famille et sa sœur cadette. Dans l'ordre de positionnement des personnages, nous voyons que la mère vient avant le papa. La suspicion diagnostique peut laisser croire qu'il aime plus sa maman. Mais, il a pris soin de mettre ses géniteurs en amour. Cet enfant le démontre à travers les deux (2) mains enlacées des deux (2) parents. C'est le symbole de l'union et de l'harmonie parentale. C'est une union qui est forte et qu'il reconnaît lui-même. Le dessin énonce implicitement l'atmosphère familiale et la nature des interrelations intrafamiliales (entre parents, entre enfants et entre parents et enfants). L'atmosphère semble bienveillante et paisible. Les relations paraissent affectueuses et courtoises.

Dans la disposition des membres de sa famille, le sujet se positionne tout juste après les parents bien qu'étant de douze (12) ans le cadet de sa sœur aînée. Il ne faut pas y voir nécessairement une tendance phallocrate mais, en notre sens, c'est l'expression d'une estime de soi saine. L'enfant traduit toute son auto-estime ; l'estime de soi affective et l'estime de soi pour ses compétences. En effet, l'enfant montre tout l'intérêt et toute l'appréciation qu'il a de

lui-même, il s'aime et l'exprime clairement à travers le dessin. Il porte sur lui-même un regard bienveillant et montre également qu'il bénéficie de relations affectives de qualité. En outre, Pierre met en exergue l'estime pour ses compétences. Quand on sait que dans la famille, il revient naturellement aux parents d'assurer à leur progéniture le bien-être et il leur incombe de protéger cette dernière, cet enfant, par la position qu'il occupe dans le dessin, dévoile sa volonté et sa capacité à remplir les obligations naturelles des parents en l'absence éventuelle de ces derniers. Ces aptitudes, à soutenir le moral du groupe, à diriger et à régler les problèmes, ont été révélées par le test de 16 PF, au niveau des facteurs C, F et O. Nous remarquons également que les deux (2) garçons de la famille qui sont les seuls scolarisés viennent dans l'ordre avant les filles. Cette remarque pourrait corroborer l'idée précédente, mais peut dénoncer que cet enfant préfère plus la compagnie des gens travailleurs. C'est une disposition comportementale énoncée par le même test de 16 PF en facteur G, et qui décrit ce jeune homme comme une personne préférant la compagnie des gens sérieux et travailleurs à celles des gens amusants.

XI.4. Résultats de Pierre aux diagnostics cliniques

Tableau 63: Symptômes présentés par Pierre tels que relevés à ODAFEM

Catégories de Symptômes	Manifestations cliniques
Symptômes d'intrusion ou de reviviscence	Rêves répétitifs de l'événement provoquant un sentiment de détresse
Symptômes d'évitement et d'émoussement	Effort pour éviter pensées et sentiments évocateurs, effort pour éviter lieux et gens évocateurs, sentiment de détachement d'autrui,
Symptômes Neurovégétatifs	Difficulté de concentration, réaction de sursaut exagérée

Ce tableau, par l'inventaire des symptômes présentés par Pierre, montre que nous avons affaire à un sujet souffrant de l'ESPT.

Tableau 64: Résultats du test d'inventaire-échelle administré à Pierre

	RUBRIQUES	MANIFESTATIONS CLINIQUES
SYNDROME DE REPETITION (Spécifique)	1- RICHESSE DU SD DE REPETITION	NEANT
	2 - VECU PSYCHIQUE DU SD DE REPETITION	NEANT.
	3- ACCOMPAGNEMENT NEUROVEGETATIF	NEANT
	4- FREQUENCE DES REPETITIONS	NEANT.
	5- SENSIBILITE AUX STIMULI	NEANT.
AUTRES SYMPTÔMES NEVROTIQUES (Non-spécifiques)	6- ANXIETE GENERALISEE	Inquiétude, sentiment d'insécurité
	7- ASTHENIE	NEANT
	8- SYMPTÔMES DE PSYCHONEVROSES	NEANT.
	9- TROUBLES PSYCHOSOMATIQUES	NEANT
	10- TROUBLES DU COMPORTEMENT	NEANT.
PERSONNALITE TRAUMATO-NEVROTIQUE (Spécifique)	11- ETAT D'ALERTE	NEANT.
	12- SYNDROME D'EVITEMENT	NEANT.
	13- PERTES DES INTERÊTS	NEANT.
	14- REGRESSION NARCISSIQUE	NEANT.
	15- RELATION SOCIALE	NEANT.

Selon le tableau, le jeune Pierre ne présente aucun symptôme spécifique au PTSD. Cependant, il manifeste des symptômes de l'anxiété. On ne peut donc pas retenir le diagnostic de l'ESPT chez cet adolescent.

XI.5. Conclusion des résultats de Pierre

Pierre fait montre d'une maturité émotionnelle et d'une stabilité, d'une sérénité et d'un réalisme remarquables. Son orientation tempéramentale se définit ainsi par un Moi fort traduisant chez lui la richesse de l'intégration dynamique de la personnalité. Sa « cuirasse » lui permet de supporter sans peine les rejets d'autrui ou les situations émotionnellement éprouvantes. Le charisme de ce jeune garçon est tel qu'il présente un niveau plus élevé de spontanéité que la plupart des individus lors de l'action de la prise de décision. C'est la raison pour laquelle il peut soutenir le moral du groupe. Il présente une force du Surmoi. A cet effet, il est d'un caractère consciencieux et posé, dominé par le sens du devoir et des responsabilités. Persévérant et résolu, cet adolescent préfère généralement la compagnie des individus sérieux et travailleurs à celle d'individus amusants. Il a du ressort et de l'assurance, c'est-à-dire une solide confiance en lui-même et en sa capacité de régler les problèmes. Subjectivement, il se voit lui-même comme respectueux, capable de concentration, soucieux de réfléchir et d'assurer les responsabilités ainsi que les obligations. Par ailleurs, il est placide avec des nerfs à toute épreuve et a un contrôle solide des émotions et du comportement. C'est l'expression chez lui d'une résonance émotionnelle riche, énergique et pleine de possibilités. En cela, il se montre comme un individu détendu, patient et dépourvu de stress. Il présente donc un faible niveau d'anxiété comme l'indique la note obtenue en QII (2,7). De ce fait, il mène une vie satisfaisante et est capable de bien conduire les choses qui lui paraissent importantes. A travers la signification des facteurs, les traits de personnalité identifiés chez Pierre nous amènent à considérer qu'au plan social et humain, il est tourné vers l'extérieur. Aussi est-il un sujet qui est ordinairement de bonne humeur avec une dimension tempéramentale mûre, réaliste et enjouée. Expressif et facile à vivre, sociable et coopérant, détendu et aimable, cette victime exprime ses émotions, sait établir et maintenir des relations personnelles. Il se présente également comme bienveillant et chaleureux. A ce titre, il aime rencontrer les gens et à leur porter un niveau d'attention et d'intérêt importants. En somme, ce jeune homme est extraverti avec une bonne faculté d'adaptation. En sus, il se situe au stade de la pensée abstraite, c'est-à-dire caractérisé par une intelligence vive. En ce sens, il est capable

de saisir rapidement les idées et d'apprendre facilement. Intelligent, Pierre a tendance à montrer plus d'intérêt pour l'école, à avoir un meilleur moral et à avoir singulièrement de la persévérance.

Dans ce premier chapitre de cette deuxième partie, nous avons essayé de présenter les différents cas à l'étude grâce aux instruments de collecte de données utilisés. Ces instruments ont permis de recueillir des informations riches tant dans leur contenu que dans les possibilités d'analyses. Dans un souci de clarté, nous allons, dans un second chapitre, essayer d'expliquer et de comprendre les répercussions de la guerre chez ces sujets sur les plans individuel et social.

CHAPITRE II : DEVENIR PSYCHOSOCIAL DES ADOLESCENTS

APRES LES EVENEMENTS DE LA GUERRE

Il nous est apparu nécessaire, avant d'aborder le volet des conséquences de la guerre proprement dit, de nous arrêter un tant soit peu sur les événements potentiellement traumatiques vécus par les sujets que nous avons rencontrés. Car, la compréhension des séquelles psychotraumatiques est, dans bien des cas, en rapport avec les événements vécus.

I. EVENEMENTS VECUS

Un événement est un fait marquant qui se produit dans la vie d'un individu. Le vécu, c'est tout ce dont les adolescents ont fait l'expérience, soit comme victimes, ou acteurs (actifs ou passifs), soit comme simples témoins de la scène traumatique.

I.1. Transgression des tabous

Elle se décline en trois (3) réalités vécues qui sont : le viol, l'inceste et le cannibalisme ou l'anthropophagie.

I.1.1. Viol et violences sexuelles

Le viol est un acte de violence sexuelle exercé contre la personne d'autrui. Cet acte a la particularité d'être involontaire pour la victime, et imposé par son auteur.

Mais quel sens revêt le viol pour leurs auteurs et surtout pour les victimes ?

Pour les auteurs, l'acte de viol est l'expression de leur virilité. En effet, les victimiseurs sexuels veulent prouver et se prouver qu'ils sont forts. Pour ces derniers, ce n'est pas tant le sexe qui importe, le viol serait plutôt une question d'humiliation, de domination. C'est une arme de guerre, de vengeance, un crime de pouvoir. La satisfaction sexuelle serait juste optionnelle.

En ce qui concerne les victimes, la réalité est toute autre. Le viol entraîne une déflagration psychologique chez ces dernières. Elles se sentent humiliées, déshonorées, salies

et souillées dans leurs corps. Elles ne se sentent plus inscrites au rang de la race humaine qui naturellement jouit de la dignité, du respect et de la considération.

Racontant leurs victimisations, les victimes ont dit : « *quand on nous a amené en brousse, quatre (4) rebelles ont couché avec moi. Un tenait mes deux (2) mains, deux (2) autres écartaient mes jambes et le quatrième me violait. Ils se remplaçaient.* » (Dina); « *ils nous obligeaient à avoir des rapports avec eux. Ils couchaient avec nous comme ils voulaient et quand ils voulaient. Après ils venaient se moquer de nous en disant que ce sont eux qui nous ont "déviergées"⁽¹⁾»». (Safira)*

Suivant les propos des enquêtés, les viols présentent des caractéristiques invariables. De fait, le caractère collectif et répétitif, ainsi que la cruauté avec laquelle les violeurs ont agi, ont été les constantes de ces viols. Ces actes ignobles ont été commis en association. En outre, les bourreaux ont pris du plaisir à faire souffrir et à voir souffrir leurs victimes. Non satisfaits de tout cela, ces derniers se sont moqués de certaines parties du corps des victimes. Ils ont souvent reproduit en présence de « leurs conquêtes » la scène du viol et surtout leurs réactions pendant le forfait. Concernant les jeunes filles vierges, leurs victimaires leur ont rappelé que ce sont eux qui les ont déflorées. Et tout cela, non sans une nuance d'ironie dans le ton. C'est de la part de ces victimiseurs sexuels l'expression d'un véritable sadisme.

A cela, il faut aussi ajouter l'immaturation physiologique des sujets, et le sentiment d'impuissance vécu au moment de l'acte. Ces jeunes filles sont des pré-adolescentes et elles sont particulièrement affectées par les viols qu'elles ont subis dans la mesure où ces agressions sexuelles se sont produites dans une période de vie où le développement psychosexuel et les transformations corporelles sont en plein essor. En période prépubertaire, les viols ne peuvent que briser, escamoter ou mettre fin à l'éclosion de l'identité sexuelle. Tous ces faits présentent un potentiel traumatique réel.

I.1.2. Inceste

L'inceste est une relation sexuelle entre des parents. S'il est acquis et reconnu que l'inceste a une forte potentialité traumatique pour la victime, il n'en demeure pas moins certain que l'auteur subisse comme la victime les conséquences psychologiques de la transgression de ce tabou social. C'est un acte qui est généralement réprouvé dans la plupart des sociétés humaines et qui expose son auteur à une réprobation sociale. Cette réprobation

¹La jeune fille voulait plutôt dire que « ce sont eux qui nous ont fait perdre notre virginité ».

n'est pas sans conséquence quand on sait que tout être humain est un produit social. C'est un acte sexuel qu'un de nos sujets a rapporté. En effet, il a révélé avoir eu des rapports sexuels avec son aînée sur ordre de son chef de guerre : « *il (son chef de guerre) m'a demandé de violer ma grande sœur devant tout le monde* », a confié Amnon. Par cette demande expresse, sinon par cette contrainte, le chef de guerre a voulu délibérément opposer l'enfant à sa famille, et au-delà, à sa communauté toute entière. C'est ainsi l'institution de la reconnaissance de cet enfant, la base et le symbole de sa filiation qui est attaquée.

I.1.3. Cannibalisme ou anthropophagie

L'anthropophagie, encore appelée le cannibalisme est le comportement qui consiste, pour un individu, à manger de la chair humaine ou à boire du sang humain. C'est une pratique à laquelle certains de nos sujets disent s'être adonnés. C'est le cas de Léon qui s'est exprimé en ces termes : « (...) *Je ne voyais pas l'homme comme l'homme, je voyais l'homme comme viande qu'on mange. Et j'ai mangé beaucoup l'homme plusieurs fois* ». Un autre, en la personne d'Ismaël nous a fait part de son expérience : « *on nous donnait du sang à boire* ». Amnon a, pour sa part, révélé ceci : « *J'ai aussi tiré sur des gens et puis j'ai mis leur sang sur mes fétiches et j'ai bu aussi.* »

I.2. Actes d'homicide

L'homicide est l'action de donner la mort à un être humain vivant. Quatre (4) des sujets que nous avons interrogés ont été des ex-enfants soldats. Ce sont, Ismaël ; Boris ; Léon ; Amnon. Ils ont été sur les lignes de front, en première ligne, c'est-à-dire combattant aux côtés des différentes forces non-gouvernementales. C'est le cas de Léon qui dit avoir combattu à Petit Logoualé, Bangolo et à Fangolo. Le sujet Ismaël dit avoir combattu à Séguéla, à Daloa, à Bangolo et à Man. Si le premier reconnaît avoir tué des soldats adverses et même des populations civiles, le second, quant à lui, réfute tous ces faits, car dit-il « *j'ai tiré sur des gens, mais je ne sais pas s'ils sont morts* ». Les deux (2) autres reconnaissent comme le premier avoir exécuté des personnes sous les ordres de leurs chefs : « *le chef Rougeo m'a demandé d'achever les prisonniers libériens qu'on avait attrapés* » a affirmé Amnon. Le sujet Boris a, quant à lui, rapporté ce qui suit : « *j'ai "sôgô"⁽¹⁾ des gens avec mon couteau.* »

¹Signifie dans le nouchi, jargon ivoirien, poignardé à mort.

De toute évidence, les sujets qui ont participé activement à la guerre, ont été auteurs d'actes d'homicide.

I.3. Perte d'un être cher et de biens

La majorité de nos sujets (8/11) ont déclaré avoir perdu un être cher. Ce fut d'ailleurs pour certains d'eux la raison qui a motivé leur ralliement à des forces non gouvernementales. Les propos du jeune Amnon illustrent bien nos analyses et sont édifiants en la matière « *Quand les rebelles sont arrivés au village, ils sont venus chez nous. Ils ont dit qu'ils voulaient voir mon papa. Quand il s'est présenté, ils l'ont mis à genou et ont commencé à le frapper. Comme mon papa élevait les porcs, ils ont tué tous les porcs. Ensuite, ils sont rentrés dans la maison, ils ont fouillé toute la maison, ils ont pris tous les biens qu'on avait. Ils ont demandé à ma maman et à mon papa de leur donner tout l'argent qu'ils ont. Après ça, ils ont brûlé tous les papiers de mon papa. Ils ont chargé tout ce qu'ils avaient pris chez nous dans leur KIA et en partant, ils ont tiré sur mon papa et il est mort devant nous [...] C'est à cause de la mort de mon père que je suis entré dans la rébellion. C'est à cause de ce que les libériens ont fait que ma famille est devenue pauvre. Je voulais retrouver ceux qui nous ont rendus pauvres en tuant mon papa.* »

Gertrude affirme que son père a été enlevé pour une destination inconnue par des éléments armés. Voici sa déclaration : « *Quand ils sont arrivés chez nous, ils ont violenté notre maman et parce que notre papa a voulu s'interposer, ils l'ont frappé. Par la suite, ils ont tout volé et saccagé. En partant, ils ont pris mon père avec eux et ils nous ont dit qu'on ne le reverra plus* ». Le père d'Eliot est, lui également, porté disparu.

Aussi tous les sujets interrogés ont-ils déclaré avoir perdu beaucoup d'objets (vêtements, jouets). Quand on sait l'attachement et la valeur affective que les enfants ont pour des objets personnels, leur perte n'est donc pas anodine, mais significative.

I.4. Torture

La crise militaro-politique ivoirienne a été un terrain de mise en œuvre d'actes de tortures diverses. Les sujets que nous avons interviewés ont affirmé avoir subi plusieurs actes

de tortures. A travers leurs récits, les techniques de torture que nous avons identifiées sont les suivantes :

- transgression des tabous et les avanies infligées par les viols et autres sévices sexuels ;
- moquerie sur la nudité des jeunes filles et leurs réactions pendant la scène du viol ;
- injonction faite à certains sujets à torturer des prisonniers de guerre, des membres de leurs familles ou leurs communautés ;
- contrainte à assister au viol, à la torture de leurs proches et à l'incendie de leurs biens (maisons, greniers, etc.) ;
- frayeur délibérément induite par les simulacres d'exécution, les tentatives d'assassinat ;
- supplice du fouet ;
- actes de profanation (cimetière, case des masques, etc.)
- privation de nourriture et/ou de boisson.

Les mécanismes de torture peuvent entraîner une effraction, pire, une destruction psychique chez les sujets à cause de leur nuisance psychopathogène. Ces actes peuvent amener les sujets à se déprécier, et les conduire à la dépersonnalisation ; c'est-à-dire que les sujets ont l'impression de ne plus être eux-mêmes, en tant que personne physique et psychique. Ils peuvent perdre le sentiment de leur propre réalité, de leur identité, de la réalité de leurs corps, et le tout accompagné d'un intense sentiment d'étrangeté et d'une grande angoisse. Pour cette raison, il est admis qu'un des caractères fondamentaux de toute torture est les conséquences psychologiques sur les individus.

Notre immersion dans le vécu traumatique des adolescents révèle une constante. En effet, les événements ont la particularité d'être violents et menaçants pour la vie ou bien l'intégrité physique ou psychique, ou encore d'avoir porté atteinte aux biens et patrimoines des sujets. Qui plus est, ces événements ont été vécus dans l'effroi, l'horreur et le sentiment d'impuissance.

Tous ces événements illustrent l'immense variété des expériences humaines traumatiques que les adolescents ont subies. Nous sommes, dans la plupart des cas, en présence de plusieurs traumatismes. Ces actes de déshumanisation ont à coup sûr des conséquences dramatiques sur la vie de ceux qui les ont vécus. Si l'on estime l'adversité de tous les événements sus-présentés sur l'être humain, on comprend bien tout l'intérêt porté à

leurs incidences potentielles dans la vie de ces enfants. Quelles sont donc ces incidences sur les plans psychopathologique et social ?

II. REPERCUSSIONS PSYCHOPATHOLOGIQUES ET SOCIALES DE LA GUERRE

Les incidences négatives de la guerre sur nos enquêtés sont de deux (2) ordres : les répercussions psychopathologiques et les conséquences sociales. Dans cette section de notre travail, nous passons en revue tous les éléments faisant partie des complications psychopathologiques et psychosociales des traumatismes de guerre. Nous énumérons les problèmes psychologiques et sociaux de la guerre pour ces adolescents. En d'autres termes, il s'agit de présenter les différentes formes sous lesquelles se manifestent les traumas, c'est-à-dire notamment, comment ces derniers expriment leurs souffrances psychiques et leurs difficultés sociales liées au conflit armé ivoirien ; souffrances et difficultés qui sont toujours présentes en dépit du temps écoulé, même si elles ne sont pas toujours visibles pour certains.

II.1. Répercussions psychopathologiques

Les incidences de la guerre sur le psychisme des individus sont significatives. Une analyse approfondie et la confrontation des cas cliniques décrits dans le chapitre précédent permettent, dans celui-ci, de présenter l'éventail de réactions que présentent les sujets face aux événements potentiellement traumatiques.

L'impact psychopathologique de la guerre chez nos sujets est caractérisé par l'ESPT durable. Ce syndrome post-traumatique présente deux (2) syndromes pathognomoniques (le syndrome de répétition et l'altération de la personnalité). Par ailleurs, des symptômes non spécifiques lui sont souvent associés.

II.1.1. Syndrome de répétition

C'est le fait pour le sujet de revivre son expérience traumatique intensément, de manière récurrente et contre son gré. Le syndrome de répétition, aussi dénommé les reviviscences intrusives et anxiogènes, est pathognomonique du syndrome psychotraumatique. Nous avons

identifié sept (7) modalités cliniques différentes : reviviscence hallucinatoire, l'illusion de reviviscence, le souvenir forcé, la rumination mentale obsédante, le vécu comme si l'événement allait se reproduire, agir comme si l'événement se reproduisait ou conduites de répétition.

II.1.1.1. Reviviscences hallucinatoires

Ce sont des perceptions pathologiques de faits, d'objets qui n'existent pas, de sensations en l'absence de tout stimulus extérieur. Elles sont éphémères et fugitives et exercent des effets intenses. Les hallucinations de répétition que nous avons soulignées chez nos sujets sont visuelles « *quand je reviens de la ville et puis j'arrive vers le siège de la croix rouge, c'est comme si je vois des soldats qui sont devant et quand je veux bien regarder je ne vois rien* » (Marthe) ; auditives « *souvent, c'est comme si j'entends les cris des femmes que les gens violaient.* » (Safira).

II.1.1.2. Illusions de reviviscence

A la différence de la présente manifestation clinique, les illusions de reviviscence correspondent à des formes réellement perçues. Dans le cas d'espèce, nous citons la sujette Dina qui est apeurée, terrifiée, à la vue de personnes portant des armes parce qu'elle a été violée par des hommes en armes. C'est un constat que nous avons fait lors de nos différentes rencontres.

II.1.1.3. Souvenir forcé

Il se distingue des reviviscences par hallucination ou illusion en ce sens que c'est l'idée de l'événement qui surgit à l'esprit sans image ni son chez les victimes. C'est souvent le nom de tel ou tel proche tué qui revient obstinément à l'esprit, sans être accompagné d'image. C'est l'exemple d'Eliot qui a fondu en larmes lorsqu'il faisait le récit de son histoire traumatique. En effet, l'évocation des faits, l'a fortement ému et ébranlé.

II.1.1.4. Rumination mentale obsédante

C'est une évaluation alarmiste des causes et des conséquences de l'évènement. Ainsi, les sujets se disqualifient, se culpabilisent de façon exagérée, envisagent l'évènement comme source d'une modification dramatique et durable de leurs personnes et de leur qualité de vie, où ils appréhendent leur futur de façon définitivement pessimiste. Dans ce cas, des interrogations incessantes du genre « *mais pourquoi, on a fait quoi aux gens?* » (Rosine), et des jérémiades répétées telles « *Mes parents font comme si c'est moi qui ai provoqué ça* » (Safira), « *regardez comme je suis devenue* » (Dina) et « *rien n'est plus comme avant* » (Eliot), s'imposent à l'esprit des sujets.

II.1.1.5. Vécu comme si l'évènement allait se reproduire

C'est une autre variante clinique du syndrome de répétition. De fait, la victime a l'air d'être rattrapé par l'évènement et en éprouve la détresse originelle. « *Souvent, quand je suis là, j'ai peur comme si les mêmes choses allaient arriver à Abidjan* ». (Rosine).

II.1.1.6. Agir comme si l'évènement se reproduisait ou conduites de répétition.

Ici, il y a le besoin de raconter verbalement l'évènement traumatique, récit répétitif sur l'évènement traumatique qui finit par lasser l'entourage. C'est le cas de dame G. (mère de Eliot) qui a témoigné de la réaction de son fils, en ces termes : « *il (son fils) raconte toujours les mêmes choses. Il dit que des gens en armes le poursuivent toutes les nuits.* » un autre signe clinique est l'attirance pour les spectacles violents. C'est le propre de tous les adolescents qui ont participé à la guerre en tant que combats (Ismaël, Boris, Léon, Amnon). Ils aiment les films de guerre où il y a de la violence partout.

II.1.1.7. Cauchemar de répétition

C'est un rêve pénible dont l'élément dominant est le vécu traumatique de la guerre. En proie à ces cauchemars, les enfants ont des sommeils agités, se réveillent en sursaut et crient souvent en pleine nuit. A ce sujet, Boris nous a confié ceci : « *souvent quand je dors, c'est*

comme si j'étais dans la guerre. Et quand je me réveille, mon cœur bat fort et il y a parfois la sueur sur moi.» ;

« y a des nuits, je rêve et je suis au front. Les autres m'attrapent, et puis je deviens leur prisonnier. » (Ismaël)

II.1.2. Altération de la personnalité

Elle cumule trois manifestations : blocage des fonctions de filtration de l'environnement, blocage des fonctions de présence au monde et enfin blocage des fonctions d'amour et de relation à autrui.

II.1.2.1. Blocage des fonctions de filtration de l'environnement

La victime n'est plus à mesure de discerner dans l'environnement ce qui est menaçant et nocif de ce qui est inoffensif. Elle est constamment sur la défensive, sur ses gardes et comme dans l'attente d'une attaque. Dans cette condition, la victime réagit anormalement aux signes venant de l'environnement. C'est ce qu'évoquent certains sujets : *« quand j'entends un bruit, je sursaute, je pense que c'est un coup de fusil »* (Safira) ; *« le bruit des hélicoptères des militaires me fait avoir peur »* (Dina). En réalité, cette jeune fille dit avoir subi plusieurs bombardements de la ville de Man, dont ceux des hélicoptères MI-24 de l'armée ivoirienne.

II.1.2.2. Blocage des fonctions de présence au monde

On observe chez Ismaël et Boris une indifférence et un détachement total qui les séparent du monde. De fait, ils ont perdu tout plaisir et tout intérêt pour ce qu'ils aimaient autrefois : l'école. Ce qui les pousse dans un repli social et dans une sorte d'inhibition et de démotivation. C'est la raison pour laquelle ils ont perdu toute envie et toute raison de poursuivre leur scolarité.

II.1.2.3. Blocage des fonctions d'amour et de relation aux autres

Les victimes se sentent incapables d'aimer les autres et d'entrer en relations avec autrui. C'est une attitude, sinon un trait de personnalité qui a aussi été mis en évidence grâce au test

de 16 PF chez certaines victimes, notamment Dina, Ismaël et Safira, à travers leur introversion. En effet, au facteur global QI où l'introversion et l'extraversion sont opposées, les enquêtés suscités ont, de façon respective, obtenu les notes faibles (3), (2,5) et (3,1).

II.1.3. Symptômes non spécifiques ou associés

II.1.3.1. Asthénie

C'est une sorte de fatigue. Nous avons observé chez les enfants interrogés deux des trois (3) formes d'asthénie: physique et mentale. Certains se plaignent de fatigue physique. Dina évoque la fatigue matinale qu'elle sent régulièrement au réveil : « *les matins quand je me réveille, je me sens souvent fatiguée* ». C'est le même son de cloche pour Boris, Léon, Safira. La réponse à la question n°50 du questionnaire du 16 PF (« *je me sens souvent très fatigué (e) le matin, lorsque je me lève* ») corrobore les dires des sujets ainsi que nos observations. En effet, sur les trois possibilités de réponses que les enfants avaient pour la question susmentionnée (a. *oui* b. *parfois* c. *non*), ils ont tous répondu par l'affirmative. D'autres, comme Eliot sont confrontés à une fatigue psychique : « *j'ai quelquefois des problèmes à me concentrer sur mes études, les images de la guerre viennent dans mon esprit.*»

II.1.3.2. Anxiété

Des adolescents victimes sont devenus des anxieux, avec un état d'inquiétude, un niveau de tension nerveuse élevé et une angoisse extrême. Ils sont en proie à des accès d'angoisse à la fois psychique (impression de l'imminence d'un danger) et physique (sursauts, tachycardie, sueur). Les différents scores réalisés par ces enfants, Dina (8,6), Safira (7,3) et Rosine (7,4), à l'échelle globale QII confortent nos propos.

II.1.3.3. Troubles psychonévrotiques

Le test de dessin de famille a révélé que Dina a enrichi son tableau clinique par des manifestations psychonévrotiques. Elles se traduisent par un trouble obsessionnel compulsif sous forme de rituels obsessionnels de lavage et de purification présent dans le vécu de souillure du viol. Aussi les propos des enquêtés, nous ont-ils permis de relever plusieurs cas

de psychonévroses. C'est l'exemple d'Ismaël qui, comme le premier cas cité, présente un trouble obsessionnel. En effet, ce dernier a une idée dominante dont il ne peut se détacher (idée fixe). Pour lui, ce sont ces grigris qui lui ont permis d'avoir la vie sauve malgré la rudesse des batailles auxquelles il a participé, et pour cela, il leur rend un culte. Voici un extrait de ses propos : « *c'est à cause de mon "Gbagbadji"⁽¹⁾ que je suis encore en vie... Je ne peux pas arrêter la drogue parce que j'ai besoin de ça pour continuer d'adorer mon "gbagbadji".* » Nous présentons également un autre aspect de la superstructure psychonévrotique, la forme hystérique. Répondant aux items, Léon, un autre enquêté a dit : « *très souvent, je ne sens pas ma main* (secouant sa main droite). *C'est comme si c'est paralysé.* »

II.1.3.4. Troubles psychosomatiques

Ce sont des plaintes somatiques que ne cessent d'émettre les sujets. Il s'agit globalement de céphalées (Safira) et d'ulcères gastriques : « *je souffre aussi d'ulcère, mon ventre me fait mal et vers ma poitrine, ça me brûle* » (Dina).

II.1.3.5. Troubles de conduite et de caractère

Les troubles caractériels sont des modifications pathologiques du comportement humain, de la conduite humaine. Les entrevues ont révélé une inclinaison à la quérulence chez certains de nos sujets. Un extrait de notre entretien avec un membre du voisinage de Rosine atteste de cet état de fait : « *nous savons que Rosine est une D.G (...) Mais le seul problème que nous avons avec elle, c'est qu'elle aime palabre, elle fait palabre avec presque tout le monde dans le voisinage* ».

Nous avons également observé des conduites agressives dans nos contacts avec des sujets notamment, Ismaël, Boris et Léon.

¹Amulette, talisman, grigri ou encore fétiche, c'est un petit objet qu'il a porté sur lui dans l'idée superstitieuse qu'il préserve des balles ennemies et des dangers.

Par ailleurs, on note des troubles du comportement sexuel caractérisés par une précocité des rapports sexuels et une hypersexualisation avec une tendance à la multiplication des partenaires particulièrement après les traumatismes par abus sexuel. C'est un signe clinique que nous avons décelé chez Marthe.

Les investigations ont montré que le jeune Amnon présente un trouble caractériel avéré. C'est un sujet entêté, opposant, agressif et autoritaire. Il n'a aucune considération pour l'autorité et refuse la direction des adultes. Cela est peut-être dû à son passé militaire. En plus, il a une tendance à la quérulence ; ce qui fait que régulièrement, il a des discordes avec son entourage. Ces traits de caractère ont peut-être été acquis. Le passé militaire de jeune garçon peut être incriminé. Le test de 16 PF auquel il a été soumis, a mis à découvert ce trait de la personnalité du sujet, principalement au facteur primaire (E). En effet, à cette dimension initiale, ce jeune garçon a obtenu une note élevée (8). Ce qui le définit comme un individu énergique, agressif et dominateur qui a tendance à être dur et entêté, opposant et autoritaire. Il ne tient aucun compte de l'autorité et peut générer des conflits et des discordes dans son entourage.

Aussi, les propos de son maître artisan sont-ils venus renchérir sur les observations précédentes. Parlant du comportement d'Amnon, il a confié ceci : *« Amnon a un comportement difficile, à peine s'il me respecte. Il est tout le temps en train de se disputer avec ses autres camarades. Et depuis son arrivée, je perds régulièrement mon matériel de travail. Je ne dis pas que c'est lui qui vole, mais c'est la remarque que j'ai faite. Ça fait un moment qu'il ne vient pas au travail. J'ai appris qu'il a reçu son kit d'installation, mais il ne m'a jamais montré ça. »*

II.2. Répercussions sociales de l'ESPT.

II.2.1. Baisse du rendement scolaire

Pour parler de la baisse de la performance scolaire en ce qui concerne certains de nos sujets cibles, nous avons pris soin de mettre en rapport les performances d'avant la crise de ces derniers avec celles d'après la crise. Le changement que nous avons constaté a été pour nous l'indice d'appréciation de cette performance.

En effet, pour nous, la performance scolaire s'entend de tout résultat chiffré obtenu par un individu à la suite des différentes évaluations subies. Nous l'avons donc déterminée à partir des notes et moyennes obtenues. De fait, la baisse de la performance a été appréciée comparativement aux résultats obtenus antérieurement.

Cela dit, nous avons observé sur le terrain que les performances de certains de nos interviewés ont décliné en l'espace d'années scolaires. C'est le cas d'Eliot, élève en classe de 5^{ème} qui reconnaît cet état de fait : « *je ne travaille plus bien à l'école comme avant* (c'est-à-dire avant la crise). *Mes notes et mes moyennes ne sont plus bonnes* ». Pour nous en convaincre davantage, nous avons rencontré sa mère dont les propos corroborent ceux de son fils. Sur la question, elle a répondu, quelque peu déçue : « *le travail de mon fils est en baisse, je crois que c'est dû à la guerre* ».

Les événements traumatiques vécus par ce jeune garçon semblent justifier cette baisse de son rendement scolaire, car les problèmes psychologiques ont une incidence négative sur la scolarité de ce dernier à travers les difficultés de concentration intellectuelle. Dès lors, Eliot présente un fonctionnement intellectuel réduit et ne peut que réussir très difficilement ses études.

II.2.2. Apprentissage buissonnier

Les sujets que nous avons interviewés (Ismaël et Amnon) montrent des difficultés dans leur apprentissage. En effet, ils désertent leurs ateliers où ils étaient censés apprendre un métier pour faciliter leur retour à la vie civile. Ces derniers préfèrent donc errer dans la ville de Man. Ils sont caractérisés par leur absentéisme au « travail », comme en témoignent les dires de leurs maître-artisans : « *Ismaël ne vient plus à l'atelier, et ses camarades disent qu'ils le voient en ville* » (Maître-artisan d'Ismaël), « (...) *Ça fait un moment qu'il ne vient pas au travail. J'ai appris qu'il a reçu son kit d'installation, mais il ne m'a jamais montré ça* » (Maître-artisan d'Amnon).

Ces adolescents font donc de l'apprentissage buissonnier parce qu'ils préfèrent aller se promener que d'aller à l'atelier pour apprendre un métier. Il est donc à considérer que l'une des conséquences les plus dévastatrices du syndrome post-traumatique est sans doute son incidence sur l'apprentissage.

II.2.3. Dysfonctionnement familial

Les psychotraumatismes afférents aux victimisations de la guerre sont mal vécus dans certaines familles. Pour les unes, les victimisations sont vécues comme une honte, une infamie ; pour les autres, les demandes incessantes d'un des leurs sont interprétées, à tort ou à raison, comme des harcèlements. Ainsi, plusieurs difficultés apparaissent au sein de familles intolérantes et peu bienveillantes parce que peu accommodées à pareilles situations. C'est l'exemple de Safira dont les victimisations de viol et surtout la récurrence des demandes psychoaffectives et cognitives ont perturbé l'équilibre et l'harmonie familiale d'avant crise, la mettant, de fait, dans une situation de désympathie totale avec les siens.

II.3. Autres répercussions de la guerre

II.3.1. Désarticulation familiale

La situation particulière de guerre que connaît le pays a de graves conséquences sur la structure familiale et par ricochet sur les enfants, hypothéquant ainsi le souhait, la chance de ces derniers à vivre au sein d'une famille unie et heureuse. La question est de savoir comment la guerre a déstructuré les familles ?

La famille est cette première cellule sociale où se nouent les premières relations interpersonnelles, où naissent et se développent les possibilités de communication, d'indentification entre les parents et les enfants. Le conflit armé ivoirien a, dans une certaine mesure, occasionné la déficience de la famille, car dans ce contexte de crise, plusieurs parents sont décédés ou portés disparus, faisant ainsi des orphelins ou des orphelins présumés. D'autres enfants sont séparés d'avec leurs parents.

La disparition ou le décès inattendu du père notamment, laisse la famille sans chef. En effet, ce trou béant qu'a laissé le décès ou la disparition de ce dernier ou encore de tout autre membre provoque une désorganisation des liens et change les habitudes familiales. L'unité des familles étant ainsi atteinte, ce sont les enfants qui sont les premières victimes de ces « *situations de désarticulation familiale* » causées par le conflit armé.

En cela, nous citons les cas d'Eliot et d'Amnon dont la disparition et le décès inattendus du père ont fortement bouleversé les familles, les exposant de fait, à des perturbations structurelles et fonctionnelles.

Par ailleurs, l'association du jeune Amnon à un groupe armé a « divisé » la famille et dans une dimension plus large, la communauté. La filiation de cet adolescent à ce groupe a ébranlé les bases de la coexistence pacifique et fragilisé la cohésion avec ces entités sociales.

On retiendra qu'avant la crise politico-militaire, les enfants vivaient dans un environnement familial et communautaire sécurisé et protecteur. Mais, l'avènement de cette barbarie a effondré tous les fondements de cette vie sociale, autrefois enjouée et chaleureuse.

II.3.2. Inadaptation sociale juvénile

Les investigations menées sur le terrain ont permis de mettre en évidence l'inadaptation d'adolescents victimes de guerre. Elle renferme plusieurs formes de marginalité. L'inadaptation juvénile est un phénomène complexe puisque dans ses formes extrêmes, elle induit des cas de déviances telles que la toxicomanie, la prostitution et le phénomène d'enfants de rue.

II.3.2.1. Marginalités sociales juvéniles

La marginalité est la situation d'un individu qui vit dans un espace non structuré, en dehors des normes de la société. La marginalité que nous évoquons ici est celle des adolescents qui, du fait de la guerre, produisent ou subissent des comportements qui les mettent en marge de la société. Cette marginalité des enfants victimes de guerre comporte diverses facettes: phénomène de fille-mère, phénomène d'enfant chef de famille, et la violation des droits.

II.3.2.1.1. Phénomène de fille-mère

Les filles subissent des conséquences spécifiques liées à la guerre. Dans la situation de postconflit, nous constatons que le phénomène de fille mère est bien réel. Dans le cadre de notre étude, nous avons identifié deux (2) cas, représentant peut-être deux (2) types de filles mères. Une, Safira, 16 ans, est devenue mère contre son gré, à la suite de viols. Une autre, Marthe, 15 ans, alors qu'elle s'y attendait le moins, est tombée enceinte des suites de rapports sexuels « normaux » et a accouché.

L'analyse de la situation de ces deux (2) jeunes filles montre que le dénominateur commun aux deux (2) cas reste le caractère involontaire de la maternité. Toutefois, ce qui les distingue fondamentalement, c'est d'une part les conditions dans lesquelles l'enfant a été conçu, et d'autre part la paternité de la grossesse. Si dans le second cas (Marthe), le père de l'enfant est connu, il en va autrement du premier cas, dans lequel l'auteur de la grossesse est inconnu parce que la jeune fille est tombée enceinte à la suite d'un viol collectif perpétré par des éléments non identifiés d'un groupe armé. Ces maternités précoces sont des situations que ces adolescentes n'ont pas voulues, mais dans lesquelles elles restent prisonnières parce que, ce sont leur existence et leur avenir qui porteront les lourdes conséquences d'une parturition précoce. Ces adolescentes sont devenues mères avant d'avoir été femmes. De fait, le processus pour accéder à la maturité, c'est-à-dire « être femme », n'est pas arrivé à terme, le développement psychosexuel des jeunes filles ayant été interrompu par la grossesse. Ces adolescentes ont conçu, en réalité, dans une période pubertaire, où les organes sexuels n'ont pas atteint le « *complet achèvement de la maturité* ». Ce qui peut faire peser ultérieurement des graves dangers sur leur santé de reproduction.

Au plan social, la jeune Safira est en butte à l'hostilité de sa famille. Elle est vouée au mépris de celle-ci qui se sent déshonorée par elle. Marthe est, quant à elle, vilipendée et jugée par les siens comme de condition morale inférieure. A cause du regard réprobateur de l'entourage, ces mères contre leur gré semblent ne pas aimer leurs progénitures et ont tendance à les cacher comme des tares humaines. Dans cette vue, il y a tout lieu de craindre des maltraitances ou des abandons de bébés ou même l'infanticide.

Accidentelle, la venue des enfants a terriblement bouleversé la vie de ces jeunes mamans. Leur quotidien n'est plus le même qu'avant et n'est en rien comparable à celui de jeunes filles du même âge. En effet, élever un enfant, c'est-à-dire l'amener à son plein développement physique et psychoaffectif, n'est pas une tâche aisée pour ces filles mères, car cette responsabilité requiert beaucoup de ressources, affectives, physiques et matérielles. Or, elles sont encore « enfants » parce que vivant encore aux crochets des parents. Aussi ont-elles elles-mêmes leurs besoins personnels. Pour cela, elles sont en disgrâce avec leurs familles respectives. Une situation qui les met en retrait dans ces entités sociales et les oblige à élever seules leurs enfants, le géniteur du bébé étant soit démuné, soit inconnu. Toutes ces réalités posent toute la problématique des filles mères.

II.3.2.1.2. Phénomène d'enfant chef de famille

Des enfants assument la responsabilité d'adulte en devenant enfant-père ou mère de famille. Ce n'est pas qu'ils ont des enfants, mais à cause des « situations de désarticulation familiale », notamment le décès ou la disparition de parent (s), la séparation d'avec les parents, ces sujets se sentent obligés de se substituer à ce (s) dernier (s), en tentant de satisfaire aux obligations alimentaires et d'entretien de leurs cadets. Pour y arriver, ils « sacrifient » leur avenir en menant des activités de lucre pour assurer la survie de la « famille ». C'est le cas de Rosine, une déplacée interne de guerre de l'ouest du pays, qui est « obligée » de se prostituer pour prendre soin d'elle et de ses cadets avec qui, elle a fui les zones de combats et les atrocités qui y sont commises. Elle a décidé de mettre en parenthèses sa scolarité. Un extrait de notre entrevue, avec elle, est édifiant : « *je ne vais plus à l'école (...) je me débrouille (...) c'est moi qui m'occupe de mon petit frère et de ma petite sœur avec qui je suis venue.* »

On comprend bien que cette jeune fille, par la force des choses, est contrainte à assumer des charges qui ne lui sont pas naturellement dévolues, à savoir, la prise en charge totale de ses cadets. Désormais, elle joue le rôle de "chef de famille."

II.3.2.1.3. Dénégation des droits, une autre forme de marginalité.

Les investigations que nous avons menées sur le terrain, dans le cadre du présent travail, ont permis de découvrir plusieurs atteintes tant au Droit de l'Homme qu'au Droit Internationale Humanitaire.

Nous avons relevé que, du fait de la guerre, plusieurs mineurs ont souffert de manquements liés à leurs droits. C'est par exemple les cas de Dina et de Safira qui ont des difficultés d'accès à la santé et aux soins médicaux. Ismaël, Boris, Léon et Amnon sont, quant à eux, atteints dans leur droit à l'éducation. Pour Rosine, nous pouvons dire que, du fait de son exode et de son exil, son droit de vivre avec ses parents a été foulé au pied.

Aussi avons-nous souligné, en plus des précédentes violations, une autre forme d'atteinte au droit : l'enrôlement de certains enfants. Le phénomène des enfants soldats a, en tout temps, troublé les consciences collectives parce que, pour le plus grand nombre, l'enfant a été et reste un être vulnérable, inoffensif et surtout innocent. Cependant, dans le cas qui

nous interroge, c'est-à-dire du conflit armé du 19 septembre 2002, nous avons constaté que des enfants ont été recrutés dans des forces combattantes.

L'implication de ces enfants, soit comme combattants, soit comme cuisiniers, porteurs, messagers, sentinelles ou encore esclaves sexuels dans le conflit, est l'une des pires violations de leurs droits à l'épanouissement.

En plus de cette violation, le non accès de ces derniers à l'éducation, aux soins de santé, à des logements décents et autres constituent des dénégations de leurs droits. Ces différents violations de droits font de ces sujets des marginaux sociaux parce qu'ils ont des difficultés d'accès à des droits sociaux élémentaires et se trouvent, par conséquent, « *partiellement ou totalement en dehors du champ social d'application effectif des Droits de l'homme* ».

II.3.2.2. Déviance

Nous avons identifié trois (3) grandes formes de déviance chez les enfants victimes de guerre : le phénomène d'enfant de rue, la toxicomanie et la prostitution

II.3.2.2.1. Phénomène d'enfants de rue

Parmi les sujets que nous avons rencontrés, certains (Ismaël et Amnon) sont des enfants de la rue, tandis que d'autres (Léon et Boris) sont des enfants dans la rue. En effet, les sujets Amnon et Ismaël passent le clair de leur temps à se promener à travers la ville de Man. Ces jeunes n'ont pas de famille dans la ville. Si Ismaël a un lieu où il vit, « *son ghetto* » comme il avait dit précédemment, Amnon n'a pas été en mesure de nous dire exactement où il vit. Il est tantôt avec des amis, tantôt chez un oncle qu'il n'a pas formellement identifié. Cependant, les sujets Léon et Boris, des ex-combattants dont le processus de réinsertion n'est pas allé à son terme, forment avec d'autres enfants démobilisés un groupe d'amis. Ces derniers ont pour lieux de rencontre privilégiés les débits de boisson. Ils sont tout le temps hors de la maison, mais gardent tout de même un lien avec la cellule familiale.

Il faut craindre que ces derniers s'organisent progressivement en contre-société, avec une contre-culture, pour écumer la localité de Logoualé d'où ils sont originaires. Car, un habitant de ladite localité s'est exprimé sur la conduite de ces enfants. Voici des fragments de

son discours: « *Votre action est bonne, il faut vraiment faire quelque chose, car ces jeunes-là font partie d'un groupe, ils nous fatiguent beaucoup.* (Ils vous fatiguent ! Que font-ils ?) *Ce sont des voyous, ils foutent la merde ici.* (Pouvez-vous, monsieur, nous dire exactement ce qu'ils font ?) *Ces enfants n'écoutent personne, ils ne respectent même pas les aînés*».

II.3.2.2.2. Toxicomanie

Les sujets Boris, appelé par ces chefs de guerre « Bewor », Léon surnommé Samory Touré, Amnon et Ismaël, sont des consommateurs réguliers d'alcool, de cigarette et de stupéfiants. Ils ne nous ont pas caché leur toxicomanie.

II.3.2.2.2.1. Nature de la toxicomanie.

L'un des faits remarquables chez ces quatre (4) sujets que nous avons interrogés, c'est la nature post-traumatique de leur toxicomanie, c'est-à-dire que leur consommation abusive des substances toxiques est consécutive à l'épisode de la guerre. Ainsi, avec l'expérience de la guerre, ces jeunes garçons ont été initiés à la consommation de la drogue, de la cigarette et de l'alcool. Malgré leur appartenance à différents groupes armés, en dépit des expériences et des trajectoires différentes et singulières, et nonobstant des entretiens individualisés, les propos des sujets sont étonnamment les mêmes : « *avant la guerre, je ne fumais pas, je ne buvais pas, mais c'est avec la guerre que je fais tout ça*» (Amnon, Boris, Ismaël, Léon). C'est donc pendant leur enrôlement que ces adolescents ont goûté, pour la toute première fois, aux substances toxiques.

II.3.2.2.2.2. Substances utilisées et motivations à la consommation

II.3.2.2.2.2.1. Substances utilisées

Il y a des substances légères et dures. La forme légère que nous avons identifiée est le tabac à travers la consommation de la cigarette.

Les drogues (cocaïne, poudre à canon, cannabis, pétrole et des comprimés sédatifs), l'alcool (koutoukou) et le tabac sont les substances que des adolescents ont utilisées pendant

la guerre. Actuellement les substances psychosédatives utilisées sont le cannabis, le *koutoukou*, des liqueurs frelatées et le tabac.

Par ailleurs, les entretiens ont montré que nous sommes en présence d'une polytoxicomanie, c'est-à-dire en présence de sujets qui abusent des trois (3) substances précitées.

II.3.2.2.2.2. Motivations à la consommation

Ces enfants disent avoir connu accidentellement les substances toxiques, seulement à la faveur de la guerre. Ils y ont tous touché par contrainte, sous les menaces de leurs différents chefs de guerre.

Les substances leur ont été données pour modifier leur perception de la réalité, leur sensibilité, leurs émotions, pour inhiber la pitié, la peur en eux, pour leur enlever toute lucidité:

« On nous donnait la drogue parce que ça fait qu'on n'a pas peur, on n'a pas honte et on peut faire ce qu'on ne peut pas quand on a les yeux clairs (...) je n'avais pas pitié de l'homme. Je ne voyais pas l'homme comme l'homme, je voyais l'homme comme viande qu'on mange. » (Léon).

« On nous a fait boire de la drogue. Il y avait la poudre de balle mélangée au "koutoukou" ⁽¹⁾, le pétrole, le "gban" ⁽²⁾, la cocaïne. On nous donnait aussi des comprimés ("queue de cheval", "RITAL – IVO") qu'on buvait avec l'huile DINOR. J'ai violé des femmes. J'ai aussi tiré sur des gens et puis j'ai mis leur sang sur mes fétiches et j'ai bu aussi. (...) on nous donnait la drogue pour qu'on n'ait pas peur et puis pitié » (Amnon).

En somme, en donnant la drogue aux enfants, les chefs de guerre ont cherché à modifier la personnalité des enfants, à les transformer pour en faire de véritables « bêtes ». *« ...Quand on prend le "Gban" et le mélange ⁽³⁾, on sent qu'il y a quelque chose qui se passe dans le corps et dans la tête. Quand on tire la poudre, on n'est plus nous-mêmes »* (Ismaël).

¹Boisson de fabrication locale et artisanale très fortement alcoolisée

²Cannabis

³Le mélange en question serait, selon le jeune garçon, une mixture faite de café noir et la poudre à canon.

Les jeunes gens disent avoir consommé, par le passé, les substances toxiques sous la contrainte des armes. Mais, aujourd'hui encore, malgré la cessation de la belligérance, et leur retour à la vie civile, le phénomène de la toxicomanie est encore présent chez eux. Mais qu'est ce qui explique les motivations de ces jeunes ?

« *C'est à cause de mon "Gbagbadji" ⁽¹⁾ que je suis encore en vie, je ne peux pas laisser ça. On n'adore pas ça les yeux clairs, il faut prendre un peu. Je ne peux pas arrêter la drogue parce que j'ai besoin de ça pour continuer d'adorer mon "gbagbadji"* », a confié Ismaël ;

« *Même actuellement, je prends la drogue, c'est avec les rebelles du MPC I de Logoualé que j'achète ça* » a déclaré Léon

A travers ces extraits d'entretiens, on comprend que ces enfants sont tombés dans une certaine dépendance et ont un irrésistible besoin de consommer la drogue et de s'en procurer.

La consommation des substances toxiques consommées serait une solution sédatrice à l'anxiété, à la dépression, aux idées envahissantes et à la rétraction du lien social.

II.3.2.2.3. Prostitution

La prostitution est le fait pour une personne de livrer son corps aux plaisirs sexuels d'autrui, moyennant de l'argent. En ce sens, elle est exercée comme une activité lucrative. A travers nos investigations, nous avons relevé le phénomène prostitutionnel chez l'enquêté Rosine.

En effet, au cours de notre entrevue avec cette jeune fille, voulant savoir comment elle et ses cadets font pour se procurer le minimum vital, Rosine nous a répondu de façon très brève sans autre forme de commentaire: « *je me débrouille (...)* ». Malgré notre insistance pour connaître son activité, elle nous a rétorqué : « *je me débrouille (...)* »

Ses réponses et son attitude nous ont laissé perplexe. Son refus de nous dire exactement ce qu'elle fait, et l'emploi du verbe « se débrouiller » nous ont quelque peu intrigué. Si dans la langue française, se débrouiller, c'est se tirer habilement d'une situation embarrassante et compliquée en y mettant de l'ordre, force est de constater que son emploi dans un certain contexte social, peut ne pas renfermer que des situations saines, mais aussi d'autres malsaines.

¹Amulette, talisman, grigri ou encore fétiche ; qui est un petit objet qu'il a porté sur lui dans l'idée superstitieuse qu'il préserve des balles ennemies et des dangers.

Car, si cette jeune fille ne se reprochait rien dans ce qu'elle appelle « se débrouiller », pourquoi donc refuse-t-elle, en dépit de nos insistances, de dire ce qu'elle fait ?

Quoiqu'elle fût dans l'impossibilité de nous révéler personnellement son activité, un membre de son voisinage que nous avons rencontré pour recueillir son témoignage sur la vie de notre sujette, nous a confié ce que fait cette dernière. Travailleur à la zone industrielle de Yopougon, ce dernier a révélé ceci: «...*nous savons que Rosine est une D.G*⁽¹⁾, *la vie est un peu dure pour elle et ses frères parce qu'ils n'ont personne. Mais elle s'est attachée à un groupe de filles ici avec qui elle se promène. Selon nos informations, elles font les trottoirs les nuits. C'est peut-être pour survivre puisque comme je l'ai dit, ils n'ont personne.*»

Selon ce témoignage, Rosine s'adonne à la prostitution. Et c'est de cette activité qu'elle et ses cadets vivraient, raison pour laquelle elle a refusé de nous dire son activité pour laquelle elle sentirait une certaine gêne.

Après avoir énuméré les conséquences psychopathologiques de l'ESPT durable, ainsi que d'autres conséquences présentés par les sujets, il nous revient, dans les lignes qui suivent, d'expliquer pourquoi il y a une complication des effets de la guerre. Quels sont donc les déterminants de cette complication ?

II.4. Facteurs de vulnérabilité ou de persistance de l'ESPT chez des adolescents ivoiriens

Psychologiquement un syndrome post-traumatique chronique procède d'une interaction entre le sujet traumatisé et des facteurs de risque propres au sujet lui-même et ceux qui sont d'ordre socioéconomique et environnemental. Dans le cadre de cette étude, un certain nombre de caractéristiques sont associées au développement pathologique des symptômes post-traumatiques. Ce sont, les conditions socio-économiques précaires, la qualité de l'entourage humain et les perceptions négatives des sujets.

¹D.G. sont les initiales de Déplacé de Guerre, c'est une dénomination ironique attribuée aux personnes qui ont été contraintes par la guerre à un déplacement interne.

II.4.1. Pauvreté du milieu de récupération et maintien des symptômes d'ESPT

En parlant de milieu de récupération des adolescents traumatisés, on souligne les caractéristiques de ce milieu où doit vivre le sujet après son trauma. En effet, le milieu de récupération devrait être un environnement où le sujet rentre en possession de ce qu'il a perdu. C'est donc un environnement qui devrait aider le sujet à sortir de son agonie psychique et amorcer un travail de remaniement. Mais, parler de pauvreté du milieu de récupération réfère, ici, à une insuffisance plus ou moins marquée de capital économique. Elle se mesure également à travers les difficultés d'accès au logement, à la santé, à l'éducation ainsi que des difficultés à se nourrir et à se vêtir.

II.4.1.1. Précarité économique

En Côte d'Ivoire, la mesure de la pauvreté est construite autour de la dimension monétaire. La guerre du 19 septembre 2002 dans ce pays a entraîné une précarité sans précédent. De fait, au plan macro, cette précarité est consécutive à la fuite et à l'exode massif des populations et de certains opérateurs économiques des zones occupées par les forces non-gouvernementales, dont l'ouest du pays où nous avons mené des recherches. Il y a eu aussi la fermeture ou la délocalisation de certaines unités industrielles. On a insisté à des licenciements et à des mises en chômage technique. Ce qui a entraîné une chute drastique et un ralentissement des activités économiques sur toute l'étendue du territoire. Toutes choses qui font qu'en Côte d'Ivoire, le taux de pauvreté est de 48,9% en 2008 ; ce qui correspond à un effectif de pauvres estimé à 10 147 000 (DSRP, 2008). Si la population ivoirienne est estimée à plus de 20 000 000 d'habitants, cela veut dire qu'aujourd'hui au moins un (1) ivoirien sur deux (2) est pauvre.

Au plan micro, la crise militaro-politique a accru la situation de pauvreté des ménages du fait de la spoliation de certaines familles de leurs biens (champs, plantations, fermes, etc...), du pillage de leurs ressources ou encore dans le meilleur des cas des difficultés pour celles-ci d'écouler leurs récoltes (riz, manioc). L'un dans l'autre, la guerre a considérablement réduit le pouvoir financier et le revenu moyen des ménages.

L'impact négatif de la guerre sur les enfants, en termes de pauvreté, de précarité économique est un impact par ricochet, car en frappant de plein fouet les parents, la pauvreté touche également et durement les enfants.

II.4.1.2. Difficultés d'accès au logement

La pauvreté est vécue aussi bien au plan collectif qu'individuel. Les propos du jeune Eliot sont éloquentes en la matière : *« A cause de la guerre, les choses ont changé. On a tout perdu et la vie est devenue difficile depuis que papa est « mort ». La vie à la maison n'est plus comme avant (...) Et puis, le propriétaire de la maison dans laquelle nous vivons veut nous chasser parce que maman n'arrive plus à payer le loyer (le coût du loyer est estimé à 10 000 FCA). Elle est malade, elle souffre d'onchocercose et elle n'a pas l'argent pour se soigner. Elle vend un peu devant la cour, mais ça ne marche pas. »*

Le discours de ce jeune garçon nous renseigne clairement sur la situation de précarité et de pauvreté de sa famille. La petite analyse que nous en faisons est la suivante : « si le seuil de pauvreté monétaire est de 241 145 FCFA l'année et de 661 FCFA le jour, nous en déduisons que ce seuil est d'environ 20 100 FCFA le mois. Selon le discours du jeune Eliot, le coût du loyer familial est de 10 000 FCFA. Nous convenons que si le propriétaire de la maison menace d'expulser la famille du jeune garçon en question, c'est que celle-ci n'est pas à mesure de réunir dans le mois (puisque généralement les loyers sont payés à la fin de chaque mois) la somme de 10 000 FCFA exigée qui, en réalité, n'est que la moitié du seuil de pauvreté monétaire par mois. Ce qui démontre clairement que cette famille vit largement en-dessous du seuil de pauvreté. On peut supposer que leur dépense de consommation n'atteint même pas la moitié du seuil ; et on peut considérer que la famille d'Eliot vit avec moins 330 F CFA par jour. Dans une telle condition nous comprenons pourquoi il dit que sa famille peine à satisfaire un minimum de besoins nutritionnels et sanitaires ».

Cette analyse révèle donc qu'Eliot et sa famille vivent dans une extrême pauvreté, une insuffisance de ressources, une dépense de consommation journalière largement en deçà du seuil de pauvreté.

II.4.1.3. Difficultés d'accès à l'éducation

C'est le cas de sujets qui ont été obligés d'interrompre leur scolarité.. L'interruption concerne les sujets qui, contre leur gré, ont pris pour des raisons économiques la décision de

mettre un terme à leurs études. Ce sont des individus qui ont pris une telle décision ou se sont retrouvés dans ladite situation sans l'avoir voulu, c'est-à-dire sous une contrainte quelconque.

Les dires d'Amnon évoquent aussi dans une certaine mesure la situation de pauvreté. Il a rapporté ceci : « *Comme mon papa élevait les porcs, ils ont tué tous les porcs. Ensuite, ils sont rentrés dans la maison, ils ont fouillé toute la maison, ils ont pris tous les biens qu'on avait. Ils ont demandé à ma maman et à mon papa de leur donner tout l'argent qu'ils ont. Après ça, ils ont brûlé tous les papiers de mon papa. Ils ont chargé tout ce qu'ils avaient pris chez nous dans leur KIA* ⁽¹⁾. »

Il souligne, par ailleurs, que c'est pour cette raison qu'il a abandonné les salles de classes: « *je voulais reprendre les cours, mais il n'y avait pas d'argent, les rebelles ont volé tout ce qu'on avait et ils ont tué mon papa. Ma mère n'avait plus les moyens.* »

II.4.1.4. Difficultés d'accès aux soins de santé.

Des adolescents de cette étude que nous avons interrogés présentent une série de problèmes de santé qui, pour certains se sont manifestés immédiatement, pour d'autres avec le temps. Ces sujets disent avoir souffert de douleurs et malaises divers (maux de bas-ventre, infections urino-génitales, céphalées, œdèmes, ulcère, acouphènes⁽²⁾). D'autres continuent d'en souffrir.

En effet, la violence et la brutalité avec lesquelles les sévices et les exactions ont été perpétrés sur les victimes ont occasionné des blessures, des infections et même des maladies qui requièrent des traitements à long terme. Les risques d'infection au VIH/SIDA sont réels, surtout dans les expériences de viol où des rapports sexuels sont réalisés sous la contrainte. C'est le cas de Dina qui est séropositive des suites de viols collectifs et répétés.

Les pathologies liées aux violences sexuelles ainsi qu'à la toxicomanie et l'alcoolodépendance (Amnon, Léon, Boris et Ismaël), par exemple, nécessitent une véritable prise en charge médicale. Elles requièrent l'intervention de généralistes et de spécialistes. Mais, à la réalité, plusieurs des victimes sont confrontées à des obstacles majeurs qui rendent difficile, voire impossible l'accès aux soins de santé.

¹C'est la marque d'un camion à benne

²Problèmes sensoriels auditifs qui ne sont pas provoqués par un bruit extérieur. (Bourdonnement, tintement d'oreille). Ce sont essentiellement les enfants qui ont été associés à des groupes armés et qui ont utilisé les armes à feu qui souffrent de cette pathologie.

Il est vrai qu'il y a souvent un problème de pénurie d'infrastructures médicales due à la pauvreté au plan macro, mais c'est la question de la pauvreté au plan micro qui nous intéresse, c'est-à-dire le problème de l'accessibilité économique des soins. Nos enquêtés sont généralement des sujets dont les parents, principaux soutiens financiers, ont été spoliés de leurs propriétés et biens et au pire des cas portés disparus ou assassinés. Ils se retrouvent ainsi dans une précarité économique et un dénuement total, à tel point que, même quand les soins sont disponibles, il leur est impossible de s'en procurer ou d'en bénéficier. Généralement, tout acte médical est payant. Même les actes médicaux dont l'exécution garantit à la victime une reconnaissance sociale de son statut ont des coûts prohibitifs. C'est le cas du certificat médical qui, dans le système pénal et judiciaire, constitue une pièce justificative à ajouter au dossier judiciaire. Mais sa délivrance par un spécialiste se fait moyennant au moins la somme de 30000 F CFA. Quand on sait qu'à cause de la crise, environ 50 % des ivoiriens vivent en-dessous du seuil de pauvreté, c'est-à-dire avec moins 661 FCFA/Jour (DSRP), soit moins de 20 000 FCFA par mois, on est en droit de se demander comment les victimes, déjà fragilisées et « déshumanisées » par la guerre peuvent-elles avoir accès à la santé ? Dans ces conditions, il y a tout lieu de penser que la majorité des victimes vit dans une totale insécurité sanitaire.

L'inaccessibilité aux soins médicaux est bien une réalité chez certains des enquêtés. Le moins que nous puissions dire, c'est que les adolescents victimisés, à cause de la pauvreté, ne peuvent avoir accès à la santé.

II.4.1.5. Difficultés à satisfaire les besoins nutritionnels et vestimentaires

Plusieurs adolescents ont affirmé avoir des difficultés à se nourrir et à avoir des vêtements décents. Leur situation post-traumatique est donc marquée par l'impossibilité pour eux de se vêtir convenablement et de s'assurer au moins deux (2) repas par jour. Les extraits de propos de Dina et d'Eliot traduisent, en mots, cette réalité. « *...On a tout perdu et la vie est devenue difficile depuis que papa est « mort ». La vie à la maison n'est plus comme avant. On mange une fois par jour et on ne mange pas bien. Souvent même, on ne gagne pas à manger. Pour nous acheter des habits, c'est difficile....* » (Eliot). Dina, en parlant des conditions de vie là où elle devrait récupérer de son traumatisme de viol, a dit : « *la vie est difficile chez ma tante, on mange une fois par jour* ». Concernant cette jeune fille, l'interprétation du dessin de famille a mis en évidence toute la représentation qu'elle fait de la

nourriture. En effet, son souhait est de vivre dans un cadre familial où il y a la nourriture en abondance, ce qui n'est pas le cas chez sa tante.

Par ailleurs, nos observations ont pu nous permettre de voir l'état vestimentaire des sujets. La plupart d'eux, était mal vêtu quand nous les rencontrions pour les entretiens. Ils portaient, dans la majorité des cas, des vêtements délavés, souvent même déchirés.

Marqués donc par une faiblesse économique, les ménages où les adolescents traumatisés doivent, en principe, être entretenus n'ont pas de revenus conséquents pour assurer l'épanouissement matériel de ces derniers. Ces individus et leurs familles sont donc miséreux, à la limite, réduits à la philanthropie à cause de la dévastation matérielle et économique. Ce qui fait que ces sujets sont, au quotidien, en proie aux difficultés qui assaillent les adultes qui s'occupent d'eux. Ces situations de précarité et de dénuement suscitent un niveau élevé de stress chez ces jeunes qui n'y sont nullement insensibles et indifférents, eu égard, aux propos tenus. Dès lors, le milieu perd sa propriété de faire récupérer les sujet et acquiert celle de les « égarer ». Toutes choses qui ne font que raviver le trauma et contrarier les efforts d'évacuation psychique de la tension induite par les événements. Le milieu devient, dès lors, anxiogène pour les sujets.

II.4.2. Indifférence et hostilité de l'entourage humain et chronicisation de l'ESPT.

L'entourage humain des adolescents représente l'ensemble des personnes avec lesquelles ces derniers sont en interaction. L'entourage humain des sujets comprend la famille, les pairs, le voisinage et la communauté sociale. Comment se manifestent l'hostilité et l'indifférence de cet entourage humain ?

II.4.2.1. Manifestations de l'indifférence et de l'hostilité de l'entourage

II.4.2.1.1. Stigmatisations verbales dévalorisantes

La stigmatisation verbale est le fait de condamner définitivement et ignominieusement, par la parole, un individu à cause d'un comportement ou d'une situation.

Ce fait de stigmatisation est avéré au sein des adolescents victimes de guerre. En effet, les investigations que nous avons faites sur le terrain nous ont permis de nous rendre compte de l'existence de ce phénomène. Les propos stigmatisants que les victimes reçoivent proviennent de toutes les composantes de l'entourage humain énumérées ci-dessus. Les sujets sont étiquetés comme « fauteurs de trouble et voyous » (Boris, Léon), comme « traître, drogué, délinquant et criminel » (Amnon), comme « perdu et vagabond » (Ismaël), comme « la honte de la famille » (Safira), comme « sidéenne et dangereuse » (Dina), comme « fille facile » (Marthe) et encore « DG » (Rosine et Eliot).

Tous ces enquêtés sont l'objet de stigmatisations verbales dévalorisantes. Ils sont à la limite maudits. Cette malédiction revêt le sens d'une condamnation et toutes les paroles prononcées sont de nature à les excommunier. Quand les stigmatisations verbales négatives ont pour cause une victimisation sexuelle, celles-ci semblent plus marquées, peuvent durer dans le temps parce que beaucoup plus difficile à enrayer. Par ailleurs, en plus des conséquences pour la victime Safira, les victimisations sexuelles ont des incidences sur la qualité de vie de son milieu familial. En effet, stigmatisées, la jeune fille et sa famille essuient les railleries des membres du voisinage et rencontrent, par conséquent, des difficultés dans les relations avec ces derniers. Les propos suivants de cette jeune fille en témoignent : « *mon papa et mes frères disent que depuis que je suis venue, quand ils passent les gens se moquent d'eux* »

Cette situation crée une rétraction du lien entre l'individu et son entourage. Dans cette condition, le stigmatisé n'a plus de relations humaines régulières et solides avec les siens. Les stigmatisations verbales ont la propriété de produire des sentiments négatifs de culpabilité, de haine et de rage qui ne font que se greffer aux symptômes post-traumatiques pour les aggraver.

II.4.2.1.2. Réprobation et exclusion de l'entourage

La jeune Safira, après avoir été kidnappée et subi l'esclavage sexuel au sein d'un groupe armé, est tombée enceinte d'un de ses ravisseurs. Revenue à la maison, cette dernière a essuyé des reproches, des dédains et des outrages de la quasi-totalité des membres de sa famille. Etant reniée par sa propre famille, elle se sent bannie par celle-ci. Non seulement, elle a du mal à supporter les atrocités que lui ont fait subir ses ravisseurs, mais aussi et surtout, elle

souffre de l'exclusion dont elle est l'objet au sein de la cellule familiale. Les réactions des siens, qu'elles soient méfiantes ou incompréhensives, ont entraîné des difficultés relationnelles évidentes entre cette jeune fille et le milieu intrafamilial. Se sentant rejetée et incomprise, l'infortunée Safira a beaucoup de mal à admettre tous ces changements et tous ces comportements totalement inadaptés à son endroit. « *Mes parents font comme si, c'est moi-même qui ai provoqué tout ça* », telles sont ses plaintes. Ainsi, en plus de la honte, de la rage et de la haine d'avoir subi les affres du viol, un autre sentiment profond, non moins invalidant, d'injustice l'a envahie.

La réprobation dont cette jeune fille est l'objet peut revêtir une certaine spécificité. En effet, elle a perdu la " valeur " en ce qui concerne le mariage, telle que conçue par sa famille et peut-être même au-delà, sa communauté.

Par ailleurs, Amnon est un ex-combattant dont le retour au sein de la communauté a été très mal accueilli. Ce jeune garçon se sent indésirable parmi les siens, car des membres de sa famille et de sa communauté lui ont signifié qu'ils ne veulent plus de lui. Voici sa déclaration : « *quand je suis revenu en famille, ma maman était très fâchée, et mon oncle m'a chassé parce qu'il avait dit qu'il ne voulait pas que je sois avec les rebelles ; et je n'ai pas écouté [...] les gens sont fâchés contre moi à cause de tous les dégâts que j'ai faits. Mes anciens amis sont méfiants vis-à-vis de moi pour tout ça et leurs parents leur ont dit de ne pas se promener avec moi. Certains villageois disent qu'ils ne veulent plus me voir, y a d'autres qui disent que si je veux rester forcé, ils font me faire quelque chose* ». De fait, à cause de son affiliation ou son ralliement à une force non gouvernementale, cet enfant a été mis au ban par sa communauté. Par les actes qu'il a commis, cet ancien enfant soldat est perçu comme un être dangereux, cruel et drogué. Il est en outre considéré comme un *has been*, comme « mort » aux yeux des siens parce que spirituellement, moralement et socialement, il n'honore plus. C'est de cette manière que généralement des familles et la communauté perçoivent cet ancien combattant qui a été socialisé différemment de ses pairs, c'est-à-dire socialisé dans une contre-culture : la violence.

Les gens, pour ce faire, n'éprouvent souvent que le mépris à l'égard de cet adolescent lorsque celui-ci n'inspire pas la peur. Cette perception négative de ce sujet ne facilite guère son acceptation et son intégration au sein de sa famille et de sa communauté. La réprobation de cet ex-enfant soldat, de notre analyse, est une conséquence de la « trahison » et de la « déloyauté » de ce dernier au groupe social, car celui-ci ne pardonne pas à son membre de

s'être associé à des personnes « étrangères » et extérieures qui ont porté le glaive contre la communauté.

En effet, le discours social et le regard des siens, par une tendance systématique à culpabiliser, condamnent ces enfants victimes de la guerre à se tenir à l'écart du groupe social d'appartenance. Dès lors, ces individus stigmatisés et/ou exclus sont exhérévés de leur héritage traditionnel et culturel. Ils sont retranchés des réseaux sociaux organisés autour de la famille et de la communauté parce qu'il nous semble qu'au nom d'une « certaine conception de pureté » communautaire et d'honneur familial, il est dénié à ces sujets leur inscription et leur droit d'appartenance au groupe social. Ces exclus perdent, de ce fait, la plupart de leurs relations sociales qui leur confèrent une reconnaissance sociale. Les postures de l'entourage viennent davantage altérer la condition psychosociale des victimes. De fait, les réactions d'incompréhension, de rejet, et de culpabilisation témoignent d'une autre forme de violence non moins traumatique en direction des adolescents déjà meurtris dans leur être. Ces comportements complètement inadaptés à l'endroit de ces victimes deviennent, dès lors, comme un traumatisme secondaire.

Il apparaît de toute évidence le rôle de la stigmatisation et de l'exclusion sociale dans le maintien de l'ESPT. Elles ne font qu'augmenter la problématique des relations interpersonnelles et sont source, de marginalisation sociale et culturelle, de culpabilité et de honte. Ainsi, plus un adolescent traumatisé est exclu par son entourage humain et reçoit de celui-ci des stigmatisantes verbales dévalorisantes, plus il a des chances de voir ses symptômes se maintenir, car ces réactions négatives de l'entourage ont une incidence sur l'économie affective et émotionnelle des sujets. À ce compte-là, elles conduisent à un isolement social, à un retrait social pathologique, à un abus de substances et à des troubles de conduite, sans oublier les fortes émotions négatives (peur, culpabilité, honte, colère, dégoût, tristesse). En somme, elles entraînent un *état de crise existentielle*.

II.4.3. Perceptions négatives et développement pathologique de l'ESPT.

Les perceptions se déclinent en trois (3) : la perception négative de soi, la perception négative de l'entourage social et la perception négative du présent et du futur.

II.4.3.1. Perceptions négatives de soi

Il s'agit de la manière dont les adolescents se représentent, et cette représentation est négative. La plupart des sujets traumatisés ont une perception négative d'eux-mêmes et leurs différentes productions graphiques le démontrent. On note une dominance de sentiment d'auto-dévalorisation, de dépersonnalisation, de culpabilité et de honte. En effet, la plupart des sujets ont une représentation de soi négative parce qu'ils ne se sentent pas aimables et capables. Leur estime de soi est, dans la majorité des cas, écornée. Ainsi, plus le sujet traumatisé se perçoit comme non aimable et incapable, moins il est apte à contrebalancer les effets du trauma.

Cette perception négative de soi chez les victimes résulte des propos stigmatisants négatifs tenus à leur endroit, car par le mécanisme d'intériorisation, elles développent une image de soi négative. Dans le folklore africain, la parole n'est pas à sous-estimer car elle est prépondérante dans la construction de l'identité individuelle et collective.

II.4.3.2. Perceptions négatives du support social

Il s'agit, ici, de la manière dont le sujet perçoit son entourage humain à travers le support social qu'il reçoit de lui. C'est donc, l'opinion que le jeune garçon ou la jeune fille traumatisé (e) se fait des personnes avec qui il/elle est en interaction. Sont-elles supportantes ou non ? Des sujets traumatisés se sont sentis lâchés et rejetés par les siens (Safira, Amnon, Marthe, Ismaël). D'autres, Boris et Léon se sont sentis floués par la structure ODAFEM et ont nourris contre celle-ci des sentiments de colère, de haine et de mépris. Le soutien social reçu des siens par nos enquêtés suite aux traumatismes de guerre est donc perçu à un bas niveau, c'est la raison pour laquelle les symptômes durables de l'ESPT se cristallisent en eux.

II.4.3.3. Perceptions négatives du présent et de l'avenir personnel

C'est une évaluation cognitive de sa condition de vie présente par rapport au passé et les perspectives d'avenir « *Regardez comme je suis devenue* » (Dina) et « *rien n'est plus comme avant* » (Eliot). Quand il y a un grand écart entre ce qu'on était et ce qu'on est physiquement,

matériellement et socialement, alors s'installent la tristesse, mais surtout la colère, la haine et la colère contre les auteurs directs (victimiseurs) et indirects (entourage social hostile et indifférent) de sa souffrance « *Mes parents font comme si c'est moi qui ai provoqué ça* » (Safira). En effet, perdre le bien-être du passé et vivre dans un présent de précarité et de dénuement quasi-total, dans une incertitude du lendemain, sans savoir de quoi sera fait l'avenir est difficile, rageant, angoissant, voire traumatisant. Les traumatisés sombrent dans le désespoir, convaincus que leur condition ne pourra guère s'améliorer. Les propos suivants de Léon sont symptomatiques de ce désespoir et de l'avenir bouché : « *Même actuellement je prends la drogue, c'est avec les rebelles du MPCJ de Logoualé que j'achète ça. Je suis toujours en contact avec eux. Je suis prêt à reprendre la guerre parce que j'aime ça et je suis là pour me reposer, après je vais aller les rejoindre* ».

Comme relevé dans les lignes précédentes, l'entourage humain est bel et bien au cœur du tourbillon psychosocial qui houspille les adolescents traumatisés. Par ses comportements et aussi par les paroles négatives prononcées, l'entourage de ces victimes ont contribué à raviver et maintenir les symptômes post-traumatiques chroniques. En réalité, les facteurs de vulnérabilisation énumérés et étudiés ci-dessus sont, à l'analyse, des conséquences psychosociales de la guerre.

III. RAPPORT DYNAMIQUE ENTRE REPERCUSSIONS

PSYCHOLOGIQUES ET REPERCUSSIONS SOCIALES

Nous voulons ici souligner l'interdépendance entre les conséquences psychologiques et les conséquences sociale. Au regard des analyses précédentes, nous comprenons que les incidences psychologiques et celles sociales s'influencent réciproquement. En effet, les blessures psychologiques ont un impact majeur sur l'éducation scolaire, l'entourage humain (famille, pairs, communauté sociale) et en retour, les incidences sociales favorisent l'émergence et le maintien de pathologies psychiques.

À titre d'illustration, nous montrons des exemples qui témoignent de cette influence réciproque.

Dans notre étude, nous avons relevé que des sujets comme Safira et Amnon sont en butte à l'hostilité de leur entourage humain. Ils ont reçu des siens des stigmatisations verbales

négligés et ont essuyé de leur part des vexations sans nombre. Les réactions malveillantes de l'environnement social ne sont pas sans conséquences sur le moral de nos enquêtés. En effet, elles ont affecté la représentation de soi des sujets, altéré leur confiance en eux et en leur compétence. Dès lors, se sont installés les sentiments d'autodévalorisation, d'auto-accusation, de dégoût de soi. Par conséquent, ces individus négligés et méprisés par l'entourage nourrissent un profond sentiment d'avenir bouché et se réfugient dans un isolement social pathologique. Ces cas témoignent de ce que les phénomènes sociaux affectent les phénomènes individuels.

Par ailleurs, nous soulignons le cas d'Eliot, qui a vu ses rendements scolaires décroître à cause de la souffrance traumatique vécue. Cet exemple illustre bien l'influence du psychologique sur le social.

Les conséquences les plus néfastes pour les adolescents ne sont pas uniquement les dommages physiques et psychologiques, mais il faut aussi souligner la destruction sociale, en termes de dégradation des relations sociales, détérioration de la santé et de la condition de vie, les atteintes aux normes et valeurs sociales. Nous avons donc pu appréhender des conséquences que les faits de guerre peuvent induire sur les plans psychologique et social. A ce sujet, la confrontation aux événements potentiellement traumatiques a engendré, chez les sujets qui les ont subis, des bouleversements graves et entraîné une modification significative de la relation du sujet au monde et à eux-mêmes, donc de leur personnalité, favorisant ainsi l'inadaptation de plusieurs. Ces sujets inadaptés sont donc des individus qui vivent différents décrochages par rapport à différents paramètres psychologiques (affectivité, émotion, cognition, comportement, etc.) et sociaux (école, santé, famille, rapports sociaux, valeurs sociales, etc.) Ils sont tenus à l'écart de la vie sociale en général en raison de leurs différentes carences psychologiques et sociales consécutives à la guerre. A ce compte-là, il est admis que la vulnérabilisation psychosociale des adolescents prépare, préfigure ou cache des activités dérogatoires, car les états dépressifs et anxieux, les abus d'alcool, de stupéfiants et l'indigence socio-économique, en somme, l'accumulation des défaillances psychologiques et sociales engendrent une forte intentionnalité de passer à l'acte et de faire mal.

En conclusion, nous retenons que les complications psychologiques et sociales présentées par les adolescents ne sont pas à comprendre dans une relation de cause à effet

stricto sensu par rapport aux événements de la guerre. En effet, la situation en aval du trauma, c'est-à-dire le contexte post-événementiel caractérisé par une précarité des conditions socio-économiques des milieux de récupération, l'indifférence et l'hostilité de l'entourage social et les perceptions négatives des sujets est fondamentale. Ces éléments se présentent comme des variables subsidiaires de vulnérabilité. Ce sont ces réalités post-traumatiques qui chronicisent les problèmes psycho-sociaux des adolescents.

Après avoir étudié le PTSD chronique et les facteurs de vulnérabilisation, nous allons nous évertuer, dans la suite, de présenter la résilience et ses déterminants.

IV. RESILIENCE ET DETERMINANTS DE PROTECTION OU DE RECUPERATION

La guerre a permis de mettre en évidence des potentiels que certains des sujets ont en eux. Elle a donc stimulé des vertus qui étaient anesthésiées en ces sujets et qui sont dénommées « la résilience ». La résilience est donc une conséquence de la guerre. Elle est une réalité que nous avons observée chez un certain nombre de sujets, précisément deux (2). Ce phénomène est l'aptitude des sujets à se remettre des différentes perturbations liées au trauma et à reprendre le cours de la vie en développant des compétences personnelles et sociales. Les tests et les entretiens nous ont donc permis de relever premièrement les caractéristiques des sujets résilients et deuxièmement les déterminants de la résilience.

IV.1. Caractéristiques des sujets résilients

Les caractéristiques des sujets résilients sont les indicateurs de résilience ; les éléments qui permettent d'apprécier le fonctionnement résilient des sujets. Ce sont en quelque sorte les indices et les signes apparents qui nous permettent d'indiquer que tels sujets sont résilients, les distinguant de fait des traumatisés. L'étude a déterminé deux (2) indicateurs de résilience : absence de symptômes post-traumatiques et la compétence sociale.

IV.1.1. Absence de symptômes post-traumatiques

Nous avons remarqué que certains enfants qui ont également subi des événements à forte potentialité traumatique, et qui ont dès le début présenté, au regard de leurs dossiers, des troubles pathologiques de la vie psychique, sont entrés dans un processus de guérison psychique. Les investigations que nous avons menées nous ont permis de constater une absence de symptômes post-traumatiques, attestant ainsi de la résilience émotionnelle de ces sujets. En effet, l'échelle d'évaluation que nous avons utilisée (inventaire-échelle de névrose traumatique), avait comme objectif principal le repérage de troubles psychologiques et psychiatriques. Le résultat de cet instrument a révélé que deux (2) de nos sujets sur les onze (11) étudiés, (Pierre et Gertrude), ne présentaient, au moment de l'évaluation, aucun symptôme psychotraumatique spécifique.

IV.1.2. Compétence sociale

Elle se décline en deux (2) : la compétence comportementale et relationnelle ainsi que la bonne performance scolaire.

IV.1.2.1. Compétence comportementale et relationnelle

Les compétences dans ce contexte réfèrent à une absence de comportements problématiques. Il s'agit notamment d'étudier un comportement ou un ensemble de comportements réputés résilients.

Dans le cadre de nos investigations, nous avons plutôt tenu compte des avis de l'entourage (famille, voisinage et institution) des sujets pour apprécier leur compétence sociale. Ces avis devenaient ainsi pour nous comme une évaluation que nous avons croisée avec des observations effectuées sur le terrain. Les comportements décrivant les sujets, nous avons pu identifier des sujets aux comportements adaptés grâce au croisement susmentionné.

Ainsi, le père de Pierre, témoignant du comportement de son fils, a affirmé : « *je n'ai pas de problème avec mon fils, il se conduit bien, il est respectueux et travailleur. Personne ne s'est plaint à moi d'un mauvais comportement de Pierre. Dans le quartier, il est apprécié par tout le monde* ». Un des animateurs d'ODAFEM, avec qui nous avons travaillé sur le terrain, renchérit sur les propos du père de cet adolescent en faisant remarquer que « *Pierre*

n'est pas un garçon difficile comme certains des enfants que nous avons reçus. C'est vrai, au début, c'était difficile, mais avec l'encadrement, il va mieux ». C'est dans le même sens que s'oriente le témoignage sur Gertrude. En effet, se satisfaisant du comportement de sa protégée, l'oncle de la jeune fille s'est exprimé en ces termes : « *Gertrude, vraiment est une fille bien ! Je ne peux rien lui reprocher du point de vue comportement. Elle est l'amie de tous, elle s'amuse avec tout le monde. Elle est bien intégrée à la famille. C'est vrai, au départ, il y avait un peu de réticence et de méfiance, mais maintenant, grâce à Dieu ça va. Elle se comporte comme si rien ne s'était passé auparavant, je la félicite pour son courage* ».

Dans le dernier cas par exemple, à travers le propos du tuteur de notre sujet, nous pouvons relever deux (2) comportements majeurs. Le premier est la bonne capacité d'adaptation relationnelle. Aux dires de son tuteur, « *elle est l'amie de tous, elle s'amuse avec tout le monde* », bien qu'au départ, les choses semblaient difficiles. Elle a manifestement appris à faire confiance aux autres en s'ouvrant à eux.

D'après la déclaration de l'oncle maternel de Gertrude, le second comportement identifié est le courage, car parlant de sa nièce il a affirmé : « *je la félicite pour son courage* ». Notre enquêtée a été efficace dans ses rapports avec l'environnement. Elle n'a certainement pas laissé les mauvais sentiments et les émotions pénibles triompher d'elle. En pareille situation de victimisation (viol et perte d'un être cher), plusieurs se seraient laissé aller à la vengeance, à des ruminations mentales incessantes. Mais, elle a su faire preuve de dépassement de soi et a pris conscience de son auto-efficacité. Elle relativise les épreuves qu'elle a subies en ayant tendance à y voir des aspects positifs, comme le révèle un extrait de ses propos : « *tout ce que Dieu permet est bon pour l'homme* ». Mieux, cette jeune fille fait preuve d'une force de caractère remarquable, car dit-elle : « *je pardonne à ceux qui nous ont causé tous ces torts* ».

Dans l'ensemble, nous la décrivons comme un sujet qui montre une grande facilité à établir des contacts avec ceux qui l'entourent. Elle exprime facilement ses sentiments et partage aisément ses émotions. Elle est ouverte et sociable, donc extravertie.

IV.1.2.2. Bonne performance scolaire

Pierre et Gertrude réussissent bien leur scolarité en dépit des situations traumatiques vécues qui, en pareille circonstance, entraînent des difficultés de concentration, des troubles

mnésiques et autres troubles liés à l'apprentissage. Les exemples de Pierre et de Gertrude sont édifiants en la matière.

En effet, nonobstant les situations difficiles connues et traversées (interruption momentanée de la scolarité, précarité de la vie, problèmes psychologiques divers), ces adolescents ont réussi à avoir de bonnes performances scolaires. Le jeune homme qui avait connu deux (2) années d'interruption scolaire (2003 et 2004), alors qu'il était au CP2, est aujourd'hui en classe de 6^e. Le dessin de famille réalisé par ce jeune garçon où ses écrits sont sans faute, et le test de 16 PF dans lequel il a eu une note élevée (9) à l'échelle primaire (B) attestent que ce jeune garçon a un niveau scolaire relativement élevé. Par ailleurs, Gertrude qui n'a pas connu d'interruption scolaire malgré la situation de guerre parce qu'ayant intégré un établissement relais, est aujourd'hui en classe de seconde A (littéraire). Cela dénote une forte capacité scolaire. Le score élevé (8) réalisé par cette jeune fille en facteur de premier ordre (B) du test de 16 PF confirme cet état de fait.

Nos sujets résilients sont caractérisés aussi bien par une absence de séquelles psychologiques liées aux traumatismes de guerre, qu'une compétence sociale. Mais, quels sont les facteurs explicatifs de cette résilience chez les deux (2) sujets ?

IV.2. Tuteurs de résilience chez les sujets résilients

Les tuteurs de résilience sont les facteurs qui ont contribué à la résilience des sujets. Ils sont de plusieurs ordres : la stabilité des conditions socio-économiques du milieu de récupération, la bienveillance de l'entourage humain, et les perceptions positives.

IV.2.1. Stabilité des conditions socio-économiques du milieu de récupération et processus résilient.

Au plan socio-économique, les sujets (Pierre et Gertrude) n'ont soulevé aucun problème touchant leur milieu de récupération. Ils ont, plutôt, magnifié l'excellence de leurs conditions de vie. Ils ont relevé toute l'attention accordée à leurs besoins par leurs parents ou tuteurs. Dans leurs familles, ces enfants disent être à l'abri des besoins primaires parce que leurs parents arrivent à satisfaire à leurs attentes : « *vraiment, je n'ai pas de problème ici, c'est comme si j'étais avec mes propres parents. Mon oncle et sa femme sont à mes petits soins* » (Gertrude) ; « *papa et maman s'occupent bien de nous. On mange bien* » (Pierre).

En ce sens, la satisfaction des besoins de base ne constitue pas pour eux un souci et n'est, par conséquent, pas sources de stress. C'est tout naturellement, que la stabilité socio-économique des familles puisse aider efficacement ces sujets à se reconstruire psychologiquement et socialement. La stabilité socio-économique du milieu constitue donc pour Pierre et Gertrude un gage de sécurité qui leur permet de faire un travail de résilience.

IV.2.2. Bienveillance de l'entourage humain et émergence de la résilience

La famille, la communauté sociale et la communauté religieuse constituent l'entourage humain des adolescents résilients.

IV.2.2.1. Manifestations de la bienveillance de l'entourage

IV.2.2.1.1. Famille compréhensive, chaleureuse et attentionnée

La famille est la première cellule sociale à laquelle appartient l'enfant. C'est aussi au sein de ladite cellule que l'individu développe et acquiert dès l'enfance par l'intériorisation des exigences et des interdits parentaux une conscience socio-morale. La famille est donc le premier laboratoire d'éthique personnelle et sociale de l'individu. Elle est ce creuset de relations (parentales et fraternelles) dont l'action est indispensable pour garantir à l'individu une meilleure adaptation et intégration sociale. Au sein donc des familles (naturelles et d'accueil), des adolescents ont bénéficié d'interactions intrafamiliales de qualité. En effet, la sécurité émotionnelle et affective apportée d'une part par la fratrie et d'autre part par les parents honorant leurs obligations, a permis à nos sujets d'amorcer avec beaucoup de sérénité et de conviction le processus de la résilience.

La cohésion au sein des familles, l'harmonie parentale, la bonne relation entre parents et enfants, le soutien affectif apporté par les parents et la fratrie sont des éléments importants et essentiels qui ont aidé à contrebalancer les effets négatifs des événements de guerre. En attestent les témoignages de la jeune Gertrude : *« mon oncle et sa famille m'ont bien accueillie. Ils m'ont tous aidée à bien me sentir parce que quand j'étais arrivée, je ne me sentais pas bien. Je me sens bien avec eux et je m'entends bien avec mes cousins et cousines. Ils sont pour moi comme des frères et je suis pour eux comme une sœur. »*

Par ailleurs, dans le dessin de famille de Pierre, nous remarquons une harmonie entre les parents traduite par les mains enlacées des personnages de la mère et du père. Cette harmonie parentale a été, à coup sûr, profitable à ce jeune garçon.

Les sujets résilients ont mis en évidence la dynamique familiale caractérisée par une bonne communication, des interactions chaleureuses et positives, le support et l'affection. Le soutien social adéquat ou positif dans les moments d'agonie psychique a permis d'annuler les effets du trauma. La famille est reconnue comme étant une source de soutien essentielle.

IV.2.2.1.2. Communauté sociale solidaire

La communauté sociale fait référence au système macrosystème social, c'est-à-dire le système politique, à l'organisation et à la gestion des affaires politiques. Il intègre aussi la culture qui est l'ensemble des manières de penser, d'agir et de sentir propre à une collectivité donnée. En Afrique comme en Côte d'Ivoire, une des valeurs culturelles ambiantes est la solidarité. La solidarité donc est au cœur des interactions humaines et définit les rapports sociaux. En effet, le conflit armé du 19 Septembre 2002 a été une occasion pour des populations vivant en Côte d'Ivoire de témoigner leur compassion et marquer leur solidarité envers d'autres déplacées et sinistrées par la guerre. De fait, les populations dans leur ensemble, sans distinction de nationalité, de race, d'ethnie, d'appartenance politique et religieuse, qui, de façon individuelle ou collective au sein d'associations ou groupements, ont spontanément apporté réconfort à leurs égos qui ont subi l'acharnement du sort. Ainsi, par des apports en numéraires, en nature (vivres et non-vivres), ils ont contribué à l'assistance des victimes. Certains ont aussi offert, à ces dernières, gîte et couvert.

En plus de ces initiatives (individuelles et collectives), l'Etat a aussi volé au secours de ces populations sinistrées à travers la création d'une cellule de gestion d'urgence de la crise : la Cellule Solidarité et Action Humanitaire (CSAH). En outre, l'Etat, dans son souci de garantir l'école pour tous et d'assurer la continuité du service public d'éducation, a créé des établissements relais à l'intention des élèves déplacés. Cet élan de solidarité nationale, à travers les actions humanitaires et éducatives, a été bénéfique à plusieurs déplacés, car sans ces différents apports, certains d'entre eux verraient leurs chances de s'en sortir s'amenuiser. Evoquant la question des soutiens et des aides dont elle a bénéficié, Gertrude a fait référence aux dons reçus dans le cadre de la gestion de la crise par l'Etat, donc de l'assistance de la collectivité nationale.

Ces différentes initiatives ont contribué à renforcer son sentiment d'appartenance à la collectivité, à la société ivoirienne qui avait été quelque peu entamé par l'adversité de la guerre, car dit-elle « *quand les rebelles nous ont obligés à fuir, on était affecté. Mais quand on est arrivé à Yamoussoukro et surtout à Abidjan, les gens nous sont venus en aide. Là on a senti qu'on n'était plus seul.* »

Les propos de la jeune fille mettent en évidence les valeurs d'entraide et de solidarité démontrées par la communauté sociale dans son ensemble.

IV.2.2.1.3. Communauté religieuse supportante

La religion, de manière générale, prône l'amour, le pardon, le partage et la communion entre ses membres. Elle exhorte à la quête de tout ce qui contribue à la paix et à l'édification mutuelle. La spiritualité et la croyance religieuse sont des facteurs qui ont contribué à faire libérer Gertrude. En effet, elle s'est référée à l'Être Suprême et a recherché son soutien pour la débarrasser de l'humeur dépressive que suscitaient les souvenirs itératifs des scènes d'agressions subies. Ainsi, avec ses coreligionnaires, dans le même élan de foi, de dévotion et d'investissement par la participation active aux rituels de leur communauté religieuse, la jeune fille a réussi à surmonter les sentiments et les émotions négatifs induits par les événements difficiles vécus. En la matière, sa déclaration est édifiante : « *au début, ce n'était pas facile pour moi, j'avais honte de ce qui nous était arrivé et j'étais pleine de haine et de colère à cause de tout ce que ma famille et moi avons subi. Mais les prières et les sermons des hommes de Dieu m'ont beaucoup aidé à m'en sortir. Les frères et les sœurs de la communauté que je fréquente ont aussi beaucoup contribué à mon relèvement, me soutenant spirituellement, dans la prière, matériellement et financièrement. Grâce à Dieu et grâce à eux aujourd'hui je me suis retrouvée* ». Dès lors, la religion ou la spiritualité est comprise comme un tuteur de résilience, un cadre où la jeune fille a puisé des ressources supplémentaires pour faire face à l'adversité et triompher d'elle. L'exercice spirituel ou religieux se révèle comme un creuset de communions divine et humaine.

En somme, l'entourage humain du sujet est essentiel. En effet, en adoptant une attitude d'ouverture, ces circuits relationnels qui émanent de cet entourage incitent la victime à une expression spontanée qui la conduit à terme à sa propre ouverture, dans la mesure où la communication est inscrite au cœur des interactions humaines ; elle favorise la verbalisation

de l'expérience vécue traumatique et permet, de ce fait, la guérison des meurtrissures et la récupération du sujet.

IV.2.3. Rôle des perceptions positives dans le travail de résilience

IV.2.3.1. Perceptions positives de soi

La perception de soi positive réfère à l'estime de soi positive. Elle intègre deux (2) dimensions : l'estime de soi affective et l'estime de soi pour ses compétences.

L'estime de soi affective encore appelée amour de soi est un état émotionnel résultant d'une auto-perception, construite à partir de l'appréciation que le sujet porte sur lui-même et de celle d'autrui sur lui. L'amour de soi permet donc au sujet de s'aimer, de s'affectionner en dépit de ses faiblesses, de ses défaillances et de ses meurtrissures : c'est l'amour-propre. Car on ne saurait aimer autrui si on ne s'aime pas soi-même. L'amour de soi est donc un préalable à l'amour des autres, à une ouverture sincère vers l'extérieur.

Cette estime de soi affective a permis à nos sujets d'avoir assez de ressources internes pour aller vers les autres et de faire face aux épreuves, aux situations psychosociales défavorables.

Pour ce qui est de l'estime de soi pour ses compétences, variablement dénommée confiance en soi, conscience de son auto-efficacité ou sentiment d'auto-efficacité ou encore efficacité personnelle, elle est une caractéristique qui renvoie à la croyance qu'ont les sujets en leurs capacités à réussir, à se réaliser et à atteindre leurs objectifs.

Le sentiment d'auto-efficacité a été mis en évidence chez les sujets résilients à travers le test de 16 PF. De fait, à l'échelle primaire (G/ conscience, responsabilité et convention), Pierre et Gertrude ont réalisé respectivement les scores (7) et (8), dénotant un caractère consciencieux dominé par le sens du devoir et des responsabilités. En sus, en la dimension initiale (O), les mêmes sujets ont obtenu, pour le premier (1) et la seconde (3). Ces notes basses obtenues par ces adolescents sont le reflet, chez chacun d'eux, d'une personnalité dénuée de tout sentiment de culpabilité et de tout doute de soi parce que ces sujets ne se fixent pas sur leurs erreurs ou les échecs passés. Ce sont plutôt des individus qui ont du ressort et de l'assurance, c'est-à-dire qu'ils ont une solide confiance en eux-mêmes et en leurs capacités de régler les problèmes. Ces traits de personnalité révélés par le 16 PF sont des caractéristiques

qui ont sans nul doute conféré aux sujets une certaine détermination, de la persévérance et la foi en l'avenir.

Le test de dessin de famille n'est pas muet sur ces dimensions de la perception de soi. Les interprétations faites des dessins réalisés par ces adolescents mettent en évidence la manière dont ces jeunes se perçoivent.

Les sujets Pierre et Gertrude ont montré une perception d'avoir des ressources pour affronter les difficultés afférentes à la guerre. Cette perception de soi positive est ce qu'on appelle le sentiment de cohérence interne qui permet de diminuer, voire de remanier les symptômes de l'ÉSPT.

IV.2.3.2. Perceptions positives de l'entourage

Pierre et Gertrude perçoivent une plus grande disponibilité de leur entourage et montrent une plus grande satisfaction avec le soutien reçu: « *quand les rebelles nous ont obligés à fuir, on était affecté. Mais quand on est arrivé à Yamoussoukro et surtout à Abidjan, les gens nous sont venus en aide, là on a senti qu'on n'était plus seul (...) Mon oncle et sa famille m'ont bien accueillie, je me sens bien avec eux et je m'entends bien avec mes cousins et cousines. Ils sont pour moi comme des frères et je suis pour eux comme une sœur. Ils m'ont tous aidé à bien me sentir parce que quand j'étais arrivée, je ne me sentais pas bien* » (Gertrude) ; « *A la maison, papa et maman s'occupent bien de nous et les nuits, quand j'avais peur, maman était toujours à côté de moi* » (Pierre). Dans ces conditions, ces adolescents n'éprouvent aucune difficulté à se confier, ils parlent avec aisance de leurs expériences traumatiques et des répercussions cognitives et émotionnelles de celles-ci.

Nous déduisons de ce qui précède que ces sujets résilients ne présentent pas de symptômes de l'ÉSPT chronique parce qu'ils perçoivent une attitude d'ouverture chez les siens lorsqu'ils expriment leurs émotions

IV.2.3.3. Perceptions positives du présent et de l'avenir personnel.

Les adolescents résilients que nous nous évertuons de présenter ne font aucune fixation sur leur passé, profitent aisément du présent et appréhendent avec beaucoup d'optimisme leur

avenir. Tous les deux (2) sujets nous ont confiés leurs ambitions sociales : « *je veux être, plus tard, un médecin* » (Pierre), « *je veux devenir une avocate* » (Gertrude).

L'étude a révélé que les différents échanges psychosociaux bénéfiques que Pierre et Gertrude ont eus avec leur environnement est la solide base au travail de résilience. En effet, les membres de leur entourage leur ont permis de répondre à leurs besoins essentiels, besoins d'écoute par des personnes diligentes et besoin de réconfort. Ils les ont également soutenus dans l'expression de leurs émotions et sentiments. Les interactions ont aussi aidé les sujets à s'aimer, à se sentir aimé, et à aimer. De plus, ces rencontres leur ont permis de recevoir des conseils et de partager les expériences d'autres personnes. C'est « *la zone d'arrimage psychologique* », c'est-à-dire l'ensemble des expériences positives qu'un individu a vécues avec un membre familial ou extra-familial sur lesquelles il s'appuie pour maîtriser, contrôler ou canaliser les aspects pathologiques d'un incident critique, mais également sur lesquelles la reconstruction psychologique et sociale sera possible. Ces interactions sociales ont contribué à augmenter et renforcer le sentiment d'appartenance de ces adolescents, leurs stratégies d'adaptation (*coping*), leur estime de soi, et, par conséquent, à les stimuler affectivement, émotionnellement et intellectuellement pour leur permettre d'acquérir de nouvelles habiletés psychologiques et sociales.

Dans le schéma ci-après, nous présentons le parcours de nos sujets après la confrontation aux différents traumatismes de guerre.

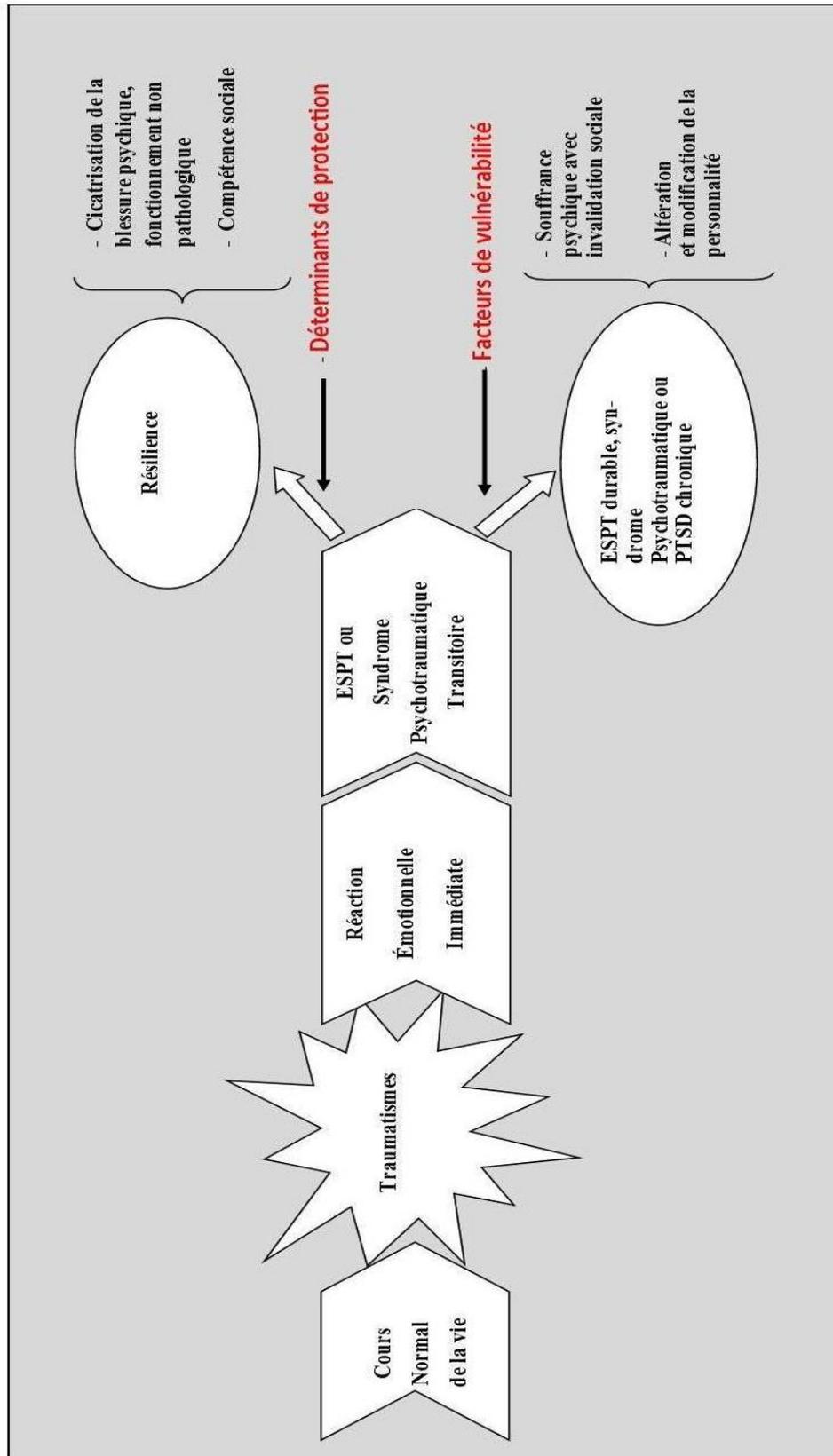


Figure 2 : Trajectoires de vie d'adolescents confrontés aux traumatismes du conflit armé du 19 septembre 2002 en CI.

Ce schéma que nous avons fait décrit le processus de traumatisation de nos sujets. Il met en évidence l'exposition aux traumatismes et la séparation des sujets d'avec leur cours de vie antérieur par la survenue du traumatisme psychique qui bouleverse leur vie. Le traumatisme psychique étant présent se cumule avec les difficultés sociales. Ce schéma représente deux (2) types de réactions et deux (2) types de mode de vie. De fait, ces réactions sont déterminées par un certain nombre de variables post-événementielles. Ainsi, les sujets à qui le milieu de récupération a assuré des garanties de stabilité socio-économique, qui ont bénéficié d'un soutien social de qualité de leur entourage et qui ont des perceptions positives d'eux-mêmes, de leur entourage ainsi que de leur présent et avenir personnel ont pu avoir une ascendance sur leurs différentes déficiences caractérisée par la cicatrisation de la blessure psychique, le fonctionnement non pathologique et la compétence sociale. C'est le cas de nos sujets Pierre et Gertrude. Au contraire, les individus chez qui on note une défaillance du support social, une précarité des conditions socio-économiques et des perceptions négatives (de soi, de son entourage, du présent et de l'avenir personnel) voient leurs conditions psychologiques et sociales perdurer, sinon s'empirer. A cet effet, la souffrance psychique est invalidante socialement et les sujets établissent un nouveau type de rapport avec le monde, les autres et eux-mêmes. C'est ce qui a été relevé chez les neuf (9) autres sujets. Cette figure souligne donc l'importance des variables post-traumatiques dans la compréhension et l'explication des conséquences de situations traumatiques. Elles déterminent le devenir psychosocial des individus traumatisés. En réalité, les rapports aux différentes entités sociales peuvent, soit entraîner l'enkystement du traumatisme psychique et son évolution vers une chronicité, soit permettre d'amorcer les prémices d'une restructuration du psychisme blessé. En ce sens, la résilience est le redressement d'une trajectoire négative.

CONCLUSION PARTIELLE

Nous avons étudié onze (11) sujets à partir de leurs dossiers médico-sociopsychologiques. Les cas étudiés ont en commun de n'avoir présenté aucun antécédent psychiatrique pouvant constituer un état antérieur. Le traumatisme psychique subi s'inscrit dans leur vie comme une véritable fracture de vie, séparant l'avant de l'après du traumatisme.

Les analyses ultérieures que nous avons faites ont permis, dans cette partie, de saisir les réactions des sujets qui sont à la fois complexes et riches de contradictions. Nos résultats du terrain montrent deux (2) catégories de sujets. D'une part, des sujets qui présentent des perturbations psychopathologiques durables. Certains de ces sujets traumatisés psychiques cumulent également plusieurs difficultés sociales, allant de la rétraction aux normes et valeurs sociales aux problèmes sanitaires aux problèmes scolaires, sans occulter les difficultés matérielles, financières et relationnelles. Cependant, à côté de cette catégorie de sujets, il existe une autre, composée de sujets faisant montre de force, de ressources et de vertu. En effet, grâce à certains paramètres, tels que la stabilité socio-économique du milieu de récupération, la bienveillance de l'entourage humain et les perceptions positives (de soi, du support social, du présent et de l'avenir), ces individus ont pu et su transformer leurs défaillances psychiques et leurs inconvénients sociaux en opportunités et expériences enrichissantes, pour amorcer un nouveau type de développement, pour entrer en résilience. En réalité, ces deux (2) catégories de sujets représentent deux (2) trajectoires de vie distinctes : une négative et une autre positive.

TROISIÈME PARTIE



**DISCUSSION
ET
PROPOSITIONS
DE MESURES**

La troisième et dernière partie de la présente thèse s'articule autour des chapitres de discussion et de recommandations. Le premier chapitre de cette partie vise à discuter nos résultats à la lumière des résultats d'autres travaux ayant un rapport plus ou moins étroit avec notre objet d'étude. Dans le second chapitre, nous énonçons premièrement les retombées de l'actuel travail sur le plan de la recherche ; et deuxièmement, nous suggérons des moyens pour intervenir en faveur des victimes.

CHAPITRE I : SYNTHÈSE ET DISCUSSION

Pour nous, discuter, c'est analyser des aspects de notre travail en vue d'en distinguer les forces et les faiblesses. C'est examiner le pour et le contre de la présente recherche. Ses implications sont discutées d'un double point de vue : la validité des résultats et les considérations méthodologiques.

I. VALIDATION ET EVALUATION DES RESULTATS

La présente étude vise à expliquer les conséquences du conflit armé ivoirien du 19 septembre 2002 sur des adolescents, à travers une description des diverses réactions post-traumatiques présentées par ces derniers.

De cet objectif général, découlent des objectifs spécifiques que sont :

- 1/ Identifier les signes et symptômes cliniques chez les adolescents présentant un ESPT chronique ;
- 2/ Décrire les caractéristiques de la résilience chez des adolescents ;
- 3/ Evaluer les répercussions sociales de la guerre chez les adolescents traumatisés par rapport à un certain nombre de paramètres tels que la santé, l'éducation, la pauvreté, les normes et valeurs sociales, les relations intra et extra-familiales ;

4/ Etudier les mécanismes en jeu dans la chronicisation du PTSD et dans la résilience chez des adolescents, à travers l'inventaire des facteurs ou déterminants de vulnérabilité et les facteurs de protection.

Tous ces objectifs convergent vers un souci particulier ; à savoir, l'appréhension du devenir psychologique et social d'adolescents victimes de guerre.

Pour y parvenir, nous avons formulé une hypothèse générale et, à partir d'elle, trois (3) hypothèses opérationnelles ont été énoncées. Les différentes hypothèses sont les suivantes :

Hypothèse générale : « *Le devenir psychosocial des adolescents traumatisés, différencié en "ESPT chronique" et en "résilience", est étroitement lié à la part des facteurs socio-environnementaux et psychologique* ».

Hypothèse opérationnelle 1 : « *Un adolescent traumatisé qui a un entourage humain bienveillant a plus de chance de contrebalancer les séquelles psychotraumatiques et de développer une capacité de résilience qu'un adolescent dont l'entourage humain est indifférent et hostile.* »

Hypothèse opérationnelle 2 : « *Plus les conditions socio-économiques du milieu de récupération d'un adolescent traumatisé sont précaires, plus il a tendance à souffrir durablement du PTSD.*»

Hypothèse opérationnelle 3 : « *Moins un adolescent traumatisé a des perceptions négatives, moins il est enclin à présenter des complications du PTSD.*»

Avant d'aborder l'interprétation des résultats proprement dit, nous voulons un tant soit peu analyser les objectifs de l'étude. En effet, l'analyse de ces objectifs montre que nous avons, de manière concomitante, posé les diagnostics cliniques de psychotraumatismes et de résilience. Cela peut susciter la question de savoir si cette manière de procéder et d'orienter notre étude est fondée scientifiquement. La réponse à cette interrogation nécessite que l'on examine la littérature scientifique pour voir s'il y existe un ou des modèle (s) d'études de ce type dont les signatures en garantissent le sérieux.

L'exploration de la littérature scientifique atteste de l'existence de telles études. La première étude que nous citons est celle de Grappe (2001). En effet, psychiatre, Grappe, s'est

intéressé pendant environ deux (2) décennies aux jeunes traumatisés par la guerre et à leur devenir. Ses recherches sur le terrain l'ont conduit vers la population de la péninsule balkanique⁽¹⁾. Son premier contact a été avec les enfants réfugiés croates victimes de guerre, en 1992, dans un camp à Mohács, au sud de la Hongrie. Il a, par la suite, effectué d'autres missions en Croatie, en Bosnie et au Kosovo, auprès d'enfants Balkans victimes de guerre. En sus, en France, il a suivi en psychothérapie, dans le long terme, plusieurs enfants réfugiés venus d'Afrique et des Balkans.

Pendant ces premières missions sur le terrain et ses premières pratiques psychothérapiques, Grappe a fait le constat que les enfants ont enduré des souffrances psychotraumatiques subséquentes à la guerre. Toutefois, au même moment, les réactions de certains patients ont attiré particulièrement son attention. Les évaluations cliniques faites ont révélé chez des enfants supposés traumatisés, la présence d'états psychiques d'hypermaturité et de résilience. Dès lors, ces deux phénomènes ont commencé à l'interroger. Ainsi dans ses missions et pratiques ultérieures, l'auteur a pris soin de mentionner les phénomènes qui apparaissaient chez ses sujets, préférentiellement l'hypermaturité et la résilience.

Au terme de plusieurs missions et séances de psychothérapie, la première observation du chercheur selon laquelle des enfants victimes de guerre étaient hypermatures et résilients, se confirma. Ainsi donc, de sa riche expérience, Grappe a fait la constatation majeure que des enfants affectés par des conflits armés présentaient des symptômes positifs dont il pouvait se servir pour compenser les douleurs psychiques. Néanmoins, ce chercheur et praticien est resté prudent dans l'élaboration et la conceptualisation des deux concepts. Il reconnaît que, quoique très proches dans leurs expressions extérieures, l'état psychique d'hypermaturité est très éloigné de celui de la résilience décrite par Cyrulnik. A ce propos, il soutient que si l'hypermaturité s'installe dans les 24 heures qui suivent l'incident critique, la résilience qui, quant à elle, est un processus, se tricote dans le temps.

En conclusion, nous soulignons que Grappe a pu établir, non seulement un diagnostic de pathologie psychotraumatique, mais aussi celui d'hypermaturité et de résilience.

La seconde étude, un peu plus récente, est celle réalisée par Serigne Mor Mbaye (2009). Après un bref historique de l'émigration des Burkinabés en Côte d'Ivoire, cette étude menée

¹La péninsule balkanique englobe l'Albanie, la Bosnie-Herzégovine, la Bulgarie, la Croatie, la Grèce, la Macédoine, la Turquie et la Yougoslavie. L'histoire nous enseigne que dans cette région des Balkans, les problèmes de minorités nationales et des frontières étatiques ont resurgi lors de l'éclatement de la Yougoslavie en 1991-1992 et sont à l'origine de la guerre de Croatie (1991-1992) et en Bosnie-Herzégovine (1992-1995), ainsi que du conflit en Kosovo (1999).

au Burkina Faso s'est résolue d'étudier l'impact psychosocial du conflit ivoirien sur les enfants migrants Burkinabés. Elle a porté sur 205 enfants dont 103 ont grandi ou résidé en Côte d'Ivoire durant une longue période de vie et ont été rapatriés pendant et après le conflit foncier de 1999 à Tabou entre autochtones kroumen et allogènes burkinabés, ainsi que la crise politico-militaire du 19 septembre 2002. Cette étude, recommandée par la structure Plan et le projet AWARE-HIV/AIDS et qui a concerné cinq (5) pays africains (Burkina Faso, Cameroun, Libéria, Sierra-Leone et Togo), a eu comme objectif général d'évaluer l'impact psychosocial des différentes crises sur les enfants rapatriés. Spécifiquement, l'étude a cherché, entre autres, à décrire la santé mentale des enfants rapatriés en comparaison avec un groupe témoin et à dégager les indicateurs de résilience ainsi que les besoins des enfants en termes de soutien psychologique.

Les résultats de l'étude indiquent que les enfants qui ont vécu le rapatriement sont plus souvent affectés que les enfants témoins par l'ESPT chronique. Par ailleurs, comme indicateurs de résilience, la recherche a mis en évidence le bien-être psychologique et les attitudes prosociales. Les facteurs de résilience identifiés dans le cadre de ce travail sont, tant au plan individuel que familial, les aptitudes sociales, la confiance en soi et le sentiment de sécurité dans un milieu protecteur.

A l'analyse des objectifs et des résultats de cette étude, il ressort sans ambiguïté que pour l'auteur, l'impact psychosocial du rapatriement sur la population cible intègre aussi bien les séquelles psychotraumatiques que la résilience.

Au total, les deux (2) études s'inscrivent dans la même logique que celle que nous avons menée, à savoir, choisir une approche compréhensive tant des troubles post-traumatiques que de la résilience dans l'évaluation des répercussions psychosociales. Elles permettent de répondre par l'affirmative à la question de départ. Ainsi, avoir privilégié cette piste de recherche pourrait constituer une des portés du présent travail. En effet, il nous semble qu'au plan local, national, notre étude passe pour être la seule à avoir pris soin de poser le diagnostic du psychotraumatisme et de la résilience dans le cadre d'une recherche sur les conséquences de la crise militaro-politique ivoirienne du 19 septembre 2002.

Les objectifs de notre travail présentés ci-dessus convergent vers un souci particulier qui est l'appréhension des différentes réactions subséquentes à la guerre. Et pour y parvenir, des hypothèses ont été formulées. La démarche scientifique impose que nous vérifions les différentes hypothèses de l'étude. Vérifier les hypothèses, c'est analyser ces différentes

propositions de départ en les confrontant aux faits, produits de l'expérience et de l'observation.

I.1. Etape préliminaire à la vérification des hypothèses opérationnelles.

Dans cette partie, il s'agit de montrer la valence négative des événements de la guerre qui ont favorisé l'émergence d'un psychotraumatisme chez les adolescents. Il s'agit de voir si la guerre est le facteur étiologique primaire de l'agonie psychique des sujets.

En effet, les évaluations préliminaires faites par les différentes structures ont permis de mettre en évidence chez nos onze (11) sujets la présence de symptômes dissociatifs, de symptômes d'intrusion, d'évitement et d'hyperactivité neurovégétative. Les sujets ont indiqué que le traumatisme psychique est essentiellement lié aux événements de la guerre. Dans le cadre de conflit armé, la particularité est que le trauma est violent pour quiconque.

Les réponses des adolescents montrent que les événements vécus tiennent à l'intentionnalité, car, il y avait manifestement chez les agresseurs et les bourreaux une intention de faire mal.

Six (6) des onze (11) sujets ont affirmé avoir eu des blessures physiques. Le fait d'être physiquement affecté laisse des marques psychiques graves. Même si cinq (5) sujets n'ont pas eu de stigmates sur leur corps, il n'empêche que, pour avoir été témoins de scènes de violences, ces sujets peuvent être durement affectés dans leur sphère émotionnelle par l'impact des scènes. Tous nos sujets ont affirmé avoir été dans l'incapacité d'effectuer des attitudes compensatrices à la mesure de l'incident, c'est-à-dire que les sentiments qu'ils ont éprouvés lors de la confrontation aux événements ont été dans la surprise, la peur, la frayeur et l'impuissance.

Par ailleurs, il convient de souligner que la plupart de nos sujets, c'est-à-dire sept (07) (Dina, Boris, Ismaël, Safira, Léon, Amnon, Marthe) sur les onze (11), a déclaré avoir vécu les événements en l'absence de tout secours. Toutefois, deux (02) victimes (Pierre, Rosine) ont pu bénéficier d'entraide pendant les événements et deux (2) autres (Eliot, Gertrude) en ont pu faire le récit à un psychologue, immédiatement après, dans le cadre d'un soutien psychologique.

Toutefois, l'information collectée auprès des sujets relativement à leur état antérieur est muette sur les antécédents psychiatriques et la personnalité antérieure. Seulement deux (02) sujets ont enregistré des événements notables au cours de leur vie. Ce sont Dina qui a été séparée de sa mère dès l'âge d'un an après une dispute entre ses géniteurs, et Ismaël dont le père a divorcé d'avec sa mère quand il avait sept (7) ans pour se remarier à une autre femme. Les événements suscités ne sont pas de nature à entraîner un ESPT.

Au total, les événements de la guerre, considérés par leur violence, leur intentionnalité et leur gratuité, ont littéralement atomisé l'appareil psychique des individus de la population cible et les ont exposés à des reviviscences et des réminiscences incessantes. Nous admettons que les faits de guerre sont la cause inaugurale des symptômes de l'ESPT présentés les sujets.

En outre, plusieurs autres travaux, réalisés dans certains pays américains, asiatiques, européens et africains, ont étudié aussi la psychopathologie d'enfants et adolescents victimes de guerre. Les observations faites rejoignent sensiblement celle que nous avons faite dans les cas d'adolescents ivoiriens exposés à la guerre, comme pour attester qu'il existe une psychopathologie de la guerre. C'est le cas de Realmuto et al., (1992). Ces auteurs ont relevé chez les enfants et adolescents survivants aux nombreux traumatismes au Cambodge et qui ont trouvé refuge aux Etats-Unis, la présence de plusieurs psychotraumatismes de guerre. Ces jeunes souffraient principalement de symptômes d'intrusion et d'évitement, d'état d'alerte, de sentiment de culpabilité, de sentiments de solitude, de difficultés de concentration intellectuelle, de difficulté de socialisation, ainsi que de cauchemars et de comportements régressifs. Tous ces signes énoncés font partie du tableau clinique de l'ESPT et de névrose traumatique.

Mais, comment et pourquoi ces symptômes post-traumatiques consécutifs aux événements de la guerre se chronicisent-ils ? Cette interrogation nous conduit à la vérification de nos hypothèses qui cherchent à expliquer les conséquences à long terme du conflit armé.

I.2. Vérification de l'hypothèse opérationnelle 1.

La première hypothèse stipule que : « *Un adolescent traumatisé qui a un entourage humain bienveillant a plus de chance de contrebalancer les séquelles psychotraumatiques et de développer une capacité de résilience qu'un adolescent dont l'entourage humain est indifférent et hostile.* »

La relation que nous établissons entre les variables est la suivante : « l'indifférence et l'hostilité de l'entourage humain expliquent la complication des symptômes d'ESPT chez des adolescents traumatisés ou encore que la bienveillance et l'amabilité de l'entourage humain explique la résilience des autres sujets ».

Vérifier cette hypothèse revient donc à voir si effectivement les troubles de stress post-traumatiques chroniques présentés par des adolescents ont pour principe explicatif l'indifférence et l'hostilité de l'entourage humain ou encore que la résilience des adolescents est éclairée par la bienveillance et l'amabilité de leur entourage humain ».

Cyrułnik (2001) a affirmé qu'après la confrontation à une situation extrême, traumatique, en chaque être humain sont présentes « *des braises de résilience* » ; ce que d'autres auteurs dénomment variablement « *capacité restante* » (Védrinne, 2001), « *ressources résiduelles ou ressources insoupçonnées* » (Poletti et Dobbs, 2001) ou encore « *force actualisante* » qui, en réalité, est une ressource, une force intérieure, le sentiment que le sujet a en lui-même et qui peut le pousser à un rebondissement.

Faisant notre cette affirmation et constatation de Cyrułnik, notre première hypothèse part donc du principe qu'après les traumatismes de guerre subis, tous les enfants victimes avaient en eux des potentiels qui pouvaient leur être nécessaires pour amorcer un travail de récupération et de guérison à terme. La vérification de cette hypothèse que nous allons faire s'articule autour d'une question centrale : comment les adolescents ont-ils fait face aux différents traumas de guerre subis ?

Cette question tient à mettre en évidence la manière dont ces sujets affectés par la guerre ont géré leurs différents problèmes vécus consécutivement au conflit armé.

Les différentes techniques de collectes de données que nous avons utilisées, nous ont permis de saisir les réactions de l'entourage humain des sujets. Ainsi, les résultats que nous avons recueillis révèlent deux types distincts et opposés de réactions correspondant à deux (2) modes de gestion, deux (2) manières de faire face aux problèmes. Ce sont, d'un côté le mode solitaire dans lequel des sujets ont fait, seuls, face aux adversités de la guerre, c'est-à-dire sans support social véritable. Ces individus ont rencontré d'autres difficultés en plus des traumatismes psychologiques subis.

En effet, tant au sein de la structure familiale qu'au sein des structures extra-familiales, ces enfants n'ont pas pu trouver l'étayage social nécessaire, c'est-à-dire des ressources extérieures supplémentaires qui auraient pu leur permettre de faire efficacement face aux conséquences de guerre dont la valence émotionnelle et affective négative est notoire. C'est le

cas de la jeune Safira qui a été kidnappée par des éléments d'un groupe d'opposition armé et a subi de leur part des viols répétitifs. Elle tomba enceinte des suites de ces actes ignobles et donna naissance à un enfant de père inconnu. Ses victimisations ont été mal accueillies par les membres de la famille, notamment ses géniteurs et ses aînés. Ces derniers lui reprochaient d'avoir jeté l'opprobre et l'infamie sur la famille en donnant naissance à un enfant bâtard qui, de surcroît, est sans père, ou du moins a un père de mauvais acabit. Dès lors, «*le produit du viol, d'apparence humaine est vu comme un monstre* ». (Daligand, 2007, 68). La jeune fille est ainsi confrontée à l'incompréhension de sa famille. Et pour ces raisons, cette adolescente est vouée à des vexations sans nombre. Elle est sans cesse piquée par les traits d'une calomnie et de stigmatisations acerbes. Du coup, elle se retrouve seule face aux énormités de la guerre. Sa famille qui devait normalement être pour elle un creuset d'interactions bénéfiques, se met, par ses agissements, au rang de ses bourreaux. On assiste donc, chez notre enquêtée, à un traumatisme cumulatif. D'abord, le viol à caractère répétitif est un potentiel traumatique dont les conséquences sont indéniables. Cet acte bordélique est une atteinte au premier des droits de l'homme, la liberté, et est une négation de la personne du sujet. Ensuite, la naissance d'un enfant issu du viol pose également un problème à cette jeune fille qui en est la mère. En effet, elle est en proie à une véritable torture morale, car voir cet enfant, la replonge dans son douloureux passé et lui renvoie les scènes d'humiliations et d'atrocités subies. Enfin, la réprobation de la famille et les discours injurieux viennent en rajouter aux douloureuses expériences et ne font qu'aggraver les blessures qui étaient déjà béantes. De cette façon, elle ne s'est pas sentie aimée et aimable, et a perdu tout espoir qu'on l'aidera à retrouver le cours normal de sa vie. La notion de "désespoir appris" nous permet de savoir qu'un individu qui est agressé et humilié en permanence, finit par perdre courage et devient prisonnier de ruminations mentales incessantes. Pour toutes ces raisons, la jeune fille a entretenu une dynamique d'apitoiement sur son sort qui a fait émerger de fortes tensions anxieuses et dépressives.

De l'autre côté, une autre catégorie d'enfants (Eliot et Marthe) souffre de changements intervenus au sein de la structure familiale, mais pas dans les mêmes termes que la précédente. En effet, ces deux (2) enfants sont restés dans leurs familles respectives. Les traumatismes ont modifié la configuration et le fonctionnement des familles. Ce n'est pas qu'ils soient en crise ouverte avec leurs familles, c'est-à-dire une rupture d'harmonie entre les sujets et l'entité sociale débouchant sur des agressions de toutes sortes. Mais l'absence du père et l'impossibilité de partager avec les siens les mortifications liées aux traumatismes de

guerre, ainsi que le dénuement et l'incapacité des familles à les soutenir. Cette inertie dans l'action constitue une difficulté supplémentaire qui vient se greffer aux souffrances de ces enfants. La famille se trouve alors dans un état de crise fonctionnelle, car elle n'arrive plus à assurer aux enfants la sécurité émotionnelle et affective, matérielle et vestimentaire, alimentaire et sanitaire. Ainsi, l'équilibre des familles a apparu bien fragile dans la mesure où les échanges affectifs ainsi que les apports matériels et financiers sont pauvres.

Dans ces différents cas, la famille se retrouve, directement ou indirectement, impliquée dans les conséquences du traumatisme.

En ce qui concerne les sujets Boris et Léon, la réalité post-événementielle est dominée par des conflits. En effet, le test de 16 PF les décrit comme des sujets refusant la direction des adultes et n'ayant aucune considération de l'autorité. Ce sont aussi des individus qui montrent de la dureté et de la rigidité dans leurs agissements envers les autres, témoignant de difficultés interrelationnelles. En se référant également aux dessins de famille réalisés par ces deux adolescents, nous y apercevons la nature des interactions familiales. Ces réactions intrafamiliales sont généralement conflictuelles, surtout dans la fratrie. Cela dénote de l'atmosphère délétère qui existe au sein des familles respectives des sujets, et on peut admettre au regard des deux (2) tests que les relations de nos sujets à leurs aînés sont faites d'insoumission, d'inconsidération et de rébellion. Quand on sait que dans la tradition africaine en général, les aînés participent à l'encadrement et à l'épanouissement des cadets, on peut attester que les jeunes Boris et Léon n'ont pas pu bénéficier de l'aide et du soutien des leurs, eu égard à la nature et à la qualité des interactions fraternelles. Aussi avons-nous noté dans le discours de ces enquêtés la perception négative qu'ils ont de la principale organisation qui leur était venue en aide, c'est-à-dire ODAFEM.

En effet, ces enfants se sont plaints à nous et se sentent floués par les responsables de cette structure qui, aux dires de ces enfants, ont détourné les kits que l'UNICEF, bailleur de fonds du projet PDR, avait mis à la disposition de ladite structure pour l'installation des enfants. Ils ont aussi et surtout décrit la manière discriminatoire avec laquelle les responsables de la structure ODAFEM ont distribué les différents kits. De fait, certains auraient reçu chacun un kit d'installation, d'autres par contre auraient reçu un kit pour deux, et d'autres encore n'avaient rien reçu du tout. Boris et Léon étaient du nombre de ceux qui n'avaient rien reçu. Mais, interrogés sur la question, les mis en cause ont réfuté ces accusations en soulignant que le bailleur n'avait pas honoré tous ses engagements envers eux et les enfants.

Les sujets Dina, Ismaël, Amnon et Rosine sont quant à eux confrontés à une séparation d'avec leurs familles respectives. Dina, par exemple, orpheline de père et séparée de sa mère avant l'âge d'un an, a également perdu pendant la guerre sa grand-mère paternelle qui l'avait élevée et éduquée. Elle a donc perdu tous ses supports qui devraient la soutenir dans ses dures épreuves et lui apporter le réconfort dont elle a besoin.

Rosine, de son côté, fut obligée de fuir la zone de combats de Zouan-Hounien d'où elle est originaire. Séparée de ses parents, qu'elle n'a plus revus, cette jeune fille vit avec ses cadets dans un quartier précaire de Yopougon (Yao-séhi) où elle essaie, tant mieux que mal, de faire, seule, face à de nombreuses difficultés.

Nous citons Ismaël et Amnon qui sont, tous les deux (2), des ex-enfants soldats. Le premier a été, en 2002, enrôlé dans la ville de Séguéla. Depuis ce temps, il est séparé de sa famille. Il a passé près de cinq (5) années au sein du groupe d'opposition armée du MPCI. Mais il s'est autodémobilisé. "Revenu à la vie civile", ce jeune garçon n'a pas pu rejoindre sa famille et n'a où aller. Il est livré à lui-même dans la localité de Man où il erre en longueur de journée à la recherche d'une pitance.

Le second nommé a, en ce qui le concerne, été rejeté par sa communauté d'origine au sein de laquelle il n'est plus le bienvenu et est en butte à l'hostilité des siens. Etant donc au ban de sa communauté, ce jeune garçon est obligé de vivre dans la ville de Man où il est vraisemblablement désintégré. Exclu, cet adolescent se sent esseulé dans une agglomération presque inconnue. Il présente une allure dépressive. Comme le premier, il passe toute sa journée à se promener à travers la ville. Cet ancien enfant soldat est reconnu pour sa brutalité et sa quérulence. Et la violence devient inévitablement pour lui « *un mécanisme antidépresseur* ». Mais ce mécanisme semble avoir entraîné la désocialisation de ce jeune garçon.

Les sujets que nous venons de présenter, en plus des différents traumatismes initiaux qu'ils ont subi pendant la guerre, sont obligés d'affronter, au quotidien, les regards dévalorisants et réprobateurs de leur environnement social.

Au total, on peut donc considérer que la guerre, en sévissant, a perturbé et modifié la dynamique des structures sociales et les a placées dans un état de crise structurelle et fonctionnelle. Pour ce faire, la plupart des enfants vit « *dans une famille ou une communauté où le désespoir et la solidarité balancent dans un équilibre fragile* ». Ainsi, la réprobation, la stigmatisation et l'exclusion, avec leurs cortèges d'angoisse, de conflits, de risques constituent des traumatismes seconds qui viennent aggraver la vulnérabilité psychosociale héritée de la

guerre. En ce sens, le premier traumatisme est la rencontre avec le réel de la mort, et le second traumatisme qui revêt une vertu cumulative est la réaction de l'entourage.

Les cas donc que nous avons présentés, au nombre de neuf (9), sont des sujets à qui l'entourage humain n'a pas été attentif et bienveillant, et autour de qui aucun ou très peu de soutien a été disposé. Ainsi, la rupture des liens sociaux et l'absence de support social ont inhibé l'émergence du processus résilient. On dirait mieux qu'elles ont étouffé ou éteint les braises de résilience des adolescents affectés par la guerre.

Contrairement aux neuf (9) premiers cas énumérés précédemment, la situation post-traumatique que nous avons observée chez deux (2) autres sujets est différente. En effet, les informations que nous avons collectées sur le terrain indiquent que la jeune Gertrude a été recueillie par son oncle maternel. Cette famille de substitution (dans la mesure où la jeune fille ne vit plus avec ses parents et sa fratrie) l'a acceptée, aimée et entourée de soins et d'affection.

En effet, avec son oncle et son épouse ainsi que ses cousins, la jeune fille a pu partager les caractéristiques des événements vécus. Contrairement, par exemple, à Safira qui subit rejet et agressions au sein de sa famille, Gertrude a, quant à elle, trouvé une famille attentionnée. Et les relations de ses tuteurs et leurs enfants à elle, n'ont été ni des rapports de domination, ni de rivalité, encore moins de conflit, mais de tendresse, d'entraide et d'empathie. Ces proches ont fait preuve d'une compréhension bienveillante qui a permis à notre sujette de maîtriser et de dominer son agonie psychique. En plus de la famille, notre enquêtée a pu trouver au sein de sa communauté religieuse un étayage supplémentaire. Au nombre des soutiens dont elle a bénéficié, cette adolescente a également fait mention des aides reçues dans le cadre des aides de distributions massives organisées par le gouvernement à travers sa Cellule Solidarité et Action Humanitaire (CSAH). En effet, cette structure gouvernementale a coordonné la plupart des actions humanitaires menées en faveur des victimes de guerre. Ces actions ont consisté en la distribution de vivres et de non vivres. Gertrude n'a non plus pas manqué de souligner les actions éducatives menées par le gouvernement qui lui ont permis de bénéficier de la seconde rentrée scolaire organisée en janvier 2003 à l'intention des élèves déplacés internes. Cette mesure lui a permis de s'inscrire dans un établissement relais dans la commune de Yopougon.

De son côté, Pierre a eu la chance de vivre au sein de sa famille d'origine, avec ses deux (2) parents, ses sœurs et son frère cadet. Cette famille a pu trouver en elle les ressources nécessaires, la force de faire face et de résister au stress chronique et aux crises répétées qu'il

présentait. Sa famille a su lui prodiguer soin et soutien en comblant ses attentes psychosociales. L'harmonie entre les deux (2) parents que l'enfant lui-même a mise en évidence dans sa production graphique a été sans doute un atout majeur pour son redressement et sa guérison. Ce jeune garçon a lui aussi eu l'opportunité de reprendre la scolarité après un bref temps d'interruption. L'école l'a certainement aidé à envisager l'avenir avec beaucoup d'optimisme. De nombreux auteurs comme Cyrulnik (1998, 2001) soulignent le rôle important de l'école dans le processus de reconstruction des sujets résilients. Anaut (2008, 106) soutient la même position en affirmant que « *la réussite scolaire – ou du moins l'expérience de réussites scolaires, même si ce n'est pas une réussite globale – peut renforcer le sentiment d'efficacité et de compétence de l'enfant, ce qui favorisera son adaptation plus globale (scolaire et sociale) ».*

Les relations d'aide et d'entraide, la compréhension bienveillante, le milieu familial agréable et chaleureux, en somme, les interactions positives entretenues avec l'entourage humain ont favorisé chez Pierre et Gertrude le développement de l'empathie qui est une attitude d'ouverture, à la fois, de soi et à l'autre. Cette attitude d'ouverture est l'opposé de la régression libidinale qui est marquée par le narcissisme qui, lui, est la mobilisation de toute l'énergie affective pour la guérison du Moi blessé avec une indisponibilité totale à aimer autrui.

Comme nous venons de le souligner, ces deux (2) sujets ont reçu, après les douloureux événements vécus et les conséquences y consécutives, le soutien de l'environnement social. Ainsi, contrairement aux neuf (9) premiers, ils n'ont pas géré leurs différents traumatismes sur un mode solitaire, mais plutôt en étant en interaction. La présente recherche révèle qu'en dépit du contexte de guerre et l'environnement post-crise marqué par les problèmes psychopathologiques et sociaux, des enfants ont pu, grâce aux ressources extérieures, faire un travail de résilience en corrigeant les conditions psycho-sociopathogènes de leur existence. Ainsi, chez ces sujets, le passage de la blessure psychique et même sociale à la résilience s'est opéré par les différents supports que ces derniers ont reçus de leur entourage humain et surtout par la possibilité qu'ils ont eu de bénéficier d'une compréhension bienveillante et d'une acceptation de leur histoire singulière.

Les résultats relèvent deux (2) faits majeurs.

Le premier est qu'après la confrontation à un événement à potentialité traumatique, même les sujets qui possèdent des ressources résiduelles (braises de résilience) ne peuvent reprendre leur développement sans l'intervention et l'aide de ressources extérieures

émotionnelles et affectives, matérielles et spirituelles proposées par l'entourage humain et les ressources psychosociales fournies par les institutions.

Le second fait qui découle du premier et relatif au soutien social souligne que ce n'est pas tant l'étendue l'entourage humain, c'est-à-dire le nombre de personnes faisant partie de ce réseau qui importe, mais plutôt la qualité l'entourage humain.

Ce sont les supports sociaux qui ont permis aux enfants de développer des compétences sociales telles, la bonne scolarité et l'adoption de conduites prosociales

Au regard de ce qui précède, nous pouvons soutenir que les résultats obtenus confirment l'affirmation faite en hypothèse, à savoir que « *Un adolescent traumatisé qui a un entourage humain bienveillant a plus de chance de contrebalancer les séquelles psychotraumatiques et de développer une capacité de résilience qu'un adolescent dont l'entourage humain est indifférent et hostile* ».

La résilience de ces adolescents victimes de guerre représente donc l'aptitude à dominer l'agonie psychique et les problèmes psychosociaux inférés à la guerre. Il s'agit de l'apport indispensable du réseau social à la force intérieure sans lequel cette dernière est vouée à la faiblesse, à la dégénérescence. C'est donc une combinaison de force intérieure et de ressources extérieures.

Ce qui fait admettre qu'avoir en lui des *brises de résilience* n'est pas suffisant pour l'adolescent traumatisé, mais il faut nécessairement que l'entourage humain, chaleureux et bienveillant, souffle dessus à bon escient pour que, blessé et arrêté dans son évolution par les affres de la guerre, ce sujet puisse se reprendre de sa déchéance psychique et amorcer un nouveau développement.

De son côté, Daligand (2007), en déclarant que « *l'exclusion s'accompagne toujours d'une réclusion dans la prison mouvante des images cérébrales* » soutient que l'hostilité de l'entourage caractérisée par le rejet et l'exclusion ne fait qu'exacerber la souffrance des sujets comprenant les pensées négatives envahissantes.

Il y a vraiment un rapport de concordance entre les réflexions de ces chercheurs et des résultats de notre travail. De fait, comme nous, ces auteurs ont montré que la qualité de l'entourage humain tient une place fondamentale dans l'émergence et le développement de la résilience des sujets.

Après avoir, dans les lignes précédentes, procédé à la vérification de l'hypothèse opérationnelle 1 et confronté nos résultats avec ceux d'autres études, nous allons, dans les lignes qui suivent, vérifier la seconde hypothèse opérationnelle.

I.3. Vérification de l'hypothèse opérationnelle 2.

La seconde hypothèse énonce que : « *Plus les conditions socio-économiques du milieu de récupération d'un adolescent traumatisé sont précaires, plus il a tendance à souffrir durablement du PTSD* ».

Notre démarche de vérification consistera à voir si l'expérience et les observations sur le terrain vont ou non dans le même sens que l'énoncé déclaratif de départ.

Pour apprécier l'effet de la guerre sur des sujets, nous avons, dans un premier moment, établi une comparaison entre la vie des sujets d'avant la guerre et celle d'après. Les éléments de comparaison ont été la santé (état ou accès à la santé), l'éducation (accès, rendements), la satisfaction de besoins élémentaires (nourriture, habillement et logement).

Les résultats de l'analyse des conditions de vie des adolescents comportent plusieurs volets. Le premier volet est la pauvreté. Les sujets étant pour la plupart encore sous la garde et la responsabilité des parents ou tuteurs, la précarité des conditions socioéconomiques en termes de pauvreté a été appréciée par rapport aux ressources financières des parents ou tuteurs. La pauvreté, la plupart du temps, sinon toujours, est synonyme de dégradation et de précarité des conditions de vie, de baisse du niveau de vie, donc nécessairement réduction du pouvoir d'achat des ménages.

Par le pillage de leurs biens, la spoliation ou l'expropriation de certaines familles de leurs biens, ainsi que l'incapacité d'écouler les produits agricoles et le décès ou la disparition du père, principale ressource financière de la famille, plusieurs familles au sein desquelles vivent des adolescents ont été durement frappés par la guerre. C'est le cas d'Amnon et d'Eliot.

Le géniteur du premier a été froidement abattu par des éléments d'une force non gouvernementale et tout le bétail ainsi que les biens de sa famille ont été emportés par ces hommes armés. Aujourd'hui, du fait de ces agissements, le jeune garçon et sa famille se

retrouvent dénués de tout, sans rien et réduits aux actions caritatives. C'est quasiment la même situation pour le second dont le père est porté disparu.

Alors qu'ils vivaient dans la ville de Bouaké avec sa famille, Eliot et sa famille ont été obligés de quitter précipitamment ladite ville après la disparition du chef de famille. Dans ces conditions, ils ont tout abandonné dans cette localité du centre du pays pour se retrouver déplacés internes, sans ressources, dans la ville de Man. Ainsi, parce que la guerre a frappé, tous les fondements d'une vie "normale" se sont écroulés. Dès lors, des difficultés ont fait jour, dont la pauvreté et par conséquent, les difficultés d'accès aux soins de santé, à l'éducation, au logement et l'incapacité à satisfaire les besoins nutritionnels.

Sur le plan scolaire, tous les faits précités ont fait perdre à certains enfants des années d'instruction et ont contraint d'autres à quitter le circuit d'éducation formelle.

Sur le plan sanitaire, la situation également n'est guère reluisante, car des parents ou tuteurs, fauchés par la pauvreté, sont dans l'impossibilité de payer les actes médicaux exigés par la consultation des professionnels de la santé et des adolescents présentent aujourd'hui des problèmes de santé consécutifs à la guerre. C'est par exemple le cas de la jeune Dina qui a contracté le VIH/SIDA à la suite de viols collectifs et répétitifs commis par des hommes en armes.

En plus, plusieurs enfants (Dina, Ismaël, Amnon et Eliot) nous ont confié qu'ils éprouvent beaucoup de difficultés à s'assurer ne serait-ce qu'un repas par jour. Ce qui n'était pas le cas avant la crise politico-militaire. A titre d'illustration, nous citons Dina. En effet, la jeune fille fut recueillie par sa tante paternelle chez qui, quoique soutenue émotionnellement, elle révèle les différentes difficultés qu'a sa famille d'accueil à assurer ses besoins primaires ; la nourriture et l'habillement notamment.

Tous ces faits sociaux cités et relevés sont le fruit de l'expérience et de l'observation sur le terrain. Ils attestent, sans ambiguïté, que la précarité des conditions de vie a une influence certaine sur le devenir psychosocial des adolescents traumatisés. Ces faits viennent confirmer la proposition de départ selon laquelle « *plus les conditions socio-économiques du milieu de récupération d'un adolescent traumatisé sont précaires, plus il a tendance à souffrir durablement du PTSD* ». Cette proposition étant notre seconde hypothèse opérationnelle, nous disons que cette dernière est confirmée parce qu'elle va dans le même sens que les faits issus du terrain.

Nous invitons donc à faire une virée dans la littérature scientifique pour comparer nos résultats avec ceux d'autres recherches.

Des recherches montrent, par exemple, que les difficultés socio-économiques joueraient un rôle important dans l'apparition ultérieure de complications chez les sujets présentant des psychotraumatismes. Les conditions socio-économiques difficiles et précaires réfèrent aux difficultés d'accès à l'éducation, à la santé, à l'alimentation, etc.

Bih et Acka-Douabele, (2006, 26), menant une étude sur la scolarisation de la jeune fille, reconnaissent que « *les dérèglements affectent l'organisation administrative, les infrastructures, les ressources humaines, les équipements pédagogiques ainsi que l'environnement socio-économique.* »

Les auteurs précédents ont aussi souligné que les contraintes de la guerre ont fait perdre à certains enfants des années d'instruction et ont contraint d'autres à quitter le circuit d'éducation formelle. Tel est leur constat: « *l'analyse de la situation de l'éducation depuis le déclenchement de la crise montre une grande perturbation dans le fonctionnement du système avec l'organisation de deux (2) rentrées des classes, une baisse notable des effectifs scolarisés (- 17,04% par rapport à ceux de 2002), une baisse globale du taux d'accroissement des effectifs (de 3,09% en 2002 en zone gouvernementale). La guerre a mis hors du système scolaire environ 358332 élèves en 2002.* »

Par ailleurs, nous avons fait remarquer que le traumatisme psychique et le rendement scolaire efficient ne font pas bon ménage. Cette réalité a bien évidemment été relevée par VILAMOT (op. cit., 57) en ces mots :

« *Les répercussions du traumatisme sur la scolarité occupent souvent le devant de la scène clinique, avec baisse brutale des performances ou difficultés scolaires insidieuses. L'enfant est alors décrit comme distrait, rêveur, incapable de se concentrer sur ces devoirs, ayant souvent des difficultés à la rétention mnésique. Les troubles mnésiques peuvent avoir fonction d'évitement de la confrontation cognitive que lui impose la remémoration de l'événement. Dans certains cas, les difficultés scolaires s'expriment sous forme de troubles de l'adaptation scolaire par crainte de quitter le domicile familial ou des parents (réalisant parfois une véritable phobie scolaire). A l'école, on constate aussi parfois la perte de l'envie de jouer : enfants immobiles, silencieux dans un coin de la cours de la récréation et ne participant pas aux jeux avec leurs camarade »s.*

Il est évident que les adolescents affectés par la guerre réussissent mal à l'école. En effet, ils doivent composer avec les difficultés socioéconomiques de leurs milieux de récupération. Aussi, l'entourage humain des sujets, par son indifférence et son hostilité, est moins susceptible de leur offrir un milieu stimulant sur le plan intellectuel et de s'intéresser particulièrement à leur vie scolaire.

Et pourtant, un mauvais rendement scolaire peut avoir de graves conséquences à long terme. En réalité, l'échec scolaire peut conduire à des attitudes antisociales et à l'interruption scolaire, lesquelles ont pour effet d'accroître les risques suivants à long terme : oisiveté, baisse de la productivité, dépendance économique et niveau de satisfaction généralement plus faible dans la vie.

Sur le plan sanitaire, des constatations majeures ont été faites. Il est noté une réduction du service public et les prestations médicales offertes en temps de paix. C'est le constat fait par le Fonds des Nations Unies pour la Population lorsqu'il a affirmé que *«la violence armée et l'instabilité ont réduit l'accès aux services sociaux et de santé de base dans certaines parties du pays. En particulier, l'ouest du pays souffre au niveau local d'une faible présence de l'administration.»* (UFNPA, 2006, CAP, p.6). Par ailleurs, même quand les infrastructures existent et que les opportunités demeurent, c'est le personnel de santé qualifié qui manque dans certaines zones, surtout les zones rurales. Telle est la constatation de la situation sanitaire en zone CNO faite par Amnesty international en 2007 :

« De manière générale, il est difficile de convaincre les médecins et les infirmiers d'aller travailler dans les zones rurales et isolées.

La pénurie dans ces zones de personnel médical qualifié contraint les victimes de viols à chercher des soins dans les grandes villes qui se trouvent souvent à des centaines de kilomètres de l'endroit où elles ont été sexuellement agressées.

D'autres victimes choisissent de consulter des guérisseurs traditionnels dont les méthodes sont souvent inefficaces et causent parfois des dommages qui peuvent être mortels. (Amnesty International CI, *les femmes, victimes oubliées du conflit* ». (Index AI : AFR3/1/001/2007,15 Mars 07, 32).

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) n'est pas en reste. Elle a, en 2005, produit la déclaration suivante :

La crise politique et militaire en Côte d'Ivoire a limité la capacité nationale à lutter contre l'épidémie du VIH-SIDA au cours de ces dernières années. Il y a pénurie de personnel de santé qualifié et la situation a été aggravée par le déplacement des ressources humaines existantes vers les zones occupées [...] Le prix des médicaments est prohibitif pour la plupart des patients qui fréquentent les centres. (WHO « Côte d'Ivoire » Summary Country Profile for HIV AIDS. TreatmentScale-Up. Décembre 2005, p-2).

Cette réalité sanitaire n'aide pas à la guérison physique des sujets. Or, la santé physique exerce aussi une influence négative sur l'équilibre mental et social des sujets (Josse, 2010).

De plus, en 2002, une étude transversale à visée descriptive avait été menée du 19 au 24 novembre 2002, soit deux (2) mois après le déclenchement du conflit armé. Conduite par Y.E KONAN et coll. (2007), cette étude a porté sur une population de 190 enfants déplacés des zones de guerre à Yamoussoukro. Elle avait pour but de contribuer à l'amélioration de l'état de santé des enfants déplacés internes de guerre en produisant des données indispensables à la mise en place de programme d'aide alimentaire. Les auteurs de ladite étude ont trouvé un taux de malnutrition aiguë de 9,4% avec une proportion sévère égale à 2,8%. Il s'agissait essentiellement d'enfants âgés de plus de deux (2) ans (88,2%). Ces résultats traduisaient nettement la gravité de l'état de santé nutritionnelle d'enfants affectés par la guerre et montraient également l'insécurité alimentaire dans laquelle ces derniers vivaient. Une situation qui causait immanquablement des douleurs sur le plan moral.

Les études suscitées montrent que les répercussions sociales (précarité de la condition socio-économique) ont des retentissements néfastes sur le psychisme des sujets. Les conclusions de ces travaux rejoignent sensiblement les nôtres sur cette question.

Il nous revient maintenant de vérifier la troisième hypothèse opérationnelle.

I.4. Vérification de l'hypothèse opérationnelle 3

La troisième hypothèse déclare que « *Moins un adolescent traumatisé a des perceptions négatives, moins il est enclin à présenter des complications du PTSD* ».

Nous avons pris en compte la perception des sujets eux-mêmes ainsi que celle de personnes de leur entourage familial. L'un dans l'autre, nous avons pu apprécier le rôle des perceptions dans l'explication de l'impact de la guerre chez nos enquêtés.

Il est admis que la situation psychosociale des victimes est en partie fonction de l'idée que celles-ci en font. Or cette perception qu'elles ont dépend beaucoup de la réaction de l'environnement social.

Concernant les sujets résilients, c'est l'étayage social qui les a stimulés en leur permettant de posséder une bonne dose d'amour de soi et de confiance en soi, et une aptitude à entretenir de bonnes relations humaines. Gertrude a perçu sa nouvelle famille comme avenante et "supportante", car selon ses dires, cette entité sociale de substitution l'a soutenue et aidée à surmonter les différentes mortifications qu'elle a connues. Le support social a stimulé chez les sujets résilients l'amour de soi, le sens d'auto-valorisation pour mieux faire face aux situations psychologiques et sociales défavorables.

Par contre, chez les sujets présentant des complications de l'ESPT (Dina, Ismaël, Boris, Léon, Safira, Amnon, Marthe, Rosine et Eliot), les stigmatisations verbales dévalorisantes, les attitudes de rejet, de réprobation et d'exclusion adoptées par l'entourage humain ont eu incontestablement un impact négatif sur leurs perceptions (de soi, des autres, du présent et de l'avenir). La perception de soi des adolescents traumatisés réfère à la façon dont ces adolescents se perçoivent en regard de traits et réalisations personnels. Nos sujets ont vécu beaucoup de déficience face à divers pans de leur vie, notamment au niveau relationnel, provoquant ainsi une incidence grave sur le développement de leur idée de soi. En effet, les victimes auxquelles les siens ne se sont pas intéressés, ou qui ont fait l'objet d'attaques verbales, ont développé une auto-dévalorisation. En conséquence, ces sujets se sentent indignes d'être aimés et incompetents, ils s'imputent la responsabilité des événements traumatiques vécus. Les comportements de l'entourage, totalement inadéquats, sont associés à une image de soi altérée ou très négative des sujets victimisés. Les expériences relationnelles négatives entraînent chez ces derniers des distorsions cognitives concernant leur identité, les relations interpersonnelles. Dès lors, ils anticipent le rejet et le mépris des autres. En sus, ils développent une identité de soi déficitaire, ayant un niveau extrêmement faible d'estime de soi, un sentiment écrasant de culpabilité, de dégoût de soi, d'autodépréciation et de haine de soi. Toutes ces considérations font que ces sujets regardent leur présent comme dépourvu de sens et ils appréhendent leur avenir avec beaucoup de pessimisme.

Les adolescents aux prises avec de multiples paroles stigmatisantes négatives ont, le plus souvent du mal à entretenir de saines relations avec les autres. Ces stigmatisations sont considérées comme des victimisations secondaires. Or les victimisations corrompent les aptitudes sociales et limitent la capacité d'empathie, deux (2) éléments indispensables à l'ouverture aux autres, à l'établissement de relations satisfaisantes avec les autres.

Des auteurs soutiennent l'idée précédente en montrant toute l'importance de la parole tant dans la construction identitaire des sujets que dans la mise en place de relations sociales adéquates. Mouzayan (2003, 76) reconnaît que « *l'homme est un être de langage. Les mots tissent avec les images la réalité complexe et mouvante de ses rapports au monde, aux autres et à lui-même* ».

En ce sens, les perceptions de l'individu seront fonction des paroles qu'il reçoit. Les paroles vont, soit lui ouvrir les portes de l'engagement social, soit les lui fermer.

Koudou O. (1997) soutient que plus des paroles parentales stigmatisent régulièrement et négativement l'enfant, plus celui-ci développe, par mécanisme d'introjection, une représentation de soi négative. L'auteur poursuit pour dire que la représentation de soi négative de l'adolescent devrait être perçue non pas comme une différence entre les sujets ou comme une « faille » de la sociabilité, mais surtout comme s'inscrivant dans une relation sociopathique, c'est-à-dire dans laquelle le sujet ou les sujets font l'expérience d'un rejet ou d'une communication sociale. Pour finir, il admet que les adolescents qui manquent de confiance en eux, qui ont une mauvaise représentation d'eux-mêmes se marginalisent psychologiquement parce qu'ils se sentent marginalisés socialement.

Les auteurs suscités ne contredisent pas nos résultats. Nous pouvons donc en venir à la conclusion que plus un adolescent traumatisé reçoit de son entourage humain des stigmatisantes verbales dévalorisantes, plus il a des perceptions négatives de lui-même et du monde, plus il a des chances de voir ses symptômes se maintenir.

Au terme de cet exercice de vérification, nous tirons la conclusion que nos trois (3) hypothèses opérationnelles sont confirmées.

A ce stade de nos propos, il n'est peut-être pas vain de confronter des résultats de notre étude avec les réflexions d'autres chercheurs.

II. DISCUSSION DE CERTAINS ASPECTS DU TRAVAIL.

Dans cette section de notre travail quatre points seront discutés. Le premier point de la discussion fait une sorte de recension des études ayant exploré la question des conséquences de la guerre. Le deuxième point concerne le diagnostic de PTSD. Le troisième point examine nos critères d'évaluation et notre conception de la résilience. Enfin, le quatrième point aborde la question des facteurs en jeu dans le développement de l'ESPT.

II.1. Similitude des conséquences psychologiques et sociales de la guerre ?

Sur le plan psychologique, plusieurs travaux, réalisés dans certains pays américains et asiatiques, européens et africains, ont étudié aussi la psychopathologie d'enfants et adolescents victimes de guerre.

C'est le cas d'Arroyo et Eth (1984) qui ont étudié les enfants du Nicaragua et de Salvador ravagés, au début des années 1980, par une guerre civile. Travaillant sur une population de trente (30) enfants et adolescents qui ont été victimes des violents troubles sociaux qui ont secoué de fond en comble ces deux (2) pays, ces auteurs ont montré que tous les enfants avaient été confrontés à des événements de guerre potentiellement traumatiques. Ce sont entre autres, avoir été témoins ou subi des bombardements aériens qui incendiaient des maisons, avoir été blessé, avoir été abandonné par ses parents et laissé seul, avoir subi des tortures, avoir échappé à des mitraillages, avoir vu des cadavres qui jonchaient les rues. Le tableau clinique dressé par ces chercheurs chez les enfants interrogés englobe le PTSD, des troubles psychosomatiques, l'attitude de retrait social, l'angoisse de séparation, la régression des troubles du comportement (inhibition, agressivité), le passage à l'acte transgressif, des tentatives de suicide, la consommation de drogue et même la psychose.

Deux (2) autres groupes d'auteurs américains ont mené des études sur des enfants qui ont souffert, plusieurs années durant, de 1975 à 1979, des atrocités sous le régime de Pol Pot

⁽¹⁾. De fait, lors de la guerre de "Libération" du Cambodge par les Khmers Rouges en 1979, les enfants ont été pris pour cible. Plusieurs auteurs américains se sont donc proposé d'étudier les incidences de ces événements chez les enfants cambodgiens.

Les premiers à se pencher sur la question ont été Realmuto et coll., (1992). Ces auteurs ont relevé chez les enfants survivants aux nombreux traumatismes au Cambodge et qui ont trouvé refuge aux Etats-Unis, la présence de plusieurs psychotraumatismes de guerre. Ces enfants souffraient principalement de symptômes d'intrusion et d'évitement, d'état d'alerte, de sentiment de culpabilité, de sentiments de solitude, de difficultés de concentration intellectuelle, de difficulté de socialisation, ainsi que de cauchemars et de comportement régressifs. Tous ces signes énoncés font partie du tableau clinique de l'ESPT et de névrose traumatique.

Les seconds auteurs à avoir étudié les enfants affectés par la guerre du Cambodge sont Mollica et al. (1997). Evaluant les effets des traumatismes survenus au cours de cette guerre fratricide, les auteurs ont décrit des troubles fonctionnels et mentaux chez leur population cible réfugiée aux Etats-Unis. Au chapitre de l'étiologie traumatisante, les deux (2) groupes de chercheurs ont incriminé entre autres, les bastonnades, la perte des proches, la torture, les arrestations arbitraires, les emprisonnements, les privations de nourriture, l'exposition au chaud et au froid.

Une étude européenne portant sur les effets des guerres sur les enfants a été conduite par Preiss et Newman (1995). Les investigations de cette étude ont été menées en automne 1994 à Mostar, une ville bosniaque. Pendant leurs pratiques psychiatriques et de psychologie clinique dans la partie Est de Mostar, les chercheurs se sont évertués à évaluer les réactions de stress post-traumatiques et la dépression chez des enfants. Les facteurs traumatisants relevés au cours de leurs investigations ont été : avoir été réfugié, avoir été témoin de la mort ou la blessure de proches et d'autres personnes, avoir été dans un camp de concentration, avoir été torturé ou été présent pendant la torture d'autres personnes, la dépression ou la réaction dépressive de la mère. La symptomatologie la plus fréquemment rencontrée a été les sentiments de dépression, les flash-backs, les troubles de sommeil, l'anxiété généralisée, le retrait social. En outre, les auteurs n'ont pas manqué de souligner chez plusieurs enfants la présence de troubles de stress post-traumatiques.

¹Pol Pot (Salth Sar, dit), est un homme politique cambodgien. Il fut secrétaire général du Parti Communiste Khmer (1962) et premier ministre du Cambodge de 1976 à 1979. Il serait le principal responsable des atrocités commises par les Khmers rouges.

D'autres travaux réalisés ont davantage soutenu la présence de séquelles psychiques chez les enfants exposés à la guerre. C'est le cas par exemple au Proche et Moyen-Orient où des chercheurs se sont intéressés à la valence négative des événements de guerre sur l'appareil psychique des enfants.

Etudiant les enfants koweïtiens et israéliens, Qouta et al. (1995) ont montré que les enfants ayant subi les atrocités et souffert de situations difficiles étalaient des troubles psychosomatiques (céphalées), des troubles caractériels, des troubles mnésiques et des difficultés de concentration. S'inscrivant dans la même logique de réflexion que les précédents auteurs, Bailly (1992) a mené des recherches sur les populations d'origine kurde et vivant dans le nord de l'Irak. En effet, en 1991, pendant la guerre du golfe, les révoltes des chiites et des kurdes ont été violemment réprimées par l'armée irakienne de Saddam Husayn, et les populations civiles systématiquement massacrées. Bailly a fait le constat que les enfants kurdes ne sont pas moins insensibles que les adultes à la guerre. Le bilan clinique qu'il a dressé à l'égard des enfants du Kurdistan irakien fait état d'agressivité, de reviviscences et de réminiscences, de troubles de comportement, de cauchemars, d'attitude de sursaut et de retrait.

Tous les auteurs que nous avons cités attestent de la présence de séquelles psychiques post-traumatiques chez les enfants et adolescents affectés par les conflits armés. Ainsi, la conviction ramenée de notre observation sur le terrain que des adolescents, dans le contexte spécifique de la crise ivoirienne du 19 septembre 2002, souffrent de symptômes psychopathologiques post-traumatiques (syndrome de répétition, altération de la personnalité et symptômes névrotiques divers) est confortée par les observations des auteurs précédents.

Les différents résultats semblent indiquer qu'il existe une psychopathologie de la guerre.

Par ailleurs, au plan social, nous avons relevé plusieurs difficultés sociales liées au conflit armé. De fait, nous constatons que la guerre, en elle-même, est une atteinte aux droits de l'Homme en général et aux droits de l'enfant en particulier. La guerre est une négation des droits de l'enfant, droit à la liberté, droit à la santé, droit à l'éducation, droit à la protection, à la sécurité, droit à l'épanouissement, etc. En sus, la conscription de certains enfants ainsi que le viol systématique de certains autres constituent de graves manquements aux droits des enfants.

Le conflit armé du 19 septembre 2002 s'est accompagné invariablement de son cortège de souffrances et d'épreuves. Ce conflit a été un terreau propice aux déplacements massifs des

populations, aux actes de torture, aux pillages et, de manière générale, aux violations massives de droits. Dans cette crise militaro-politique, les civils et particulièrement les enfants ont été la cible de forces combattantes en subissant des atrocités. Pourtant, même en temps de guerre, il existe des règles auxquelles les forces combattantes sont juridiquement soumises, c'est le Droit International Humanitaire, en abrégé DIH. Encore appelé Droit des conflits armés ou encore Droit de la guerre, cette législation est l'ensemble des règles qui, en temps de guerre, protègent les personnes qui ne participent pas ou plus aux hostilités. C'est le Droit des lois et coutumes de la guerre. A ce titre, il stipule que les moyens et les méthodes utilisables dans la conduite des opérations armées ne sont pas illimités (CICR, 2004). Le DIH est fondé sur le principe de l'immunité de la population civile et dispose notamment que les civils ainsi que les personnes qui ne prennent pas ou plus part aux hostilités ne doivent, en aucune circonstance, faire l'objet d'attaques et doivent par conséquent être épargnés.

Par ailleurs, les événements potentiellement traumatiques à l'origine de la souffrance physique et/ ou psychique des sujets et les conséquences y afférentes sont pour la plupart des atteintes graves aux Droits de l'Homme. On désigne par le terme « Droit de l'Homme », l'ensemble des droits fondamentaux qui doivent être garantis aux êtres humains, quels que soient leurs pays, leurs races, leurs sexes, leurs religions ou leurs origines sociales. En d'autres termes, le Droit international des droits de l'Homme est l'ensemble des droits et libertés que l'Etat reconnaît aux individus et qu'il protège, par exemple le droit à la vie, l'éducation, à la santé, etc.

C'est ainsi que dans le prolongement de l'état de belligérance et dans l'enlèvement de la guerre, des forces combattantes ont eu recours aux enfants. C'est de cette manière que des enfants ont pris part à la guerre.

Mais l'implication de ces enfants, soit comme combattants, soit comme cuisiniers, porteurs, messagers, sentinelles ou encore esclaves sexuels dans le conflit, est l'une des pires violations de leurs droits à l'épanouissement. L'acte de conscription des enfants au sein de n'importe quelle force est interdit par plusieurs législations, car *« l'enfance est perçue comme une période de développement conduisant à l'état d'adulte ; elle est caractérisée par l'innocence, la vulnérabilité, l'immaturité et l'incapacité à assumer des responsabilités »* (Biaya, 2002, 5).

Kourouma (2000) a abordé, dans son ouvrage, la question des enfants soldats au Libéria et en Sierra Leone. Il les décrits comme des êtres immatures privés de leurs familles,

entièrement à la solde des seigneurs de guerre, contraints à travailler dur et, vivant dans des conditions très difficiles. Ce sont des individus qui côtoient au quotidien la violence, la subissent et la font subir aux autres.

Monestier (1998) a parlé de l'enfance en guerre en dénonçant l'utilisation des enfants dans les guerres à travers le monde. Cela confirme que le phénomène est répandu et est universel. Et pourtant des dispositions légales et juridiques existent. Nous pouvons citer entre autres :

- ❖ L'article 38 de la Convention relative aux Droits de l'Enfant (CDE) qui demande aux Etats parties de prendre toutes les mesures possibles dans la pratique pour veiller à ce que les enfants de moins de quinze (15) ans ne prennent pas directement part aux hostilités et que de telles personnes ne soient pas recrutées dans les forces armées ;
- ❖ Le statut de la Cour Pénale Internationale (CPI) de 1998, dont l'article 8 stipule que le fait de procéder à la conscription ou à l'enrôlement des enfants de moins de quinze (15) ans, ou de les faire participer activement à des hostilités, constitue un crime de guerre ;
- ❖ L'article 4 du protocole facultatif sur l'implication d'enfants dans les conflits dispose dans ses deux (2) premiers paragraphes que :
 - Des groupes armés distincts, des forces armées d'un Etat ne devraient, dans aucune circonstance, recruter ou utiliser dans les hostilités des personnes de moins de dix-huit (18) ans
 - les Etats parties prendront toutes les mesures possibles pour prévenir un tel recrutement et une telle utilisation, y compris l'adoption de mesures légales nécessaires pour interdire et criminaliser de telles pratiques ;
- ❖ La Convention n°182 de l'OIT en son article 3, alinéa 1 définit l'utilisation des enfants soldats comme une des pires formes de travail des enfants, et interdit le recrutement forcé ou obligatoire des enfants en dessous de dix-huit (18) ans en vue de leur utilisation dans les conflits armés.

Aussi, en plus de la dénonciation de l'enrôlement des enfants comme une atteinte aux droits, notons-nous d'autres manquements aux droits de l'Homme, tels, le droit à la santé et aux soins médicaux (article 24 de la CDE), le droit à l'éducation (article 29 de la CDE), le droit de vivre avec ses parents (article 9 de la CDE), pour ne citer que ceux-là.

Qui plus est, le Droit International Humanitaire (DIH) est concerné par ces violations flagrantes. De fait, ce Droit prohibe toutes les formes de violences sexuelles, y compris le viol. L'article 3 commun aux quatre (4) Conventions de Genève qui s'applique aux conflits armés non internationaux interdit formellement « *les atteintes portées à la vie et à l'intégrité corporelle, notamment le meurtre sous toutes ses formes, les mutilations, les traitements cruels et supplices (...). Les atteintes à la dignité des personnes, notamment les traitements humiliants et dégradants...* ».

Par ailleurs, le Protocole additionnel (II) aux Conventions de Genève relatif à la protection des victimes des conflits armés non internationaux, ratifié par la Côte d'Ivoire en 1989, en son article 4, alinéa 2, prohibe :

« les atteintes portées à la vie, à la santé et au bien-être physique ou mental des personnes, en particulier le meurtre, de même que les traitements cruels tels que la torture, les mutilations ou toutes formes de peines corporelles ; les punitions collectives ; la prise d'otages ; les actes de terrorisme ; les atteintes à la dignité de la personne, notamment les traitements humiliants et dégradants, le viol, la contrainte à la prostitution et tout attentat à la pudeur ; l'esclavage et la traite des esclaves sous toutes leurs formes ; le pillage ;[et] la menace de commettre les actes précités ».

Ces actes prohibés par le DIH sont apparentes dans les expériences vécues traumatiques par les enfants : tortures, viols, pillages, supplices, etc.

Pour conclure, nous constatons que, la société ivoirienne éreintée par la situation de guerre, refoule sur ses marges des jeunes. Cette crise politico-militaire, quels que soient ses motifs, en ce qu'elle contribue au processus de déscolarisation et de vulnérabilisation est une atteinte aux droits des enfants. Elle les empêche d'aller à l'école, de bénéficier de soins de santé, fragilise la capacité des parents à prendre en charge leurs enfants qui, finalement, ont

pour alternative et stratégie de survie la rue. Ces violations sont de nature à avoir de profondes répercussions à long terme sur la capacité des enfants à nouer des relations sociales solides et de se réinsérer dans leurs communautés respectives. La situation juridique des enfants affectés par le conflit armé se résume bien en cette pensée : *« s'il est un droit essentiel pour un enfant, c'est celui de pouvoir "être" un enfant. Or les enfants qui subissent la guerre ont perdu ce droit. »*

A travers la littérature scientifique, nous présentons des incidences des conflits armés sur le plan social dans d'autres parties du monde.

Une étude intitulée « impact de la guerre sur l'éducation des enfants au Congo (RDC) : le cas des enfants de la ville de Butembo » a été conduite par Mambo et Ba (2001). En analysant les effets de la guerre sur l'éducation et la santé mentale des enfants en situation de guerre, les auteurs ont trouvé que la performance scolaire des jeunes a considérablement décliné aux dires des enseignants et des élèves eux-mêmes.

En Irak, une enquête effectuée par l'UNICEF et le ministère iraquien de l'éducation a révélé qu'au cours des différentes guerres qu'a connu ce pays, les espaces publics et civils tels que les écoles ont été ciblés comme objectifs militaires. Les infrastructures scolaires ont ainsi été fréquemment vandalisées ou complètement détruites ou encore occupées par les fractions belligérantes. Le rapport de l'enquête indique que depuis Mars 2003, plus de 750 écoles primaires ont été endommagées par le conflit, le tiers (1/3) dans Bagdad ; plus de 200 ont été brûlées et plus de 3000 écoles ont été pillées. Ce qui a énormément réduit le service public d'éducation et exposé de milliers d'enfants à des difficultés scolaires.

De son côté, De Smet (1998) cité par Biaya (2002, op. cit.) a mené une étude intitulée « Child marriages in Rwanda refugee camps » (les mariages dans les camps de réfugiés rwandais). Médecin anthropologue à MSF (Hollande), l'auteur a, pendant un an (de 1994 à 1995), travaillé en Tanzanie dans plusieurs camps de réfugiés rwandais. La constatation la plus notoire de De Smet durant ses recherches d'anthropologie médicale a été le mariage précoce des adolescents. En effet, au Rwanda, conformément à la culture rwandaise en temps de paix, les filles se mariaient à 18 ans et les garçons à 25 ans. Mais du fait de la guerre, la donne changea et l'âge de l'union déclina. Dès lors, les filles se mariaient, dans les camps de réfugiés, à 13 ans et les garçons à 14 ans. Mais ces mariages étaient éphémères et se soldaient toujours par une séparation irréversible : l'époux répudiant sa femme. L'objectif principal poursuivi par l'auteur a été de mettre en évidence la destruction des structures sociales, le

changement radical des valeurs sociales et des comportements par l'action combinée des incidences négatives de la guerre et de la pauvreté.

Cette brève présentation de certaines études souligne des similitudes dans les réalités sociales vécues par les enfants et adolescents affectés par les conflits armés partout dans le monde.

II.2. Discussion relative au diagnostic du PTSD chronique.

Dans notre étude nous avons montré que le traumatisme psychique vécu par nos sujets est un traumatisme foudroyant et mortifère, et désigne une collection significative de troubles psychiques qui surviennent par la rencontre avec le réel de la mort. (Jolly, 2001).

Le diagnostic psychopathologique posé dans notre étude correspond à un (1) profil clinique précis : deux syndromes pathognomoniques (syndrome de répétition, personnalité traumatonévrotique), des symptômes associés. Le tableau clinique général de cette recherche se structure donc autour de cette symptomatologie déterminée. Les signes cliniques des psychotraumatismes issus de la guerre ne sont pas transitoires, mais installés.

Le syndrome de répétition (ALFEST) ou symptômes d'intrusion (DSM IV) est une habitude morbide de revivre l'événement traumatique. C'est le retour à la conscience, n'importe quand et n'importe où de cet événement. Ce qui veut dire que la personne traumatisée garde enfoui au fond d'elle-même des souvenirs traumatiques qui réapparaissent inopinément à la conscience. Cette manifestation clinique a été étudiée par divers auteurs. Ces souvenirs sont appelés « *corps étranger* » par Tisseron (2009). Abraham et Torok (1974), quant à eux, les dénomment « *inclusion au sein du Moi* ».

Par ailleurs, dans leur étude, Steinitz et Crocq (1992) et Crocq (1992a, b ; 1998) ont décrit un profil clinique pathologique caractérisé par les troubles liés aux seuls syndromes pathognomoniques de syndrome de répétition et d'altération de la personnalité. Ces auteurs ont qualifié cette pathologie de « *névrose traumatique pure* » ; ce que les auteurs américains du DSM ont dénommé PTSD, et la CIM 10, ESPT. (De Clercq et Dubois, 2001). Les individus souffrant de cette pathologie ne présentent, à cet effet, aucun syndrome névrotique.

Ce cas clinique qui a été décrit et étudié par les précédents auteurs n'a pas été relevé au cours de l'évaluation que nous avons faite. Le type particulier de processus morbide qui a été mis en évidence par notre évaluation est caractéristique de sujets qui présentent, en plus des deux (2) symptômes pathognomoniques (Syndrome de répétition et Altération de la

personnalité), des symptômes névrotiques. Cette affection est appelée par Crocq et Steinitz (op. cit.), « *névrose traumatique compliquée* ». Louville (2001) parle, quant à lui, de « *PTSD complexe* ». Ce profil déterminé décrit des sujets souffrant donc à la fois de « *névrose traumatique pure* » et de divers symptômes névrotiques. Mais une analyse symptomatique révèle que ce cas clinique structuré en névrose traumatique avec altération de la personnalité et symptômes névrotiques est de loin le cas clinique le plus invalidant socialement. (Crocq, 1992a ; b ; 1998, 2001a ; 2007e ; De Clercq et Dubois, 2001 ; Jolly, 2002).

En outre, un troisième phénomène psychique particulier a été remarqué par des chercheurs dans leurs pratiques, mais sur lequel notre évaluation proposée est restée muette. En effet, Crocq et Steinitz (op. cit.) parlent de « *névrose traumatique incomplet* » Jolly (2002) souligne que les auteurs américains du DSM ont donné à cette infection la dénomination de « *PTSD subsyndromique* » ou « *PTSD incomplet* ». Cette affection est symptomatique d'individus qui présentent un syndrome de répétition, mais qui ne présentent ni altération de personnalité, ni symptômes non-spécifiques. Comme nous le constatons, des symptômes manquent à l'établissement du diagnostic de névrose traumatique pure. Cette pathologie est une névrose traumatique atypique, vu qu'elle ne rentre pas dans les normes habituelles de diagnostic de la névrose traumatique.

Le diagnostic des différents symptômes que nous avons décrits suscitent plusieurs controverses au sein de corps scientifique.

La première concerne la présence de plusieurs symptômes dans le diagnostic du trauma. Certains parlent de comorbidité ou de polymorphisme symptomatique (Villerbu, 2007 ; Marchard et Boyer, 2003).

La seconde est relative à la signification à donner aux différents symptômes. Pour Crocq (1992a ; b ; 1998, 2001a ; 2007e) les symptômes observés chez certains enfants sont des comportements inadaptés, agressifs qui dénotent une perte de repères et la perte de confiance accordée aux adultes. Vilamot (2007) pense, quant à lui, que les symptômes psychologiques et psychiatriques peuvent être considérés comme des prédicteurs liés à une situation précriminelle ou pour reprendre son expression à lui, *des comportements prédélinquants*. A ce titre, les symptômes présentés par les sujets, bien qu'étant des dénonciations d'une perturbation psychologique, peuvent être des indices d'une inadaptation caractérisée, c'est-à-dire des manifestations d'une dynamique criminelle. Dans cette condition, ils en sont les indicateurs. C'est la raison pour laquelle Tremblay et coll. (1999)

affirment que les sujets qui utilisent les stratégies d'évitement présentent plus de comportements agressifs et de comportements délinquants.

Bailly (2001), s'interrogeant sur l'impact du trauma dans les domaines de la morale et de la socialisation, conclut que « *l'une des conséquences serait une importante augmentation de la délinquance juvénile* ». Heuyer (1948) cité par Bailly (op. cit.) et Daligand (2007) viennent corroborer l'opinion de l'auteur précédent sur la question et soutiennent que les enfants ayant survécu seuls une partie de la guerre sont promus pour les garçons à la délinquance et pour les filles à la prostitution, si rien n'est fait pour ces derniers. Cependant, d'autres auteurs comme (Lemay 1998 ; 1999) défendent que les symptômes observés chez des sujets peuvent être considérés comme des mécanismes de défense. Le débat reste toujours ouvert.

De l'autre côté, le diagnostic d'altération ou de modification de la personnalité relevé par l'outil psychométrique de l'inventaire-échelle peut avoir des implications cliniques et psychopathologiques, car Vilamot (2007, 61) a écrit : « *A long terme, l'impact des traumatismes répétés se fait souvent vers le développement à l'adolescence de personnalités pathologiques : antisociale, limite ou narcissique. L'évolution est alors émaillée de passages à l'acte auto- et/ou hétéroagressifs, parfois violents* ». Les propos de cet auteur donnent cours à des spéculations. En effet, ne peuvent-ils pas laisser suspecter chez nos sujets d'autres pathologies de la personnalité autre que celle de la personnalité traumatonévrotique décrite par Crocq?

En parcourant la littérature spécialisée et en observant les signes cliniques présentés par des sujets, on peut être amené à poser un diagnostic différent de celui de Crocq et certifier les dires de Vilamot. Le corpus scientifique relatif aux troubles recense plusieurs pathologies de la personnalité dont le trouble de la personnalité limite (Borderline), le trouble de la personnalité narcissique, le trouble bipolaire, le trouble de la personnalité histrionique, et le trouble de la personnalité antisociale.

Dans les lignes qui suivent, nous essayerons de faire un rapprochement entre les différents symptômes de pathologies de la personnalité tels que décrits par le DSM IV et les signes cliniques présentés par des sujets. Toutefois, les analogies et rapprochements que nous ferons ne sont pas à considérer comme des affirmations, mais plutôt des présomptions, des suspicions diagnostiques que des études à venir pourront peut-être confirmer.

Selon le DSM IV, le trouble de la personnalité narcissique est caractérisé par un mode général de fantaisies ou de comportements grandioses, de besoin d'être admiré et de manque d'empathie qui apparaissent au début de l'âge adulte.

Selon cette nosographie, au moins cinq (5) des manifestations suivantes sont retenues comme critères pour le diagnostic du trouble de la personnalité narcissique. Ce sont :

1. le sujet a un sens grandiose de sa propre importance (par exemple, surestime ses réalisations et ses capacités, s'attend à être reconnu comme supérieur) ;
2. est absorbé par des fantaisies de succès illimité, de pouvoir, de splendeur, de beauté ou d'amour idéal ;
3. pense être "spécial" et unique et ne pouvoir être admis ou compris que par des institutions ou des gens spéciaux et de haut niveau ;
4. besoin excessif d'être admiré ;
5. pense que tout lui est dû: s'attend sans raison à bénéficier d'un traitement particulièrement favorable et à ce que ses désirs soient automatiquement satisfaits ;
6. exploite l'autre dans les relations interpersonnelles: utilise autrui pour parvenir à ses propres fins ;
7. manque d'empathie: n'est pas disposé à reconnaître ou à partager les sentiments et les besoins d'autrui ;
8. envie souvent les autres, et croit que les autres l'envient ;
9. fait preuve d'attitudes et de comportements arrogants et hautains.

Cette description se rapproche des réactions et des dispositions tempéramentales du sujet N°3 telles que relevées par les tests de dessin de famille et de 16 PF. En effet, en facteurs primaires E, I et Q2 du 16 PF, Boris est décrit comme agressif et opposant, dur et autoritaire, cynique et méprisant, et faisant preuve d'une certaine suffisance.

Le second trouble que nous examinons est celui de la personnalité Borderline. Le syndrome borderline est un trouble de la personnalité, de l'émotion, caractérisé par une instabilité affective et émotionnelle prononcée et des relations interpersonnelles.

Selon le DSM IV, le trouble de la personnalité limite est caractérisé par :

1. une instabilité affective et émotionnelle ;
2. une difficulté à contrôler les pulsions, les actions, les agirs ou les réactions impulsives souvent néfastes ;

3. une difficulté avec l'intimité.

La nosographie américaine et la CIM 10 précisent le concept d'« *instabilité émotionnelle* ». Suivant ces grilles diagnostiques, l'instabilité émotionnelle se manifeste par:

- une forte tendance à agir de manière impulsive, sans se soucier des conséquences ;
- une humeur instable et changeante ;
- des crises émotionnelles pouvant aller d'une forte colère à un comportement querelleur et à la provocation de conflits, en particulier lorsque des personnes extérieures critiquent ou empêchent les actes impulsifs ;
- des problèmes relationnels: tendance à vivre des relations intenses mais inconstantes. Ces problèmes entraînent des crises émotionnelles répétées associées à une forte peur d'être quitté poussant la personne à des actes exagérés pour éviter d'être quittée (notamment par des menaces de suicide ou de l'automutilation). Tendance aux conflits ou aux accès de violence, associés à une incapacité de contrôler ces comportements explosifs, en particulier lorsque les actes impulsifs sont critiqués ou empêchés ;
- une perturbation de l'image de soi: sentiment fréquent de vide intérieur, estime de soi insuffisante pouvant aller jusqu'au rejet de sa propre personne.

En somme, le trouble de la personnalité Borderline est une affection à multiples facettes se développant très différemment selon les individus. L'on parle de dérégulation émotionnelle ou de surémotivité, d'hyperémotivité. Les changements d'humeur brusques, donc des sautes d'humeur sont fréquentes dans le trouble borderline. Les personnes souffrant du trouble de la personnalité limite ont des problèmes d'image de soi et d'identité, peuvent manifester des colères intenses, de la dépression ou une anxiété. Chez certaines personnes, on observe une attitude de dévalorisation. Elles se sentent incomprises et ressentent souvent un sentiment d'ennui ou de vide; elles ont souvent du ressentiment face au jugement des autres. Leurs comportements instables rendent souvent fragiles leurs relations avec les autres. Cela intensifie leur sentiment de vide, de colère, de culpabilité et de désespoir.

Le trouble de personnalité limite est également un syndrome caractérisé par certains comportements autodestructeurs comme l'automutilation et les tentatives de suicide et la toxicomanie. De plus, le trouble de la personnalité limite est souvent associé à d'autres affections psychiatriques, telles que les troubles anxieux, ou dépressifs, le trouble de déficit de l'attention avec hyperactivité.

Le terme anglais PRAISE est souvent utilisé pour retenir certaines caractéristiques du trouble de la personnalité limite :

- P - Persécution (idées) ;
- R - Relations instables ;
- A - Attaques de colère, peur de l'abandon ;
- I – Impulsivité ;
- S - Suicidaires (tendances, idées) ;
- E - Ennui ou sentiment de vide.

Cette pathologie peut être suspectée chez deux (2) de nos sujets ; à savoir, Dina et Ismaël eu égard aux différentes descriptions faites de leurs personnalités respectives grâce au protocole évaluatif.

Le dernier trouble auquel nous faisons référence est la pathologie fréquemment appelée trouble de la personnalité antisociale.

Une personnalité antisociale est un trouble de la personnalité qui se caractérise par une tendance générale à l'indifférence vis-à-vis des normes sociale, des codes culturels, des émotions et droits d'autrui ainsi que par un comportement impulsif. Le terme de *trouble de la personnalité antisociale* est utilisé par le DSM-IV tandis que l'Organisation mondiale de la santé par la CIM 10 parle de *trouble de la personnalité dyssoziale*. La « psychopathie » et la « sociopathie » sont considérées comme deux (2) manifestations différentes du trouble de la personnalité antisociale.

La différence entre psychopathie et sociopathie peut s'expliquer par l'origine du trouble. La sociopathie s'explique par l'environnement social alors que la psychopathie s'explique par une combinaison de facteurs psychologiques, biologiques, génétiques et environnementaux. Les psychopathes naissent avec des caractéristiques psychologiques particulières comme l'impulsivité ou l'absence de peur, qui les conduisent à chercher le risque et les rendent incapables d'intégrer les normes sociales. Par opposition, les sociopathes ont un tempérament plus réglé; leur trouble de la personnalité tient davantage à un environnement social défavorable (parents absents, pauvreté, intelligence extrêmement faible). Par extension, le

terme est parfois utilisé pour désigner des personnes se plaçant volontairement en marge de la société⁽¹⁾.

Selon le DSM IV, le trouble de la personnalité antisociale est un mode général de mépris et de transgression des droits d'autrui qui survient depuis l'âge de 15 ans, comme en témoignent au moins trois (3) des manifestations suivantes:

1. incapacité à se conformer aux normes sociales quant aux comportements licites, avec des arrestations répétées ;
2. impulsivité, ou incapacité à prévoir ;
3. irritabilité et agressivité, indiquée par des conflits et agressions physiques ;
4. dédain complet pour la sécurité de soi ou des autres ;
5. irresponsabilité chronique, indiquée par l'incapacité à tenir des engagements soutenus ou d'honorer des obligations financières ;
6. absence de remords ou de culpabilité, indiquée par l'indifférence ou la recherche systématique d'excuses plausibles pour avoir blessé, maltraité, trompé ou volé autrui.

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) donne d'autres critères diagnostiques sensiblement proches de ceux identifiés par la précédente nosographie. Ainsi, le chapitre V de la dixième révision de la CIM 10 offre un ensemble de critères pour diagnostiquer le trouble de la personnalité dyssociale.

Selon la CIM 10, le trouble de la personnalité dyssociale est caractérisé par :

1. un dédain froid envers les sentiments des autres ;
2. une attitude flagrante d'irresponsabilité et d'irrespect des règles, normes sociales et engagements pris ;
3. une tolérance très faible à la frustration et seuil faible à la décharge de l'agressivité, y compris par la violence ;
4. une incapacité à ressentir la culpabilité ou à profiter de l'expérience, en particulier des punitions ;

¹([#cite_note-o](http://fr.wikipedia.org/wiki/personnali%c3%a9_antisociale)).

5. une tendance marquée à rejeter la faute sur les autres, ou à rationaliser des excuses plausibles, pour des comportements amenant le sujet en conflit avec la société.

En considérant les descriptions faites des sujets Léon et Amnon, nous sommes tenté de penser que ces adolescents ne sont pas loin de présenter les symptômes présentés ci-dessus. En effet, plusieurs modalités cliniques retenues dans ces grilles diagnostiques ont été décrites précédemment chez nos enquêtés. Ce sont, entre autres, absence de remords et de culpabilité, la tendance à rejeter la faute sur les autres, l'opportunisme marqué par la prise de liberté avec les conventions, les tendances impulsives et agressives.

Comme souligné plus haut, ces rapports ne sont que des suppositions, des suspicions diagnostiques. Ils n'ont aucun caractère affirmatif.

II.3. Discussion de nos critères d'évaluation et de notre conception de la résilience

Nous avons, dans la première partie de notre travail, retenu deux (2) critères définitoires de la résilience. C'est une position qui est l'objet de controverses. En effet, des contributions ont essayé de trouver une solution au dilemme, mais aucun consensus formel ne semble avoir été trouvé sur cette question précise.

Luthar et al. (2000) cités par De Tychev (2001) suggèrent que l'on retienne pour les enfants d'âge scolaire confrontés à des situations difficiles deux (2) critères : la réussite scolaire, les relations positives de ces enfants avec leurs pairs et les adultes.

Robinson (2000) cité par De Tychev (2001) ne partage pas le point de vue des précédents auteurs. Il a estimé que Luthar et ses collaborateurs exigent trop des enfants en définissant deux (2) critères. Pour lui, l'évitement des conduites pathologiques et de la maladie mentale peut constituer le seul critère de résilience. Toutefois, avant et après eux, d'autres chercheurs se sont penchés sur la question.

Ainsi, en 1994, Kaufman et al. cités par Lecomte (2006) ont mené une étude auprès de 56 enfants maltraités âgés de 7 à 12 ans $\frac{1}{2}$ pour déterminer les sujets qui ont la capacité à réussir, à se développer positivement malgré les mauvais traitements subis. Pour retenir le diagnostic de résilience, ces auteurs ont défini trois (3) critères de résilience qui exploraient trois (3) domaines de compétence que sont : la réussite scolaire et intellectuelle, la

compétence sociale et la symptomatologie clinique. Les résultats de leur étude ont révélé ce qui suit :

- Sujets résilients dans aucun domaine : 25 soit 45% ;
- Sujets résilients dans un (1) seul domaine : 21 soit 37% ;
- Sujets résilients dans deux (2) domaines : 07 soit 13% ;
- Sujets résilients dans les trois (3) domaines : 03 soit 5%.

Kaufman et ses collaborateurs ont, de façon systématique, tiré la conclusion que plus le nombre de critères de résilience pris en compte dans l'évaluation augmentait, plus la proportion de sujets résilients déclinait.

Par ailleurs, un an plus tard, c'est-à-dire en 1995, Spaccarelli et Kim (cités par Lecomte, op. cit.) ont mené une autre étude, cette fois, auprès de 43 jeunes filles âgées de 10 à 17 ans et victimes d'abus sexuels. Pour ladite étude, les auteurs ont retenu un seul critère de résilience, à savoir la compétence sociale (activités, relations sociales, résultats scolaires). Cette démarche a montré ses limites en ce sens que plusieurs jeunes filles présentaient une compétence sociale adéquate alors qu'elles souffraient de graves dysfonctionnements psychologiques (dépression, anxiété).

Et Lecomte (op. cit., 24) a souligné que *« n'utiliser qu'un critère risque d'étiqueter comme résilient un sujet qui présente des compétences dans un domaine mais qui peut aussi avoir d'importants problèmes dans un autre. »*

On comprend, à la suite de ce bref exposé que la détermination des indicateurs optimaux de la notion de résilience introduite en psychologie constitue une tâche aussi centrale que difficile pour les cliniciens. Cependant, par le constat fait précédemment, Lecomte, a réfuté la position de Spaccarelli et al. (1995) ainsi que celle de Robinson (2000) qui avaient proposé la rétention d'un seul critère définitoire de la résilience. Néanmoins, il a donné sa position sur le problème en militant pour une solution médiane. Ainsi, pour lui, *« un compromis acceptable entre une position trop "souple" et une position inversement trop "rigide" consiste donc peut être à utiliser deux critères pour caractériser la résilience d'un individu ou d'un groupe »*. (p. 24)

Nous partageons cette position de Lecomte qui rejoint celle de Luthar et ses collaborateurs qui suggèrent les critères de : la réussite scolaire, les relations positives de ces enfants avec leurs pairs et les adultes.

Si le problème du nombre de critères définitoires de la résilience semble résolu, il en est autrement des domaines de compétences à explorer et à retenir comme indicateurs optimaux de résilience. Sur ce point, De Tychev (2001, 51) pense qu'il ne peut avoir de « *critères de définition relativement consensuels* » dans la mesure où « *la définition des critères de résilience engage nécessairement la subjectivité du clinicien-chercheur* ».

C'est donc, au nom de cette subjectivité que nous avons défini deux (2) critères définitionnels de la résilience. Cependant, le débat reste toujours ouvert.

Le deuxième point de la discussion réfère à la conceptualisation de la résilience. Dans le cadre de la présente étude, la résilience a été conceptualisée à partir de deux (2) postulats :

- La résilience est en aval de l'expérience traumatique ;
- La résilience résulte de l'interaction entre le sujet traumatisé et son environnement social (familial et extra-familial).

C'est cette approche de la résilience qu'on rencontre dans plusieurs ouvrages sur la résilience. Anaut (2008) soutient que le trauma et la menace de la désorganisation psychique se trouvent à la genèse du travail de la résilience. Cyrulnik énonce, quant à lui, que pour être résilient, il faut avoir été auparavant « mort ». La notion de mort chez cet auteur ne fait point référence à la mort biologique (arrêt complet et irréversible des fonctions vitales d'un individu). Elle réfère plutôt à la représentation du traumatisme psychologique, caractérisé par la rencontre avec le réel de la mort (De Clercq, Lebigot, Crocq, 2001). De la pensée de Cyrulnik, l'on doit comprendre qu'on ne peut être résilient sans être passé par l'épreuve mortifère du trauma.

Cependant, l'on rencontre ailleurs d'autres conceptions de la résilience qui se démarquent de la conception précédente. En effet, des récits de la mythologie et de la littérature rapportent des exemples de personnes résilientes. C'est le cas de Jean Valjean dans *les misérables* de Victor Hugo.

Jean Valjean est l'un des principaux personnages du roman *les misérables*. Il est émondeur à Faveroles. Ayant perdu ses parents très jeune, il est élevé par sa sœur aînée Jeanne. Son père s'appelait comme lui Valjean ou Vlajean, contraction de « VOILA JEAN) et était également émondeur. Ce dernier est décédé en abattant un arbre qui est tombé sur lui. Sa mère, Jeanne Mathieu, est passée de vie à trépas à cause d'une fièvre de lait mal soignée.

Après la mort de l'époux de sa sœur, la responsabilité familiale de nourrir la famille échoit désormais à Valjean qui a à sa charge sept (7) enfants que son beau-frère laisse derrière lui. Valjean ne sait ni lire, ni écrire, mais il est très adroit aux tirs. Il ne gagne que dix-huit (18) sous dans la saison d'émondage ; et le reste de l'année, il fait ce qu'il peut en travaillant comme garçon de ferme.

Un hiver très froid entraîne la famille Valjean dans la disette, et le héros, pour assurer la pitance de sa famille affamée, décide de s'introduire clandestinement dans une boulangerie et d'y prendre frauduleusement du pain. Il est pris la main dans le sac, est arrêté puis condamné à cinq (5) ans de bagne pour ce vol. Cette peine est ainsi lourde parce qu'il est connu que Valjean est quelque peu braconnier. Etant en prison, ce jeune homme tente plusieurs fois de s'évader, mais n'arrive jamais à consommer ses différentes fuites. Pour chacune de ses tentatives d'évasion, il reçoit une prolongation de peines. Ce qui le conduit à passer en définitive dix-neuf (19) ans en prison.

Après ce temps d'incarcération, Valjean est enfin libéré, mais il sort du bagne hardi et l'esprit bourrelé de rancunes envers la société qui lui a causé tant de mal. En effet, l'ancien bagnard a compris qu'il a mal agi, mais il a trouvé sa punition exagérée pour un délit si mineur. Il n'aspire, de ce fait, qu'à se venger de cette société. Dès lors, il ne connaît que la haine jusqu'au jour où la Providence se manifeste envers lui en la personne de Monseigneur Bienvenu Myriel. La rencontre et surtout la générosité de cœur de cet Evêque de Digne a transformé Valjean le vindicatif par un retournement complet de son être en direction des valeurs morales et sociales.

Métamorphosé, Valjean va gravir les échelons de la société en devenant d'abord ouvrier, puis industriel et enfin maire de Montreuil-sur-mer sous l'identité de Monsieur Madeleine. Ses différentes fonctions lui ont permis de racheter jusqu'à sa mort ses mauvaises actions en aidant tous les misérables qu'il a rencontrés.

On retiendra de cette histoire que Jean Valjean représente la carence et la bonté dont l'homme est capable. Il n'est pas resté misérable (sur le plan financier, mais surtout moral), il est redevenu honnête et bienfaisant grâce, en grande partie, à l'Evêque de Digne. Son profil psychologique a évolué au fil du temps des rencontres qu'il a faites, constituant une preuve tangible de la possibilité et de la capacité à s'améliorer que possède chaque être humain. Pour certains auteurs donc, Valjean est une écriture de la résilience.

Une autre conception se démarque des deux (2) précédentes. Cette dernière privilégie l'existence d'un pouvoir surhumain dans l'émergence et le développement de la résilience. Ce

qui signifie que la résilience n'est pas le résultat d'une interaction sociale, entre le sujet et son environnement, mais plutôt celui d'une interaction avec une force surnaturelle. Selon Anaut (2008, 92) :

« L'histoire d'Harry Potter peut s'interpréter comme celle d'un garçon malheureux qui s'invente un monde dans lequel il devient un gentil sorcier qui triomphe de toutes les épreuves. Harry vit dans une famille maltraitante. Du fond du cagibi où il se trouve enfermé, il s'évade dans une bulle fantasmagorique dans laquelle il se dote de pouvoirs magiques. Dans le roman familial qu'il se construit, il s'invente une famille aimante, décédée tragiquement. Dans ce monde imaginaire, il devient un sorcier gentil qui découvre l'école de la vie (devenue l'école des sorciers). Cette invention d'une autre vie moins frustrante apparaît comme un mode de protection. Le roman familial et le refuge dans l'imaginaire le préservent de la désorganisation psychique ».

Pour l'auteur, le comportement d'Harry Potter est une métaphore de la résilience.

En somme, il y a tout lieu de distinguer la résilience due à une pathologie psychotraumatique des autres résiliences qui ne sont pas intimement liées à une expérience traumatique. Aussi, convient-il de différencier la résilience humaine, résultat de l'interaction sociale, des autres conceptions de la résilience basées sur la logique d'une intervention surnaturelle. Si la résilience humaine, fruit de l'interaction entre l'individu et son environnement nous semble rationnelle, donc scientifique, celle que nous qualifions de surhumaine, nous paraît relever du sensationnel, donc trop subjective.

II.4. Discussion se rapportant aux mécanismes en jeu dans le développement de l'ESPT.

Le dernier point de la discussion est relatif à la présence de la variable intermédiaire. En effet, la démarche d'analyse que nous avons suivie dans le cadre de notre recherche a considéré "la qualité de l'entourage humain, la nature des conditions socioéconomiques du milieu de récupération et les perceptions des sujets comme des variables intermédiaires subséquentes. Ce qui signifie que ces variables sont post-événementielles ou post-traumatiques. En cette qualité, elles influent sur la trajectoire des traumatismes de guerre. Ainsi, nous avons montré que ce sont ces variables qui rendent, le mieux, compte de la résilience ou

non des adolescents, c'est-à-dire de leur récupération ou non des circonstances singulières de difficultés psychologiques et sociales. Cependant, en parcourant le corpus scientifique relatif à la résilience, nous avons découvert des positions divergentes à la nôtre.

Selon la recension des écrits, il est possible de regrouper les tuteurs de résilience en trois (3) catégories distinctes : les variables pré-événementielles, les variables péri-événementielles et les variables post-événementielles.

Une variable pré-événementielle est une variable antécédente, c'est-à-dire qui est présente avant l'événement traumatique. De nombreux auteurs soutiennent que ce sont les variables pré-événementielles qui permettent de mieux comprendre la résilience de certains sujets. En effet, dans le prolongement des travaux de Spitz, Bowlby (1978) soutient que le processus d'attachement du bébé à une figure maternelle est une part essentielle du tréfonds de l'espèce humaine. L'attachement réussi, c'est-à-dire la réponse appropriée de l'entourage familial à toutes les attentes de l'enfant, construit le sentiment de confiance en soi et de sécurité du petit enfant qui le conduira à mieux affronter les séparations et les épreuves ultérieures. Pour ce psychiatre et psychanalyste anglais, ce qui compte, c'est l'existence d'un lien d'attachement, d'une base affective mûre ; et la résilience est donc liée à un attachement sûr.

Disciple de Bowlby, Cyrulnik (2001) affirme que « *faire naître un enfant, n'est pas suffisant, il faut aussi le mettre au monde, disposer autour de lui les circuits sensoriels et sensés qui lui serviront de développement. Même si un enfant est sain génétiquement, neurologiquement, mais qu'autour de lui, il n'existe pas des manières de le toucher, de lui parler, de le toiletter, ou même de le gronder, son développement sera altéré.* » L'auteur veut mettre ici en évidence « *les nourritures affectives* », c'est-à-dire l'ensemble des soins et des moyens propres à assurer le développement psychoaffectif et moral de l'enfant. Pour Cyrulnik, les adultes et premièrement les parents doivent procurer à leurs enfants toutes les attentions nécessaires à l'entretien de leur vie intérieure et les aider à se construire un capital psychique solide. Ce patrimoine psychique permettra à ces enfants de développer des potentiels internes pour mieux surmonter les épreuves à venir. Pour ce faire, selon toujours cet éthologue français, les tout premiers moments de vie y sont pour beaucoup. Toute l'attention accordée donc à l'enfant, lui confère un sentiment de confiance en soi et de sécurité que Spitz a appelé « *confiance primitive* », mais que Cyrulnik et d'autres éthologues préfèrent dénommer « *attachement sécure* ».

L'attachement sécure est une donnée fondamentale de la résilience, car un enfant qui a senti l'amour inconditionnel de ses parents dans les premières années de sa vie, va être capable de se séparer de ses parents et de faire face à des traumatismes en retrouvant la capacité de rebondir. Les travaux de ces chercheurs s'inscrivent dans ce que nous pouvons dénommer la psychogénèse de la résilience. C'est dans cette même perspective d'analyse que se situe Vouche (2003). Aussi, cet auteur mentionne-t-il le support de l'environnement social avant la survenue de la situation traumatisante.

En somme, les auteurs précités soutiennent que ce sont les expériences heureuses et harmonieuses vécues par le sujet au sein de la famille nucléaire et en dehors de celle-ci avant les événements traumatiques qui lui assurent une plasticité et lui permettent de se défaire des pièges du traumatisme.

D'autres auteurs pensent le contraire et admettent que ce sont plutôt les variables péri-événementielles qui rendent mieux compte de la résilience des individus. Cette catégorie de variables se rapportent aux facteurs endogènes et exogènes qui ont un rapport de simultanéité avec l'incident critique, c'est-à-dire qu'ils coïncident avec lui ou l'accompagnent toute suite après.

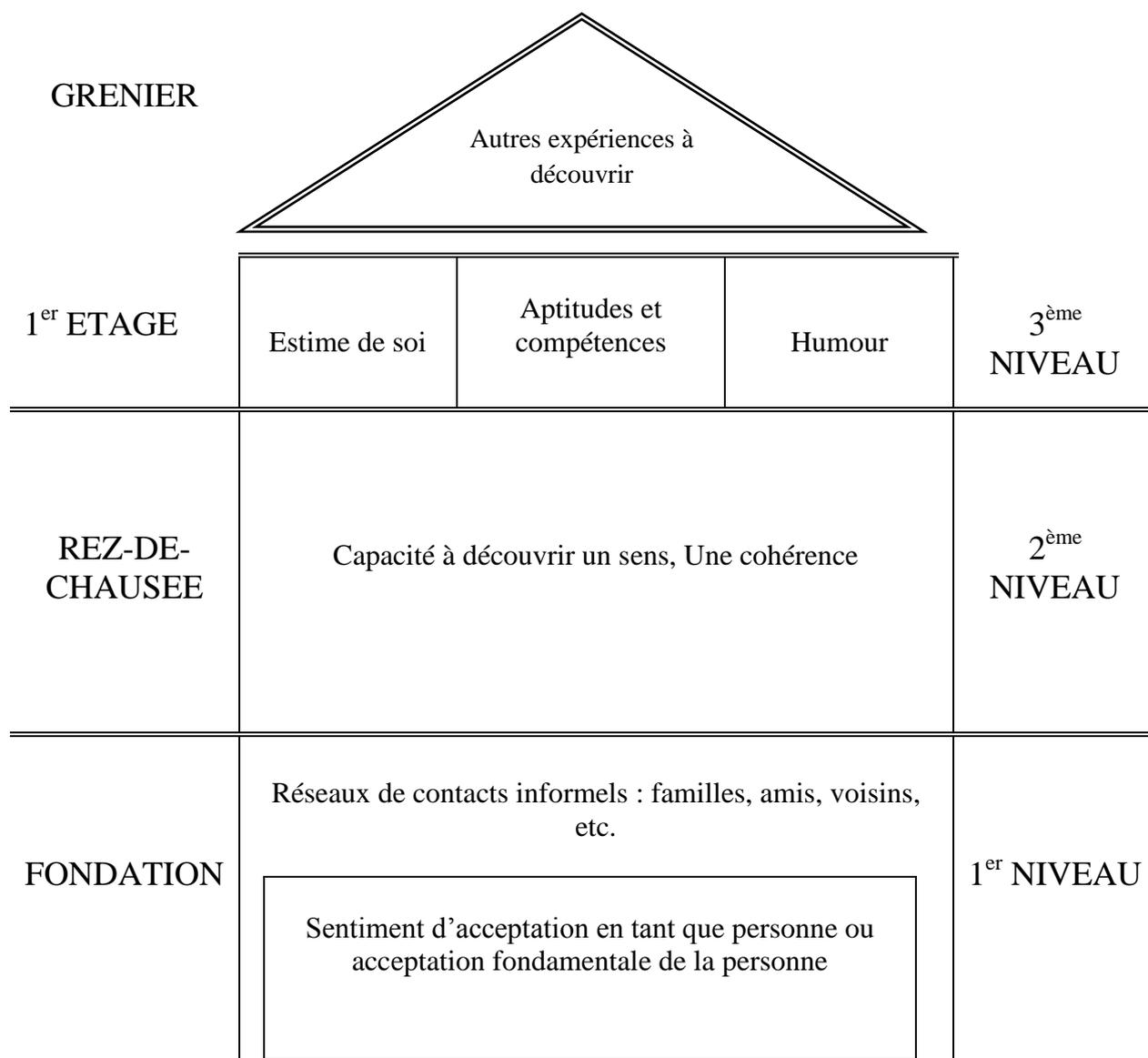
Ainsi, Bailly (2001) a fait savoir que la présence des parents pendant la confrontation à l'événement traumatique ainsi que leurs réactions sont déterminantes. Il admet que les enfants qui, au cours de la survenue de l'événement néfaste et dévastateur, sont en compagnie de leurs parents, eux-mêmes gardant le calme et faisant preuve de sérénité, réagissent de manière positive à l'événement en neutralisant les affects négatifs qui y sont rattachés.

Vouche (2003) a, pour sa part, identifié trois (3) mécanismes adaptatifs pouvant conduire à la résilience. D'abord, il cite le déni qui est l'aptitude à s'extraire de l'expérience agressive, de la nier partiellement. Puis, il évoque la capacité de maîtriser la situation traumatique par le contrôle des affects et des émotions, ainsi que la mise en œuvre de l'action. Enfin, cet auteur soutient que la capacité qu'a le sujet à entrer en relation avec un environnement ressource ou une présence aimante pendant l'expérience négative ou rapidement après, est une bonne part dans l'émergence et le développement de la résilience. Ce sont donc des mécanismes de défense, de résolution des conflits intrapsychiques.

En revanche, avec un peu de recul, de nombreux autres chercheurs considèrent que la portée des variables pré-événementielles et péri-événementielles est à modérer, et ces facteurs

ne sont pas aussi déterminants comme l'ont souligné les auteurs précédents. Pour eux, ce qui l'est le plus, ce sont les variables post-événementielles. Et la principale variable post-événementielle qu'ils ont mis en évidence est la qualité du support social. L'un des défenseurs de cette conception est Bleich (1992) qui a étudié les réactions d'enfants israéliens exposés à divers bombardements. L'auteur a fait le constat d'une diminution considérable des réactions de stress chez des enfants, ainsi d'une persistance des mêmes réactions chez d'autres. Il en est arrivé à la conclusion suivante : l'évaporation des symptômes observés chez certains sujets après les événements de guerre pouvait être due à l'action d'autres facteurs comme la cohésion familiale et le support social.

Un autre apologiste de cette conception est Vanistendaël (1996). Auteur de plusieurs articles scientifiques et co-auteur d'un ouvrage intitulé « Le bonheur est toujours possible – construire la résilience », publié aux éditions Bayard, Vanistendaël, réfléchissant sur la résilience, proposa un modèle qui consiste à visualiser les différents éléments identifiés comme étant favorables à son travail. Ce modèle se présente sous une forme de « *casita* », terminologie espagnole qui signifie « maisonnette ou petite case ». Le modèle de la « *casita* » est illustré ci-après.



SOL Besoins élémentaires de base (manger, dormir, se soigner, s'habiller...)

Figure 3 : « *Casita* » Vanistendaël (2002) / www.bice.org

La casita est un foyer à trois (3) niveaux, mais nous n'allons, dans nos propos actuels, aborder que le premier niveau qui se rapporte essentiellement à l'étayage social.

En effet, au bas de la casita se trouve le sol qui représente la satisfaction des besoins élémentaires de base. C'est ce que nous avons appelé, dans ce travail, stabilité socioéconomique du milieu de récupération.

Dans le premier niveau de la casita est composé de la fondation. Celle-ci représente l'entourage social du sujet, les réseaux de contacts informels qui sont autour du sujet après sa confrontation aux événements tragiques. Ces réseaux de contacts informels réfèrent aussi bien au milieu familial qu'au milieu extra-familial. En adoptant une attitude d'ouverture, ces circuits relationnels incitent la victime à une expression spontanée qui le conduira à terme à sa propre ouverture, dans la mesure où la communication est inscrite au cœur des interactions humaines ; elle favorise la verbalisation de l'expérience vécue traumatique et permet, de ce fait, la guérison des meurtrissures et la récupération du sujet.

Pour Vanistendaël, ce sont la famille, les amis et les voisins qui jouent un rôle prépondérant dans la mise en mouvement de la résilience. Noiro, Robin et Mauriac (2001) ne disent pas le contraire. En effet, ces auteurs soulignent le rôle de l'entourage dans le devenir des victimes. Ils soutiennent que « *la qualité du support familial et social d'un individu est un élément déterminant dans le pronostic après un traumatisme* » (op. cit. 278). Badourra (1998), étudiant une population d'enfants exposés à la guerre au Liban, a fait remarquer que ce n'est tant le niveau du traumatisme qui est crucial, mais plutôt la qualité du lien tissé et l'environnement immédiat du sujet. Car selon ses observations, les enfants qui s'en sortaient après un traumatisme ne sont pas ceux qui ont été les moins touchés, au contraire ce sont ceux qui ont été les mieux soutenus. Et Badourra fait observer que les perturbations s'aggravent chez les enfants, lorsqu'il y a rupture de l'étagage social, notamment parental.

A côté des réseaux informels, Cyrulnik (1999, 53) reconnaît l'existence de réseaux formels, et souligne leur valeur en ces termes : « *la plus grande partie des facteurs de résistance d'un individu est tissée autour de lui par les organisations psychosociales qui, en lui tendant des perches, lui offrent des circuits d'épanouissements possible.* » Pour cet auteur, ces entités formelles peuvent être des substituts en cas d'absence des structures informelles et même être des sources de soutien complémentaire.

Lecomte et Vanistendaël (2000) ont des doutes au sujet des réseaux formels, et ne leur donnent pas leur pleine et entière approbation. En effet, ces auteurs dénoncent des effets pervers des pratiques de ces structures, car, en ce qu'elles invitent les victimes à mettre en discours leurs expériences, elles ont souvent tendance à confiner les individus dans une position de victimes désignées et ne font qu'augmenter leurs tensions anxieuses et dépressives.

Pour d'autres auteurs, par contre, le type de réseau qui offre le soutien est sans importance dans la résilience. Ce qui l'est, c'est bien une relation de qualité qui permet de

s'exprimer avec confiance, car la résilience est avant tout un processus éminemment relationnelle. C'est ce que font apercevoir Poletti et Dobbs (2001, 29) quand ils affirment que :

« La résilience est une capacité humaine fondamentale. Tous les individus ont le pouvoir de se transformer et de transformer leur réalité à condition de trouver en lui et autour d'eux les éléments qui leur permettent de créer cette capacité de résilience. » Guedeney (1998, 17), plus explicite, atteste que *« la résilience est un processus complexe, un résultat, l'effet d'une interaction entre l'individu et son environnement. Et l'aspect-clef de cette relation, c'est bien semble-t-il la capacité d'être en relation avec l'autre : on n'est pas résilient face à tout et n'importe quoi, et on ne l'est en tout cas pas seul, sans être en relation »*.

Au cœur des réseaux se situe l'acceptation fondamentale de la personne. Ce n'est pas l'acceptation des comportements de l'individu, mais de sa personne telle qu'il est, avec ses défauts et ses qualités.

Il y a vraiment un rapport de concordance entre les réflexions de ces chercheurs et des résultats de notre travail. De fait, comme nous, ces auteurs ont montré que la qualité du soutien social tient une place fondamentale dans l'émergence et le développement de la résilience des sujets.

Nous comprenons que la résilience n'est pas une posture passive d'assistanat, encore moins une attitude régressive narcissique. Elle est au contraire une attitude créatrice, une dynamique interactionnelle dans laquelle le sujet donne à son environnement tout autant qu'il reçoit de lui. C'est un processus essentiellement interactif et transactionnel. Si la résilience est présentée comme une vertu, tous les auteurs soulignent en effet ses limites. En effet, ils sont tous unanimes pour dire que la résilience n'est pas définitive, car ils soutiennent tous qu'on n'est pas résilient en tout temps et face à tout. Chacun a quelque part son point de rupture.

L'approche d'évanouissement et de disparition de conditions psychologiques et sociales délétères ainsi que celle de maintien et d'évolution des mêmes conditions sont exposées dans la présente recherche. Ce qui signifie que les variables intermédiaires (qualité de l'entourage humain, précarité des conditions socio-économiques du milieu de récupération et les perceptions des sujets) sont déterminantes, car elles peuvent soit entraîner l'enkystement du

traumatisme psychique et son évolution vers une chronicité, soit permettre d'amorcer les prémices d'une restructuration du psychisme blessé. C'est ce qu'illustre la figure 2 (p. du présent document).

III. DISCUSSION RELATIVE AU CADRE THEORIQUE ET METHODOLOGIQUE

La méthodologie correspond à l'ensemble des méthodes suivies pour répondre aux questions de recherche. Elle nous a permis de tester les hypothèses et vérifier l'atteinte des objectifs de recherche. La méthodologie que nous avons employée dans le cadre de cette recherche a été conçue pour répondre à ces exigences. Notre méthodologie possède des forces et apporte des contributions nouvelles à l'étude des conséquences de la guerre.

Premièrement, l'étude effectuée est la première du genre au niveau local, national. En effet, des écrits qui ont traité de la crise du 19 septembre 2002 en Côte d'Ivoire, du moins ceux auxquels nous avons eu accès, aucun n'a traité à la fois et de façon systématique les répercussions psychopathologiques et les incidences sociales. Les uns ont privilégié le volet psychologique, les autres ont seulement étudié le volet social. Ainsi, les résultats que nous avons obtenus pourraient être une bonne base de données.

Deuxièmement, cette recherche semble la seule, au plan national, à poser simultanément le diagnostic de pathologie psychotraumatique et celui de résilience dans une étude traitant de la crise militaro-politique ivoirienne du 19 septembre 2002.

Troisièmement, l'évaluation des symptômes psychotraumatiques a été faite à partir de plusieurs instruments. Cela est positif car cette approche offre la possibilité de mieux étudier la situation des sujets dans une étude de type clinique. Ce choix permet également de prendre des positions plus objectives.

Quatrièmement, l'étude d'une population vulnérable, à savoir les adolescents, constitue une force de la présente recherche, car très peu de recherches rapportent, dans la littérature locale, l'étude des conséquences de la guerre chez les adolescents.

Cinquièmement, l'étude des déterminants de vulnérabilisation et de résilience constitue une portée de cette étude. En effet, l'identification des facteurs de risque permet de mieux comprendre comment émerge la symptomatologie post-traumatique, mais surtout comment elle se développe. C'est une première étape dans l'élaboration de stratégies de prévention.

Par ailleurs, les résultats de la présente étude sur les facteurs de protection ou de récupération montrent toute la nécessité d'intervenir de façon plus adéquate auprès des personnes qui souffrent de psychotraumatismes, dans le cadre de la prévention primaire, mais aussi secondaire, en mettant l'accent sur l'importance de travailler à l'établissement de rapports de confiance et de bienveillance entre les sujets traumatisés et leur entourage humain (famille, son communauté, ou encore les professionnels de l'aide psychosociale), pour favoriser l'émergence de la résilience.

Quoiqu'ayant des qualités, la méthodologie de ce travail comporte aussi des lacunes évidentes qu'il importe de relever.

La première limite concerne l'exploration rétrospective du vécu des événements. En effet, celle-ci peut entraîner des biais dans le rapport à l'événement. Le temps écoulé entre l'exposition et l'évaluation étant relativement long, il est possible que certains sujets aient eu du mal à rattacher leurs symptômes actuels aux faits de la guerre.

Une autre limite provient de la nature même de la recherche qui est qualitative et approfondie. Ce qui ne permet pas un échantillon vaste, mais plutôt un nombre réduit de participants à l'étude. Cela affecte dans une certaine mesure les résultats. Compte tenu de la faiblesse de l'échantillon, cette recherche a une portée limitée. De fait, l'étude menée se restreint à 11 cas. Les analyses monographiques à partir de l'étude de cas nous amènent à observer une certaine prudence quant à la généralisation des résultats. Ainsi, les conclusions de la présente étude sont peu ou pas généralisables à tous les enfants ayant été exposés à la guerre en Côte d'Ivoire. Elles ne peuvent au contraire qu'être spécifiques à l'échantillon choisi.

Une troisième faiblesse de ce travail réfère à l'analyse de contenu. Nous avons essayé, pour le traitement des données brutes tirées du terrain, d'associer la catégorisation du contenu

manifeste et celle de contenu latent. Mais l'analyse de contenu, comme toute autre technique, admet des limites évidentes. En effet, en recourant à cet outil d'analyse, nous avons voulu mettre en discours les expériences et la trajectoire de vie de chaque sujet. Mais cet instrument de traitement de l'information, quelle que soit l'habileté avec laquelle le chercheur va l'utiliser, ne peut jamais saisir et restituer la totalité des significations possibles, et ne peut jamais parvenir à rendre compte de la richesse des informations recueillies.

Nous avons, dans notre travail, utilisé des outils psychométriques. Dans un souci de rigueur scientifique, nous tenons à signaler que nous ne sommes pas un chercheur rompu à la pratique clinique. Par conséquent, des insuffisances et des biais pourraient donc relever par un clinicien expérimenté tant dans le mode d'administration des outils que dans la présentation des résultats. A titre d'illustration, pour le test d'inventaire-échelle, nous n'avons pas fait de cotation et avons limité l'utilité du test au seul inventaire des symptômes. C'est, également là, une des faiblesses du présent travail.

CHAPITRE II : RECOMMANDATIONS

Au chapitre des recommandations, nous suggérons des orientations nouvelles pour des recherches futures. Aussi ce chapitre tente-t-il de définir opérationnellement, la nature d'une approche d'intervention pour prévenir, atténuer ou neutraliser les conséquences désastreuses des catastrophes en général, et la guerre en particulier.

I. RETOMBEES DE LA THESE SUR LE PLAN DE LA RECHERCHE

Les différentes phrases énumérées dans la présente recherche laissent profiler des pistes de recherches futures. Les données de ce travail ont été le fruit de plusieurs années de travail, collectées auprès d'une catégorie de la population ivoirienne résidant dans les villes de Man et d'Abidjan, surtout en milieu urbain et semi-urbain, ayant tous subis les affres du conflit armé du 19 septembre 2002. Il serait, à cet effet, intéressant de mener une étude évaluative de l'impact de la guerre sur les populations vivant dans les milieux ruraux, ou encore des études comparatives de l'impact entre les milieux urbain et rural.

Par ailleurs, notre étude s'est limitée à 11 cas. Et parmi ces onze (11) cas étudiés, trois (3) jeunes filles avaient été enrôlées au sein de forces combattantes. Deux (2) parmi ces jeunes filles interviewées ont reconnu avoir été victimes de violences sexuelles au cours de leur rétention par des hommes en armes. Une des victimes sexuelles a contracté le VIH/SIDA. Il serait intéressant dans les études ultérieures, dans un premier moment, d'aborder la place et le rôle des jeunes filles au sein des forces combattantes. Dans un second temps, des recherches traitant de rapport conflit armé et infection à VIH/SIDA sont fortement incitées.

La problématique des violences sexospécifiques devraient être un des thèmes centraux des futurs travaux.

Aussi, des études possédant un plus grand nombre d'individus dans l'échantillon et favorisant une généralisation des résultats sont-elles fortement souhaitées. Dans ce cas, les participants devraient être recensés sur tout le territoire ivoirien et provenir des différents milieux, de sexes et d'âges variés.

Nous proposons de réfléchir davantage sur les problèmes de marginalités et de déviances afférents à la guerre, tant d'un point de vue criminologique pour mieux comprendre la dynamique criminelle qui s'y préfigure ou s'y cache, que d'un point de vue de

l'intervention sociale pour mieux outiller les professionnels de ce domaine obligés de côtoyer ce type de situation.

Dans la présente thèse, nous avons essayé de décrire des troubles psychologiques de guerre, mais nous n'avons pas étudié l'ensemble des troubles susceptibles d'apparaître après des situations de conflits. Pour ce faire, il est fortement recommandé de poursuivre ce type de recherche afin de mettre en évidence d'autres troubles psychopathologiques consécutifs à la guerre.

Nous pensons qu'une étude longitudinale de sujets victimes de guerre serait aussi intéressante en ce qu'elle pourra montrer le parcours ou la carrière des sujets.

Il est souhaitable que des études traitent de la situation des sujets victimes de la crise post-électorale en Côte d'Ivoire pour mieux saisir son impact sur les populations et la société ivoirienne dans son ensemble.

Il demeure également un vaste domaine à explorer dans l'étude de la résilience, notamment en ce qui concerne les facteurs de protection, les tuteurs de résilience et les méthodes d'accompagnement de la résilience.

Toutefois, les recherches futures devraient pallier les lacunes abordées dans le précédent chapitre.

II. IMPLICATIONS CLINIQUES DE LA RECHERCHE

Cette section de notre étude s'intéresse à établir les liens entre les implications théoriques de notre recherche et le champ des interventions. Elle aborde la nécessité d'adopter une politique d'interventions en faveur des enfants et des adolescents victimes de guerre. Cette catégorie de victimes de guerre englobe :

- des sujets qui ont été témoins d'atrocités ;
- des enfants soldats ;
- des individus qui ont été contraints à participer aux atrocités ;
- des sujets qui souffrent de graves problèmes psychologiques et sociaux ;
- des enfants et des adolescents qui ont subi des viols et d'autres formes d'agressions sexuelles ;
- des enfants et des adolescents dont les parents ne peuvent être localisés ou sont décédés ;

- des sujets qui ont des problèmes liés à la toxicomanie, à l'alcoolodépendance post-traumatiques ;
- des sujets qui malgré leur jeune âge, assument des responsabilités familiales (enfants chef de famille et fille mère) ;
- des enfants et des adolescents qui sont exposés aux mortifications sans nombre de leurs familles ainsi que de leurs communautés.

Face à la situation de ces adolescents victimisés par la guerre, des actions demeurent faibles, et si elles existent, elles sont superficielles et inappropriés eu égard aux dommages causés et aux préjudices subis. Ainsi, dans la survenue de la guerre en Côte d'Ivoire, il y a eu une réaction collective, sociale et humanitaire (cellule de crise) en réponse aux événements de la guerre. Cependant cette réponse collective, sociale et humanitaire, quoique nécessaire, n'a pas été suffisante car elle n'a pas répondu aux exigences de la réinsertion sociale. Aussi, avec l'appui des partenaires aux développements et de bailleurs de fonds, des programmes et projets ont-ils été mis en œuvre, mais ceux-ci n'ont généralement porté que sur la reconstruction des infrastructures socio-économiques détruites, sans pour autant se soucier de la personne des enfants victimes de guerre. Ainsi, la primauté est accordée à la matière et les enfants sont oubliés ou à tout le moins lésés. De telles initiatives sont superficielles et éphémères eu égards aux préjudices subis. C'est pourquoi, nous proposons une pratique psychosociale qui pallie les insuffisances relevées. Celle-ci intègre les interventions axées sur le traumatisme psychique et les problèmes cliniques y afférents, ainsi que d'autres interventions qui prennent en compte les difficultés sociales des sujets.

Cette pratique ou prise en charge psychosociale se veut un protocole qui intègre plusieurs interventions (individuelles et groupales). Ce dispositif spécifique que nous avons construit et destiné à aider les enfants victimes de guerre, tient compte de leur réalité multiforme. Les différentes interventions qui constituent ce protocole d'actions psychosociales sont les suivantes :

- Identification des victimes ;
- Intervention basée sur l'évaluation et la préparation des structures locales ;
- Intervention sociale ;
- Intervention psychothérapeutique ;
- Action judiciaire ;
- Surveillance et suivi rigoureux et continu.

II.1. Intervention basée sur l'évaluation et la préparation des structures locales

Les programmes devraient s'appuyer sur une évaluation globale du contexte social, économique et culturel. L'évaluation devrait porter sur les risques, les déficits et les petites failles, ainsi que sur les perspectives, les capacités et les ressources. Elle devrait permettre de faire l'état des lieux et veiller à ce que les enfants, les familles et les communautés qui bénéficient des différentes actions individuelles et locales s'impliquent dans la définition des critères et des procédures de suivi. Cela assurerait la viabilité ainsi que la pérennité de ces programmes. Si l'on voudrait permettre aux enfants victimes de guerre de se reconstruire, il serait indispensable d'évaluer les risques et les ressources censés les accueillir et d'y préparer les entités sociales, c'est-à-dire les familles et les communautés. Il s'agirait ici, dans un premier temps, de procéder à l'évaluation des risques et des dangers que les enfants peuvent courir, et qui pourraient enrayer tous les efforts pour leur réinsertion. L'évaluation des risques permettrait d'identifier les cas où il est probable que les enfants soient redoutés, en butte à l'hostilité ou ostracisés ou encore victimes d'abandon moral pour avoir, par exemple, été membre d'un groupe armé.

En effet, il arrive souvent que des enfants soient perçus comme des auteurs de troubles, prédisposés à des comportements agressifs, revendicatifs, voire criminels. Cette perception suscite alors des craintes aux seins des familles et des communautés et renforce la méfiance de celles-ci à l'égard des sujets. Souvent, des enfants sont l'objet de réprobation parce que leurs victimisations sont vécues comme une honte, une infamie pour la famille et la communauté. Toutes ces perceptions négatives, légitimes ou non, qu'ont les individus à l'égard des enfants, ne peuvent faciliter la réinsertion de ces derniers et pourraient y constituer un obstacle majeur. Cela pose la question souvent éludée de la préparation effective des entités sociales dans lesquelles des programmes entendent insérer les enfants.

En ces circonstances, un travail de médiation et d'information, devrait être mené, à la base, auprès des différentes structures sociales (familles et communautés). Il s'agirait d'engager le dialogue avec celles-ci et d'examiner avec elles les craintes que pourrait leur inspirer le retour des enfants, ainsi que les préjugés qu'elles pourraient nourrir ou nourrissent à leur égard ou encore les stigmatisations et les réprobations dont les enfants sont ou pourraient éventuellement être l'objet.

Aussi importerait-il de mener d'intenses activités de sensibilisation. Cette initiative devrait viser à expliquer aux structures sociales visées, les circonstances dans lesquelles des enfants, notamment ceux qui ont participé à la guerre, ont agi. Il conviendrait de leur faire comprendre que les enfants sont avant tout victimes des égarements des adultes. Il faudrait également amener ces entités sociales à saisir la nécessité pour elles d'accorder leur pardon aux victimes qui ont besoin de réapprendre à vivre. Qui plus est, il faudrait les aider à comprendre que les enfants qui ont souffert de la guerre, s'ils bénéficient d'un étayage approprié peuvent se réinsérer et surprendre positivement par leur réussite sociale.

La seconde étape pourrait consister en l'exploration des ressources socio-environnementales existantes et qui seraient à mesure de soutenir les enfants. C'est le cas par exemple des approches traditionnelles et culturelles susceptibles d'aider les enfants présentant des problèmes divers.

Les discussions et les sensibilisations pourraient permettre de :

- créer non seulement un cadre de collaboration entre les intervenants et les différentes entités sociales ;
- créer un cadre mental d'acceptation des enfants ;
- inciter les structures sociales d'appartenance des sujets à créer un environnement rassurant et bienveillant pour l'épanouissement et la reconstruction de ces derniers ;
- remédier aux préjugés ;
- Créer les conditions requises pour que les familles et les communautés mettent sur pied des actions de soutien aux enfants affectés qui vivent déjà ou reviendront vivre en leur sein.

L'évaluation des risques et des ressources locales, ainsi que la préparation des différentes structures sociales constitueraient un aspect important de la pratique psychosociale et des préalables à la réinsertion des enfants victimes. En effet, la préparation desdites structures pourrait aider à l'acceptation des enfants qui est la conscience de partager la même humanité. Cette conscience favorisera une ouverture à l'empathie qui se manifeste par l'accueil de l'autre tel qu'il est, qui permet de le comprendre et de vouloir l'aider.

II.2. Intervention sociale

Cette intervention se décline en deux (2) actions principales : le suivi médical et les méthodes d'aide à l'instruction et à l'emploi.

II.2.1. Suivi médical

Des enfants qui ont été exposés à la guerre en Côte d'Ivoire présentent de nombreux problèmes de santé ou ont des difficultés d'accès aux soins de santé pour diverses raisons. Il importe d'agir en faveur de ces victimes qui sont souvent désemparées et la plupart du temps démunies. Pour des jeunes filles victimes de viol, par exemple, des actions devraient être menées pour pouvoir faire face aux conséquences physiques des violences sexuelles subies. Ainsi, pour les enfants qui ont contracté le VIH/SIDA des suites de viols, on devrait prévoir un suivi particulier qui leur garantisse l'accès à l'information et aux soins le cas échéant. Aussi, pour qu'ils soient productifs, une assistance médicale en faveur d'enfants victimes présentant des problèmes de santé est-elle indispensable, car un sujet en pleine possession de ses facultés mentales et physiques, en bonne santé, est un sujet qui peut travailler et qui, en conséquence, par son travail, peut générer des richesses. A ce compte-là, un individu malade est considéré comme contre-productif. L'assistance médicale suggérée peut être également fournie aux centres de santé par leur remise en l'état et surtout leur équipement afin de mieux assurer la prise en charge médicales des populations cibles, mais aussi de leurs communautés.

II.2.2. Méthodes d'aide à l'instruction et à l'emploi

Du fait de la guerre, plusieurs enfants ont perdu les opportunités d'instruction publique qui leur avait été offerte. Pour ces enfants, il convient d'agir vite tout en tenant compte de l'âge et de la volonté des enfants. Les enfants, ayant encore l'âge scolaire et manifestant toujours la volonté de retrouver le chemin des classes, on peut les réinsérer dans le circuit éducatif formel après un apprentissage accéléré répondant aux normes éducatives nationales. Par contre, les enfants ayant été atteints par la limite d'âge ou refusant pour une raison ou une autre de réintégrer le système d'éducation formelle, d'autres possibilités d'instruction peuvent leur être trouvées. Ce sont, entre autres, les cours du soir ou l'alphabétisation qui sont des formes d'éducation de substitution. Il se peut aussi que pour des raisons diverses, pauvreté, être soutien de famille, s'occuper de son enfant etc., des enfants peuvent refuser la voie de l'éducation sous ses différentes formes. En pareille circonstance, on peut soit les mettre en formation ou en apprentissage sur le tas auprès d'un maître artisan, soit leur offrir une

formation professionnelle ou des possibilités d'emploi qui répondre à leurs attentes. Mais il faut que les programmes de formation à caractère économique ainsi que les possibilités d'emploi tiennent compte des opportunités économiques qu'offrent les milieux où se trouvent les enfants. Pour ce faire, des investigations préliminaires devraient être menées dans le but d'identifier les différentes activités économiques en expansion et en croissance dans les zones grâce aux opportunités offertes par les marchés. Les résultats de ces investigations pourront être une base de données utilisable pour faire des enfants des pourvoyeurs de marchés.

Cependant, la participation des enfants devra nécessairement se faire dans un cadre de coproduction, c'est-à-dire que la participation des victimes elles-mêmes à l'identification de leurs besoins, des activités ainsi que de l'aide à apporter devra être active, car la clef du succès d'une telle action est de s'en remettre aux concernés eux-mêmes. En étant associés à la conception et à l'exécution des actions, on amènera ainsi les enfants victimes à prendre une part active dans la vie de leurs familles et communautés. Leurs activités leur permettront de nouer des liens avec les autres membres de l'entourage et de les maintenir. Celles-ci donneront la possibilité d'assumer des rôles sociaux et des responsabilités qui corrigeront les perceptions négatives et les attitudes réprobatrices de l'environnement social à leur endroit. Les activités sociales, plutôt prosociales, en ce qu'elles élimineront l'isolement social et concourront à la restauration du bien-être psychosocial, réhabiliteront les enfants et favoriseront la réintégration des enfants au sein des différentes entités sociales. De plus, elles aideront les sujets à avoir une perception positive d'eux-mêmes, car la manière dont un sujet se perçoit tient une place déterminante dans sa reconstruction psychologique et sociale. De fait, la perception de soi a une dimension sociale, c'est-à-dire qu'elle est définie socialement et tient à la place du sujet dans sa structure d'appartenance sociale. Enfin, elles faciliteront l'adaptation et l'autonomie qui est le sens de l'auto-développement, de l'auto-valorisation et de l'indépendance. En ce sens, les enfants affectés par la guerre développeront une capacité à satisfaire leurs propres besoins sans tendre la main et verser dans l'assistanat.

Il nous semble obligatoire d'instruire les enfants à la bonne tenue de compte pour la viabilité et la pérennité de leurs différentes activités économiques. L'exécution d'un tel programme requiert une aide matérielle et financière, conséquente et appropriée. Mais nous sommes persuadé et plusieurs expériences attestent que verser directement des prestations en espèces aux enfants n'est pas la bonne approche de la réinsertion. Ce qui ne l'est pas moins, c'est de les encadrer et de les accompagner dans les différentes étapes de la réalisation du

projet par des prestations en nature. Mais il n'est pas exclu que de petites aides financières pourraient être octroyées aux enfants selon les cas et les nécessités.

Par ailleurs, dans l'exécution des programmes de réinsertion sociale par la formation professionnelle et l'emploi, les intervenants devraient avoir la vigilance et le sens de la mesure pour ne pas que les enfants soient victimes d'exploitation ou de travail des enfants.

En somme, toute cette intervention sociale contribuerait à la réhabilitation socio-économique des sujets en leur permettant de rétablir leurs liens sociaux rompus ou distendus, d'avoir des moyens de production et aussi de trouver, là où cela est possible, une autosuffisance économique. Nous notons, par ailleurs, que si les aides sociales sont nécessaires, il est tout aussi indispensable de prendre en compte les difficultés psychiques auxquelles les enfants et leurs familles sont confrontés, afin de les aider à guérir des séquelles des traumatismes subis.

II.3. Intervention psychothérapique

L'intervention psychothérapique s'intéresse autant aux sujets traumatisés souffrants de problèmes psychopathologiques (affectifs, cognitifs, comportementaux) que son environnement social, car outre le sujet qui l'a subi, un traumatisme psychologique peut également affecter la famille et la communauté. C'est le cas, par exemple, du viol. Il entraîne la culpabilité, l'humiliation et la honte, non seulement chez la victime, mais aussi dans tout le corps social d'appartenance. « *La culpabilité a à voir avec la parole bafouée, et la honte avec la comparaison dévalorisante avec tout autre resté à sa place d'être humain* » (Daligand 2007, 67). Ainsi stigmatisés, la victime et ses proches ont du mal à établir des relations sociales solides et viables avec le reste du groupe social parce que :

« La concentration des moyens culturels de ligature à l'origine se fait sur la femme. C'est elle qui porte la vie dont le courant traverse sans cesse le groupe ethnique. Sa maternité n'est pas simplement biologique mais porteuse de l'identité ethnoculturelle. Elle est la mise en vie, la réalisatrice des désirs du groupe tout entier pour le maintien des particularités identitaires. Etant bien entendu qu'elle n'accepte dans sa chair et dans son corps parlant que le dépôt de la semence marquée des valeurs du groupe. Elle sait qui est digne de la paternité, le père étant toujours pour ce groupe-là la métaphore du père originaire. Elle est le temple

sacré dépositaire de ces valeurs et c'est elle qui véritablement maintient au-delà de l'enfantement, dans la foi qu'elle a dans le géniteur, ce qui lie son petit aux autres membres du groupe dans la parenté et ouvre son enfant à l'origine par la génération. L'ennemi ne détruit pas l'autre en réduisant seulement le volume du groupe adverse par la mort de ses guerriers. Il annule le peuple ennemi en asséchant ses sources de vie culturellement marquées ou en les polluant par un sperme étranger. La femme violée par l'ennemi ne peut être que morte ou exclue. Elle serait celle, sinon, par qui le mensonge sur la descendance adviendrait ».

L'intervention psychothérapique consisterait, non seulement, à apporter une aide significative aux sujets incriminés avec pour intention de contrebalancer les difficultés psychologiques singulières et recréer des liens sociaux, mais également, à recoller les tissus socioculturels déchirés et à cicatriser toutes les blessures sociales provoquées par les différentes victimisations. Mais quel type d'intervention psychothérapique est approprié dans le contexte local ivoirien, une intervention axée sur les modèles occidentaux ou des mécanismes sociaux culturels de guérison ?

Il est difficile de dire avec précision la nature de la psychothérapie appropriée à la condition psychologique d'enfant affecté par la guerre en Côte d'Ivoire. C'est pourquoi, dans le cadre d'une intervention psychothérapeutique rigoureuse, nous militons pour une approche mixte, c'est-à-dire celle qui intègre la psychologie occidentale et les rituels culturels locaux de guérison.

Les psychologues ont mis au point des méthodes et des techniques qui permettent de neutraliser et de surmonter les effets du traumatisme. Mais pour intervenir en faveur de sujets exposés à des événements néfastes comme ceux de la guerre et traumatisés, le praticien ou l'intervenant doit préalablement se poser la question suivante : Dans quelle phase sommes-nous, la phase immédiate, post immédiate ou différée chronique ?

Cette question est cruciale d'autant plus qu'à chaque phase correspond un tableau clinique précis ainsi que des approches et des méthodes thérapeutiques particulières. Dans le cas qui nous intéresse, les propositions thérapeutiques s'inscrivent dans la phase différée chronique puisque le temps, après la survenu des événements, excède trois (3) mois. En ce sens, ce n'est plus une psychothérapie de soutien qu'il faut, c'est-à-dire une psychothérapie de courte durée, destinée à venir en aide à un patient qui traverse une période de crise, mais bien plus une psychothérapie différée à long terme. (Lebigot, 2001). Cette psychothérapie, à visée

curative, quoique sa réussite n'est pas assurée dès son entame, est indiscutablement obligatoire. De fait, le véritable enjeu d'une psychothérapie en cette phase n'est pas de mener des actions ponctuelles, à caractère éphémère, mais beaucoup plus un suivi régulier et rigoureux qui aboutit à des résultats satisfaisants. A la réalité, les troubles de cette phase sont difficiles à traiter et requièrent toute la patience de l'intervenant. Dans les normes, les propositions psychothérapeutiques en différé-chronique succèdent aux soins psychologiques immédiats et post-immédiats. Mais nous avons constatés sur le terrain que le suivi psychothérapeutique en immédiat et en post-immédiats n'a pas réellement été fait. Ce qui atteste une fois de l'impérieuse nécessité d'intervenir en cette phase chronique, et d'entreprendre une thérapie plus conséquente. Et les modèles psychologiques occidentaux pourraient jouer un rôle déterminant dans le contexte ivoirien, car plusieurs témoignages rendent compte de leur efficacité au sein de différentes cultures en situation de post-conflit. Pour ce faire, il faudrait que les intervenants ne sous-évaluent pas et ne méprisent pas les pratiques culturelles locales.

Plusieurs approches et techniques thérapeutiques existent en psychologie occidentale. Nous pouvons citer, entre autres la Thérapie Cognitivo-Comportementale (TCC), la thérapie psychodynamique, l'EMDR (Eye Movement Desensitization Reprocessing), la thérapie narrative. Mais il ne nous revient pas de décider du choix d'une méthode thérapeutique quelconque, ce choix est laissé à l'appréciation du psychologue thérapeute. La plupart du temps, le suivi psychothérapeutique fait appel à des propositions thérapeutiques individualisées et requiert une connaissance approfondie des symptômes psychotraumatiques et de leur évolution, ainsi qu'une parfaite maîtrise des protocoles thérapeutiques. Ce qui veut également dire que le traitement des psychotraumatismes doit relever exclusivement de l'expertise de psychiatres et de cliniciens. Or, sur le terrain, nous avons constaté que la prise en charge des enfants traumatisés par la guerre était très peu investie de compétences cliniques véritables, bien au fait des psychopathologies post-traumatiques.

Une des implications cliniques de cette constatation suggère de promouvoir un suivi psychothérapeutique adéquat en faveur des enfants affectés par le conflit armé. Cette promotion de soins passe selon nous par deux (2) actions que nous considérons comme fondamentales.

La première action consiste à renforcer les capacités des intervenants censés assurer la prise en charge psychothérapeutique, en leur fournissant un soutien et une formation appropriée en matière de diagnostic et de traitement des pathologies psychotraumatiques ; car, « *la prise en charge psychologique des sujets traumatisés se démarque des autres prises en*

charge et psychothérapies traditionnelles. La victime traumatisée ne se considère pas comme un malade mental et répugne à consulter le psychiatre ou le psychologue.» (Crocq, 2007, 87). Cette formation complémentaire aura l'avantage de garantir aux intervenants une meilleure connaissance et maîtrise des protocoles évaluatifs et thérapeutiques. En ce sens, ils pourront mieux identifier les syndromes post-traumatiques et intervenir avant l'intensification et l'enkystement des symptômes lorsque cela n'est pas encore le cas.

La seconde action est liée à la première. En effet, nous suggérons la création d'un centre de prise en charge des psychotraumatismes doté de moyens et de capacités opérationnelles réelles. La mise en place de ce centre est profitable à plusieurs titres :

- Premièrement, ce centre pourra être un cadre adéquat pour l'expression des compétences cliniques obtenues grâce au renforcement des capacités.
- Deuxièmement, il permettra de résoudre les problèmes d'inexistence ou d'insuffisance de soins psychothérapeutiques, de réticence de certains sujets qui répugnent à se faire suivre dans les hôpitaux psychiatriques.
- Troisièmement, la création de ce centre thérapeutique spécifique des pathologies psychotraumatiques pourrait être incontestablement un appui à la recherche scientifique, notamment clinique, et concourir à une dynamique de réflexion, de formation et d'investigation indispensables à l'ensemble des acteurs opérant dans ce domaine.

De manière générale, la pratique traditionnelle en psychothérapie se résume à des traitements personnalisés, c'est-à-dire qu'elle est axée sur la souffrance psychique du sujet. Mais de plus en plus des voix s'élèvent et soulignent la nécessité d'élargir les interventions psychothérapeutiques après les traumatismes à la notion de « *soutien du groupe familial* » (Delage, 2001a), car la famille est aussi affectée par la victimisation de son membre. Pour cette raison, « *la famille doit être considérée comme un système soumis à une agression extérieure qui présente des réactions immédiates et post-immédiates.* » (Vitry, 2007, 81). En effet, le trauma s'est inséré dans la dynamique familiale et l'équilibre de la famille s'est trouvé perturbé, et cette dernière a connu, de ce fait, une crise existentielle et fonctionnelle. En pareille circonstance, « *la prise en charge de la famille s'inscrit dans une théorie de panne familiale qui vient paralyser une famille et lui enlever sa capacité naturelle d'évoluer en trouvant des solutions aux changements et aux problèmes rencontrés. Elle doit permettre de réorganiser les systèmes d'échange et de communication par la mise en circulation des affects de chacun.* » (Vitry, op. cit.)

Il s'agit dans cette approche de soins d'intégrer l'entourage dans le processus thérapeutique. C'est un modèle d'intervention qui s'appuie sur l'environnement social de la victime. En ce sens, Noiro, Robin et Mauriac (2001, 276) soutiennent que :

« l'accent est mis sur le symptôme comme propriété du patient, que sur l'intersection entre un patient, ses symptômes, les proches et leurs propres attitudes. Ce n'est pas par exemple seulement la disparition des cauchemars ou de l'angoisse qui est directement visée par l'intervention, même si cette atténuation des troubles est bien entendu recherchée. C'est aussi la manière dont le patient ou les proches peuvent s'organiser pour être actifs sur ces symptômes, et ce, à partir d'une analyse du sens et de la fonction qu'ils prennent ».

Là où la psychothérapie occidentale va étaler ses carences, il convient de promouvoir des pratiques qui élargissent davantage le champ d'action. C'est la raison pour laquelle nous militons également pour une approche thérapeutique culturelle qui est « *une intervention psychosociale de grande envergure qui tire ses forces du renforcement du pouvoir des communautés locales à travers le dialogue de leur savoir.* » (Coalition to stop the use of Child Soldiers, en ligne, <http://www.child-soldiers.org/psycho-social/>, consulté en juin 2008)

Les mécanismes de guérison sociale et culturelle viennent, non pas remplacer les pratiques occidentales, mais viennent plutôt les compléter et les renforcer. Ces expressions culturelles ne pouvant à elles seules rétablir l'équilibre émotionnel et social perturbé, pour nous, une combinaison des deux (2) approches (occidentale et culturelle/locale) est potentiellement très utile en Côte d'Ivoire où l'intervention psychothérapeutique est indispensable. Compte-tenu de la diversité culturelle en Côte d'Ivoire, il est impossible de définir *a priori* les pratiques à employer, mais nous admettons que les pratiques culturelles pourraient différer d'une zone d'intervention à une autre.

Toutefois, l'incorporation de l'approche traditionnelle à l'intervention psychothérapeutique peut susciter des inquiétudes. En effet, certaines pratiques peuvent être dangereuses et nuisibles pour les enfants en allant contre leur intérêt supérieur. Dans cette condition, les intervenants sur le terrain devraient faire preuve de tact et de diplomatie pour que les enfants se subissent pas ses pratiques. Mais les pratiques culturelles, lorsqu'elles ne vont pas contre l'intérêt supérieur de l'enfant, devraient être encouragées et soutenues. L'exécution des mécanismes de guérison sociale et culturelle constitue une sorte de trait d'union entre les sujets et leurs communautés, car l'acceptation et le pardon des familles et

des communautés en dépendent fortement. La non-exécution des rituels peut constituer un obstacle majeur à l'acceptation et à la réinsertion des enfants victimes. En effet, il arrive que dans certaines communautés, les violations des tabous de viol, de meurtre et de cannibalisme soient considérées comme des actes graves qui menacent la survie de la communauté toute entière, car elles l'exposent à de mauvais sorts. A cet effet, des rituels conjuratoires seraient exigés. Dans d'autres communautés, les enfants qui ont connu des "moments d'égarements", le temps de leur participation à la guerre comme enfants soldats, sont regardés et se voient eux-mêmes comme possédés, hantés par de mauvais esprits. Selon cette considération, c'est sous l'influence de ces esprits que les enfants auraient agi. Dans cette situation, des rituels traditionnels d'exorcisme sont recommandés.

Les mécanismes culturels de guérison pourraient s'inscrire dans une perspective ethnopsychiatrique. L'ethnopsychiatrie s'intéresse d'une part, aux désordres psychologiques en rapport avec leur contexte culturel et, d'autre part aux systèmes culturels d'interprétation et au traitement des problématiques. Selon Moro et Nathan (1985, 423), « *l'ethnopsychiatrie est la pratique de la psychiatrie réservant une part égale à la dimension culturelle du désordre et de sa prise en charge.* » L'ethnopsychiatrie postule donc que chaque peuple possède en son sein des systèmes de repérage et de prise en charge de certaines défaillances. Pour ce faire, les usages culturels ne doivent pas toujours être regardés comme de simples coutumes et ou des traditions antédiluviennes, mais considérés comme des savoirs réels et des techniques efficaces à exploiter. Ils sont, sous bien de rapports, utiles. D'abord, ces pratiques favoriseraient la sociabilité du sujet, c'est-à-dire l'ouverture de soi et aux autres, la capacité à entrer en rapport avec les siens en rétablissant le système d'échange et de communication positive qui avait été mis en mal par la guerre et ses substrats. Ensuite, les cérémonies permettraient d'établir la vérité et la chaîne de responsabilités individuelles et collectives. Elles pourraient exiger de certains enfants l'acceptation ouverte de leurs responsabilités. Ces rituels offrent également à tous ceux qui ont souffert des agissements de certains enfants, une opportunité de verbaliser leurs vécus. Ils permettraient ainsi l'élaboration de la culpabilité et de la honte, de la haine et de la colère. A terme, les "bourreaux" obtiendraient le pardon et l'acceptation des autres, et les victimes se mettraient d'accord avec la communauté sur un mode de réparation. Puis, les propositions thérapeutiques traditionnelles raviveraient tous les mécanismes et processus psychiques et culturels protecteurs. Enfin, en ce qu'elles promettaient le pardon, la réconciliation et apporteraient le bien-être psychologique aux enfants et aux différentes entités sociales, les pratiques psychothérapeutiques culturelles et

traditionnelles contribueraient significativement à la restauration du lien social rompu ou distendu ainsi qu'à la reconstitution du tissu socioculturel déchiré.

Les mécanismes culturels de guérison utiliseraient le milieu pour accéder aux sujets, et obtiendraient ainsi un effet démultiplicateur de l'intervention.

Cette intervention psychothérapeutique que nous proposons est une intervention systémique qui recherche les compétences et ressources du sujet et de son environnement. Cette approche reconnaît l'importance du réseau social et des différentes entités sociales avec lesquelles les sujets sont en interaction parce que les traumatismes psychiques sont toujours des épreuves de vie, tant pour la personne atteinte que pour son entourage. Pour ce faire, chacune des entités sociales devrait jouer son rôle et ainsi œuvrer pour trouver un nouvel équilibre autour des aléas émotionnels, affectifs et comportementaux des sujets. Il faudrait que celles- à leur écoute, sans les juger et les encourager à partager leur ressenti tout en les rassurant sur leurs qualités, leur valeur. Etre présents, mais aussi être discrètes pour éviter les « *relations fusionnelles intenses* », et surtout pour laisser ces derniers prendre leurs responsabilités, telle doit être l'attitude des intervenants.

Par ailleurs, il convient de relever que le traitement des victimes ne se limite pas uniquement à des interventions psychothérapeutiques ponctuelles, sporadiques, mais il implique un accompagnement du sujet dans un processus de transformation (Vitry, 2007). Cela requiert donc un suivi du sujet.

II.4. Soutien psychosocial continu

Cette action comprend la surveillance et le suivi des actions menées sur le terrain, car le véritable enjeu d'une politique de réinsertion sociale n'est pas de mener des actions ponctuelles à caractère éphémère, mais beaucoup plus, de mener un suivi régulier et rigoureux qui aboutit à des résultats convaincants. Il s'agit de mettre en œuvre un plan de suivi à long terme puisqu'il peut advenir que des problèmes surgissent en cours d'exécution des programmes. Cette intervention vise donc à recenser et à lever tout obstacle, à identifier les enfants qui rencontreraient des difficultés particulières au cours de leur réinsertion et de leur porter assistance. Ces difficultés peuvent être l'inaptitude à gérer leur comptabilité, l'incapacité de jouer un rôle social productif et d'établir des rapports sociaux conformes aux attentes socioculturelles. Cette manière de procéder nous semble une garantie à la pérennité

de la réinsertion. Car, en effet, nous sommes convaincu qu'un programme de réinsertion sociale aussi bien élaboré soit-il, n'a aucune valeur " résocialisatrice", aucune efficacité probante, s'il n'est fondé et prolongé dans la pratique et sur le terrain par des actions de surveillance et de suivi qui renforcent les acquis, tels que l'acceptation et la réconciliation sociale, la restauration de la confiance perdue, la reconstitution du tissu social déchiré. Pour ce faire, une implication des familles et des communautés pour assurer la surveillance et le suivi à long cours est indispensable. Il est question de s'appuyer principalement sur les capacités pour le sujet de trouver des ressources au sein de son entourage social. Ce procédé d'action renforcera l'adaptation et l'autonomie des sujets. Nous sommes persuadé que la réinsertion sociale des enfants est possible que si celle-ci est appuyée sur et par l'environnement social.

II.5. Action judiciaire

Tous les enfants qui ont été exposés aux événements de la guerre y compris les sujets résilients sont avant tout des victimes parce qu'ils ont tous subi des préjudices. Il faut l'admettre, même si cela semble difficile à concevoir, les sujets résilients sont aussi des victimes, car ils ne sont pas invincibles encore moins invulnérables. Plusieurs auteurs s'accordent pour reconnaître que le psychotraumatisme est à l'origine de tout travail de résilience. En d'autres mots, ils reconnaissent qu'on ne peut pas être résilient sans avoir été, au préalable, traumatisé, blessé. Et cette blessure peut être physique, morale et même sociale. Un sujet résilient n'est donc pas un surhomme dans la mesure où il a été fracassé et stoppé dans son développement par des émotions pénibles ainsi que de terribles et atroces souffrances. C'est d'ailleurs à partir d'elles qu'il amorce son travail de reconstruction. Cela traduit une reprise du développement psychologique et social à partir des traumatismes de guerre qui, en réalité, sont de véritable atteinte aux biens, à l'intégrité physique et psychologique.

L'action judiciaire ne doit donc pas se limiter aux seuls enfants présentant une vulnérabilité psychosociale, et nier aux sujets résilients leurs droits d'être inscrit sur la liste des victimes. Ces deux catégories de sujets sont toutes des victimes et devraient être prises en compte dans l'action de la justice. Nous avons tenu à faire cette précision afin de lever toute équivoque que les implications théoriques auraient pu susciter en l'esprit de personnes qui

nous lisent. Il faut remarquer que les traumatismes de guerre résultent de l'intentionnalité. Pendant tout conflit armé, les codes de guerre ainsi que les droits qui garantissent la protection et la dignité humaine sont bafoués et foulés au pied par des individus. Les exactions, les blessures, les destructions et toutes sortes d'avaries sont provoquées et entretenues par des individus antipathiques et hostiles. C'est cette intentionnalité malveillante qui amène des auteurs à différencier les souffrances engendrées par un conflit armé et celles provoquées par les catastrophes naturelles.

Face à ces actes, il faut une réaction sociale appropriée. C'est la raison pour laquelle nous proposons une intervention judiciaire qui s'oriente vers deux (2) objectifs majeurs : le premier, centré essentiellement sur la personne de la victime vise l'indemnisation des préjudices subis, et le second objectif, attaché à la personne du/des coupable(s), s'oriente vers la régulation sociale par la sanction. Cette proposition vise une double action judiciaire : une civile et une autre publique.

II.5.1. Indemnisation par l'action civile

Le Code de Procédure Pénale (CPP) ivoirien, en son article 2, alinéa 1 précise que « *l'action civile en réparation du dommage causé par un crime, un délit ou une contravention, appartient à tous ceux qui ont personnellement souffert du dommage directement causé par l'infraction.* » Autrement dit, l'action civile est exercée par la victime d'une infraction à la loi pénale en réparation du dommage qui lui a été causé. Mais, on est en droit de se poser les questions suivantes : une action civile pour quoi et contre qui ?

L'action civile est mise en mouvement par la victime parce qu'elle a subi un préjudice. En effet, les atteintes aux biens ainsi qu'à l'intégrité physique et psychologique doivent être reconnues et donner lieu à réparation. Pour Daligand (2001, 39) :

« Réparer, c'est permettre à nouveau à l'être de prendre part à la vie communautaire humaine. C'est réaffirmer cet être, comme membre à part entière de l'espèce, appartenant à une culture, à un groupe, parlant une langue. C'est le reconforter, comme être humain, dans son droit à la parole, à laquelle il est ouvert dès l'origine à l'égalité avec les autres. C'est lui réaffirmer sa place dans le langage où il se trouve porté par sa parole à l'oreille d'un autre, ce qui lui donne sens ».

Il s'agit ici d'une réparation immatérielle qui fait suite à la reconnaissance. Pour réparer, il faut d'abord admettre et reconnaître le préjudice subi par la victime. Il n'y a pas de réparation si aucun dommage n'est causé. Obtenir donc le statut de victime permet à la victime de se percevoir comme innocente, comme n'étant pas responsable de sa situation vis-à-vis des autres. Mais, en l'absence de toute reconnaissance qui donne droit à la réparation, la victime se sent oubliée et interprète ce désaveu comme un refus du système de la réintégrer, c'est-à-dire de l'accepter et de la reconnaître comme un de ses membres. La reconnaissance et la réparation participent donc à la reconstruction. La réparation passe par une indemnisation, car « *il n'y a pas de réparation sans objet d'indemnisation.*» (Daligand, op. cit.). L'indemnisation est le plus souvent matérielle ou financière. A cet propos, Audet et Katz (1999, 509) soutiennent que « *la reconnaissance de la victime est nécessaire au travail de réparation qui ne peut être que matérielle et pécuniaire.*»

L'action civile qui est une action de réparation a pour but premier et essentiel le dédommagement des victimes. D'autres objectifs sont poursuivis par l'action civile. Ce sont, entre autres, l'apaisement de la victime et de ses proches, l'élimination de la survictimisation et la prévention de toute velléité de vengeance, donc de délinquance. En effet, lorsque la victime n'est pas reconnue comme telle, le sens qu'elle en donne est la négation de sa personne et le déni de ses souffrances. Cela peut engendrer de sa part la survictimisation ou encore la survictimation qui est le sentiment d'être ou d'avoir été oublié ou lésé, et qui pourrait conduire le sujet à poser une revendication, un dû ou une vengeance. Villerbu (2004, 7), à ce sujet, a écrit:

« Un sujet survictimé est donc quelqu'un qui n'a pas pu, pas su, auquel l'environnement est resté d'une manière ou d'une autre sourd à la souffrance émise et qui fait de cet état où se récapitule sa catastrophe psychique un nouveau genre subsumant les genres : ni homme, ni femme, ni masculin, ni féminin, mais sinistré et demandant réparation, dédommagement et vengeance. Cette référence identitaire [...] peut rentrer en délinquance, en actions légitimées mais non légales, parfois illégales, avec une conviction tout à fait singulière sous couvert de se faire justice ».

La réparation témoigne la solidarité de l'Etat et renforce le sentiment d'appartenance à la société et aide le pays à se réconcilier avec lui-même et à se reconstruire.

Par ailleurs, répondre à la question, « *contre qui l'action civile ?* » revient à désigner le (s) mis en cause. Dans les pratiques habituelles, l'action civile est dirigée contre l'auteur de l'infraction qui a causé un dommage. Nous souhaitons que la justice pénale établisse les chaînes de causalité et les responsabilités individuelles, de sorte que ce ne soit pas l'auteur de l'infraction qui paie, mais que les co-auteurs, les complices et les instigateurs (acteurs moraux) soient aussi touchés, frappés par la sanction civile.

Mais ce ne sont pas les acteurs précédents seuls qui sont en cause, mais l'Etat est aussi mis en cause. De fait, l'Etat, en tant que puissance publique est garante et dépositaire de la sécurité individuelle. En ce sens, la protection des biens et des personnes lui incombe en premier. Pour Calmettes et Domenech (2001, 329-330), « *les violences et les atteintes subies sont interprétées comme un constat d'échec des autorités. La victime se retourne donc vers la collectivité, elle lui exige en premier lieu la reconnaissance des torts subis. Les autorités sont sonnées d'agir, elles doivent résorber le mal causé car elles ont failli dans leur rôle protecteur.*» A ce compte-là, la responsabilité morale de l'Etat est engagée parce qu'il n'a su garantir au citoyen, notamment aux victimes, leur sécurité. Dans cette condition, des actions peuvent être introduites devant les tribunaux pour demander réparation par l'Etat. L'une des vérités qui se dégage, c'est que le pouvoir public a le devoir d'indemniser les victimes de la guerre, comme ce fut le cas sous d'autres cieux, en Belgique et en France notamment. L'Etat doit créer un cadre institutionnel et réglementaire qui définisse les critères définitoires des bénéficiaires, la procédure de sélection en vue de l'inclusion dans le système d'indemnisation et la procédure de dédommagement. La réparation ou le dédommagement doit tenir compte aussi bien des préjudices corporels que des préjudices psychologiques. L'un ne va pas sans l'autre. Selon Daligand (op. cit., 340), « *s'adresser en vue de réparation seulement à la chair blessée ou ne se référer qu'à l'aspect angélique de la victime – aspect souvent marqué aux yeux du monde depuis qu'elle a été brûlée au feu d'épreuves – est déshumanisant. Ce qui est proprement inhumain, c'est de ne s'adresser qu'à l'une des parts, chair ou esprit, qui font imaginativement un assemblage.*» Pour cette dernière catégorie de préjudices, les autorités doivent déterminer les règles et les barèmes pour la classification et l'évaluation des troubles psychiques de guerre, comme cela a été fait ailleurs, notamment en France ⁽¹⁾.

¹ Décret du 10 janvier les règles et barèmes pour la classification et l'évaluation des troubles psychiques de guerre, *Journal Officiel de la République Française*, pp 621-624, 12 janvier 1992.

Nous savons aussi que l'indemnisation matérielle et pécuniaire est dérisoire et inadéquate pour compenser les préjudices de toute sorte subis, mais une indemnisation, même à titre symbolique, aura, de notre point de vue, une portée individuelle et sociale certaine. Après l'action civile, les victimes peuvent mettre en mouvement l'action publique.

II.5.2. Action publique

La seconde action judiciaire est la mise en mouvement de l'action publique. C'est une action de poursuite et de jugement. En ce sens, l'appareil judiciaire se charge de sanctionner les coupables. La justice pénale garantit alors à la victime la quête de la vérité en examinant les diverses circonstances des événements. A cet effet, elle établit la chaîne de causalité et prononce la sanction contre le coupable. En cela, elle se substitue à la victime et se réserve le droit de vengeance. Les sanctions exemplaires infligées par les instances pénales devront prévenir de nouvelles victimisations, et « *servir le cas échéant à l'édification de potentiels auteurs des faits d'agissements coupables, car les infractions dont ont souffert ou souffrent encore les victimes ne doivent plus jamais se reproduire.* » (Calmettes et Domenech, op. cit.).

Cependant, il convient de souligner que le Code Pénal (CP) ivoirien n'est pas assez explicite sur la définition de certaines infractions. Ce qui rend difficile leur qualification, mais surtout peut empêcher certaines victimes d'obtenir une réparation appropriée et efficiente. C'est le cas par exemple du viol et des autres formes de violences sexuelles. Selon les dispositions de l'article 354 du Code Pénal ivoirien,

« Le viol est puni de l'emprisonnement de cinq à vingt ans. La peine est celle de l'emprisonnement à vie si l'auteur :

- 1. Est aidé dans son crime par une ou plusieurs personnes : (...).*
- 2. La peine est également celle de l'emprisonnement à vie si la victime est mineure de quinze ans ».*

A l'analyse de cette disposition légale, aucune définition proprement dite du vocable « viol » n'apparaît. Ce qui peut rendre complexe l'appréhension de l'infraction. Pour cette

raison, à la suite des mouvements féministes et d'organisations de défense des droits de l'Homme, nous appelons les autorités à définir le viol dans le code pénal ivoirien.

Pour nous, cette définition doit être la plus large possible et les éléments constitutifs de l'infraction du viol devraient intégrer :

- L'absence de consentement de la victime ;
- la possession corporelle à des fins sexuelles ;
- toute pénétration sexuelle, de quelque nature que ce soit, commise sur une personne.

La définition que nous avons proposée précédemment qui a été tirée du Code Pénal français peut aider à mieux appréhender cette infraction :

- Article 222-22 du CP français : « *Constitue une agression sexuelle, toute atteinte sexuelle commise avec violence, contrainte, menace ou surprise.* »
- Article 222-23 du CP français : « *Tout acte de pénétration sexuelle, de quelque nature qu'il soit, commis sur la personne d'autrui par violence, contrainte menace ou surprise est un viol.* »

En conclusion, nous soulignons que notre modèle de prise en charge sociale qui se décline en cinq (5) interventions principales n'est pas un modèle fixe, immuable qui doit obligatoirement suivre l'ordre que nous avons établi. Les cinq (5) interventions ne sont donc pas des étapes rigoureusement structurées et hiérarchisées. Elles n'obéissent à aucune linéarité. L'exécution de cette pratique psychosociale dépendra de la subjectivité de l'intervenant, c'est-à-dire de ses priorités, mais aussi et surtout de la réalité du terrain et des besoins des sujets.

Tout compte fait, les différentes interventions de la pratique psychosociale poursuivent les objectifs suivants :

- ✓ Restaurer l'intégrité psychique ;
- ✓ Travailler sur des ressources extérieures (familiales et communautaires) susceptibles de favoriser la réhabilitation et la reconstruction des sujets ;
- ✓ Centrées sur la personne de la victime, ces interventions s'orientent vers une reprise de sa place au sein de la famille et de la communauté et l'accès à un niveau de vie acceptable.

CONCLUSION PARTIELLE

Dans le premier chapitre de cette partie, nous avons discuté des implications théoriques de notre recherche. Cette discussion nous a d'abord conduit à l'interprétation de nos résultats. Ainsi, successivement, nous avons vérifié les trois (3) hypothèses opérationnelles formulées pour cette étude. Les différentes vérifications nous ont permis de confirmer ces hypothèses.

Aussi les différentes démarches suivies pour atteindre les objectifs et pour tester les hypothèses de départ avec les faits du terrain ont-elles été soumises à la discussion. Cet exercice a permis de souligner les forces de la présente recherche. Il a également permis de relever des failles. Au nombre des atouts de cette étude, on peut citer entre autres, l'étude d'une population particulièrement vulnérable, c'est-à-dire des adolescents, et l'évaluation des conséquences psychologiques et sociales de la guerre à partir de plusieurs outils psychométriques. S'agissant des lacunes du présent travail, on peut relever l'exploration rétrospective du vécu des événements, la nature purement qualitative de la recherche qui ne permet pas une généralisation des résultats.

Après ce point sur la discussion, nous avons fait des recommandations. Deux (2) points essentiels ont constitué ce chapitre. Le premier point suggère des axes pour des recherches futures. Le second point, quant à lui, présente une série d'interventions intégrant un protocole d'actions psychosociales en faveur des victimes. C'est un dispositif d'assistance, d'aide et de prise en charge des victimes qui intègre l'évaluation puis la préparation des structures sociales d'accueil des traumatisés, la psychothérapie, une action judiciaire en faveur de la victime.

CONCLUSION GENERALE

Inscrite dans une approche qualitative, notre étude, de manière générale, a eu pour objectif d'expliquer les conséquences du conflit armé ivoirien du 19 septembre 2002 sur des adolescents, à travers une description des diverses réactions post-traumatiques présentées par ces derniers.

Spécifiquement, les objectifs suivants ont été explorés :

- 1/ Identifier les signes et symptômes cliniques chez les adolescents présentant un ESPT chronique ;
- 2/ Décrire les caractéristiques de la résilience chez des adolescents ;
- 3/ Evaluer les répercussions sociales de la guerre chez les adolescents ;
- 4/ Etudier les mécanismes en jeu dans la chronicisation du PTSD et dans la résilience chez des adolescents, à travers l'inventaire des facteurs ou déterminants de vulnérabilité et les facteurs de protection.

Pour atteindre ces objectifs, nous avons formulé des hypothèses de recherche dont la principale postule que « *Le devenir psychosocial des adolescents traumatisés différencié en "ESPT chronique" et en "résilience" est étroitement lié à la part des facteurs socio-environnementaux et psychologique* ».

De manière spécifique, trois (3) hypothèses opérationnelles ont été spécifiées.

Hypothèse opérationnelle 1 : « *Un adolescent traumatisé qui a un entourage humain bienveillant a plus de chance de contrebalancer les séquelles psychotraumatiques et de développer une capacité de résilience qu'un adolescent dont l'entourage humain est indifférent et hostile.* »

Hypothèse opérationnelle 2 : « *Plus les conditions socio-économiques du milieu de récupération d'un adolescent traumatisé sont précaires, plus il a tendance à souffrir durablement du PTSD.* »

Hypothèse opérationnelle 3: « *Moins un adolescent traumatisé a des perceptions négatives, moins il est enclin à présenter des complications du PTSD.* »

Pour tester nos hypothèses et aussi atteindre nos objectifs, nous avons interrogé vingt-huit (28) personnes dont, onze (11) individus issus de l'entourage de ces adolescents, six (6) personnes ressources et onze (11) adolescents exposés au conflit. Cette dernière catégorie a donc été la principale base matérielle de notre étude. Ainsi, une analyse monographique à partir de (11) cas cliniques a servi au travail d'exploration. Pour explorer le psychisme des sujets et toucher du doigt les réalités sociales vécues par ceux-ci, les méthodes (clinique, transversale, différentielle et systémique) ont été utilisées. Au moyen d'une démarche méthodologique alliant les données d'observation et d'entretiens (approfondis et semi-directifs) à celles d'analyse de documents et d'outils psychométriques, l'accent a donc été mis sur l'explication du devenir psycho-social des adolescents. La phase d'évaluation a relevé les réactions et le vécu psychosocial des adolescents après leur confrontation aux événements de la guerre

La recherche exposée, ici, a pu montrer que les sujets réagissent différemment face à l'adversité de la guerre. Elle nous a donc permis de ne pas nous polariser exclusivement sur les aspects vulnérants des sujets qui se signalent par des fièvres psycho-sociales (troubles psychiques, difficultés sociales diverses), mais de décrire aussi des sujets qui témoignent de formes d'ajustement et de ressaisissement malgré les contextes psychosociaux peu favorables.

Au chapitre des problèmes psychopathologiques, les troubles présentés par certains de nos sujets se rapportent à la symptomatologie habituelle de la névrose traumatique : pour le syndrome pathognomonique de répétitions (reviviscences hallucinatoires, ruminations mentales, conduites de répétition...) vécu dans la détresse psychique et l'orage neurovégétatif, avec raidissement du corps, pour le syndrome pathognomonique de personnalité traumatonévrotique (état d'alerte, réduction ou perte d'intérêt pour des activités jadis prisées, difficultés d'endormissement impression d'avenir bouché, retrait social, irritabilité, etc.) et pour des symptômes non-spécifiques (asthénies physique et psychique, anxiété, troubles de conduite, des troubles psychosomatiques, des symptômes psychonévrotiques).

En ce qui concerne les problèmes sociaux et comportementaux, nous avons noté la pauvreté, les difficultés scolaires et sanitaires, les conduites addictives ainsi que des psychopathologies du comportement sexuel, et plusieurs autres marginalités sociales.

L'étude a relevé que le retour ou non à une vie normale après le trauma est fonction de la présence ou de l'absence de différents facteurs qui modulent les réactions post-traumatiques. Dans notre recherche, les facteurs de risque que nous avons appelés « facteurs de vulnérabilisation » déterminent les conséquences à long terme de l'ESPT sur le bien être psycho-social des sujets. Ils sont associés avec le développement, le maintien ou l'exacerbation de la symptomatologie post-traumatique. À l'opposé, les facteurs de protection facilitent l'adaptation à la suite d'un ESPT en prévenant les symptômes post-traumatiques chroniques.

Cette recherche a montré l'importance de facteurs tant externes qu'interne que représentent la qualité de l'entourage humain, la nature des conditions de vie du milieu de récupération et les perceptions des sujets. En effet, des sujets qui bénéficient de conditions socioéconomiques stables et favorables au sein de leur milieu de récupération, qui sont entourés de personnes bienveillantes qui leur apportent un support social adéquat, et qui ont des perceptions positives d'eux-mêmes et de leur avenir personnel ont pu se remettre de leurs différentes perturbations (psychologiques et sociales). Ils ont pu se développer de manière satisfaisante et développer des compétences personnelles ainsi que sociales nonobstant les situations traumatiques auxquelles ils ont été confrontés au cours de leur existence. En revanche, les sujets qui ont vécu dans des conditions socioéconomiques difficiles et précaires, à l'égard de qui l'entourage humain est resté indifférent, c'est-à-dire qu'ils n'ont pas été entendus, conseillés, protégés, aidés et, de ce fait, ont des perceptions d'eux-mêmes et de l'avenir déficitaires ont connu un développement pathologique de l'ESPT. Ces deux (2) catégories de sujets représentent donc deux (2) types de réactions après la confrontation aux événements de la guerre.

Au terme d'un exercice de vérification, les trois (3) hypothèses de recherche ont été confirmées.

Des points des résultats ainsi que les points théoriques et méthodologiques ont été discutés. Cette discussion a présenté la portée de la présente étude. Elle a aussi montré ses insuffisances. Ainsi, la population cible d'étude, c'est-à-dire les adolescents, le diagnostic

simultané de psychotraumatismes et de résilience ainsi que l'utilisation de plusieurs techniques d'évaluations des répercussions constituent des forces de l'étude. Par ailleurs, des limites ont été trouvées à notre recherche. Ce sont, en premier lieu, la nature rétrospective du recueil des données qui peut entraîner des biais dans le rapport aux événements. En second lieu, nous avons la recherche phénoménologique. En effet, sa nature exclusivement qualitative, approfondie ne permet guère une généralisation des résultats. En troisième lieu, nous avons relevé notre manque de culture clinique.

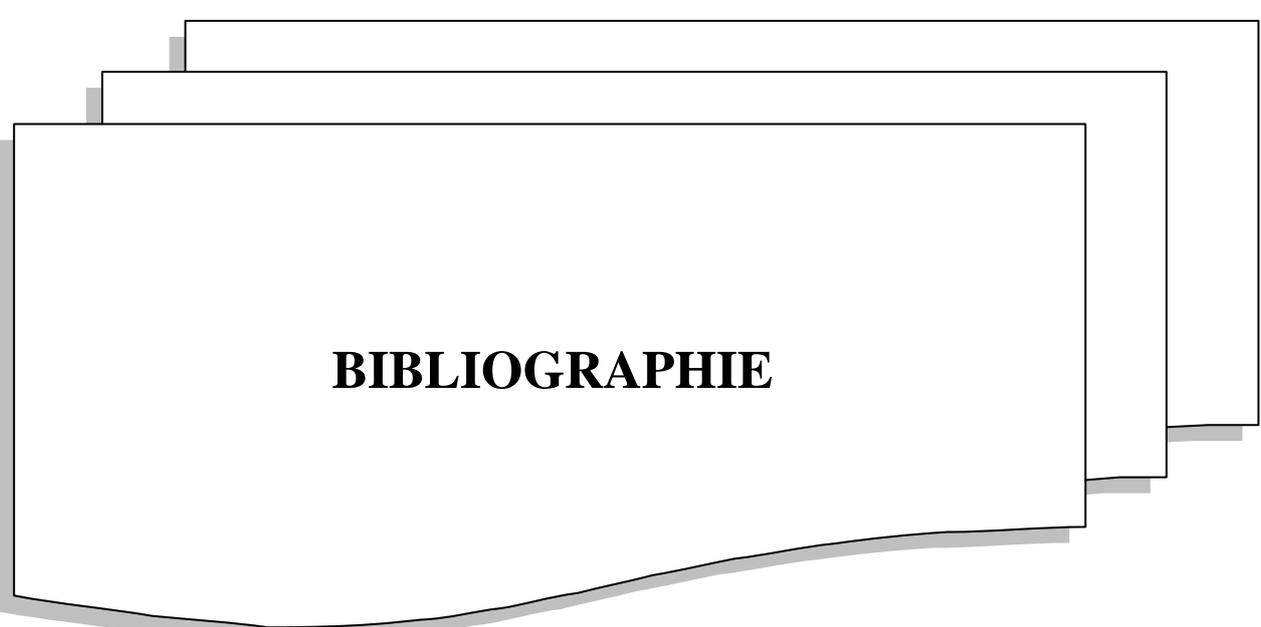
Après avoir discuté des implications théoriques de l'étude, nous avons abordé le chapitre des recommandations. Celui-ci est composé de deux (2) points essentiels. Le premier, relatif aux retombées de cette étude sur le plan de la recherche, énonce quelques pistes pour des recherches futures. Le second point, quant à lui, renferme des propositions de mesure en vue d'intervenir en faveur des victimes.

- Intervention basée sur l'évaluation et la préparation des structures locales ;
- intervention psychothérapeutique ;
- intervention sociale ;
- intervention judiciaire ;
- surveillance et suivi rigoureux et permanent.

Toutes ces actions pourraient garantir la réhabilitation des sujets traumatisés et renforcer la capacité de résilience des sujets qui le sont déjà.

Cependant, aussi bien sur le plan théorique et méthodologique que sur celui des résultats, cette recherche doit être regardée comme une étude exploratoire.

Par ailleurs, avec la crise post-électorale vécue par la Côte d'Ivoire en 2011, ne faut-il pas craindre, d'une part une amplification des conséquences psychopathologiques et sociales de la guerre liée à une revictimisation, et d'autre part une rechute des sujets résilients dans le trauma, étant donné que la résilience n'est pas acquise une fois pour toute ?



BIBLIOGRAPHIE

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

I. OUVRAGES

1. AÏSSANI, Y., (2003). *La psychologie sociale*, Paris : Armand Colin
2. AKA, K., F., (2010). *Guerre et Education en Afrique, une analyse systémique de l'éducation en crise et perspective*, Paris : L'Harmattan
3. ALBERHNE, K. et ALBERHNE, T., (2000). *Les thérapies familiales systémiques*, Paris : Masson.
4. ANAUT, M., (2008). *La résilience : surmonter les traumatismes*, 2^e édition, Paris : Nathan Université.
5. ARCAND, S., POUPART, J. et CANTIN, J., (2004). *Au-delà du système pénal : l'intégration sociale et professionnelle des groupes judiciairisés et marginalisés*, 5^e Ed., Sainte-Foy [Que] : Presses de l'Université de Québec.
6. ASSEMBLEE NATIONALE DE COTE D'IVOIRE, (2005). *Naissance d'une nation, expression plurielle sur la crise ivoirienne*, Beyrouth : PROFOTOEditeur.
7. AUDET, J. et KATZ, J.-F., (1999). *Précis de victimologie générale*, Paris: Dunod.
8. AZOH, F.-J., LANOUE, E. et TCHOMBE, T., (2009). *Education, violences, conflits et perspectives de paix en Afrique subsaharienne*, Paris : Karthala.
9. AZZOPARDI, G., (2002). *Test d'entreprise, mode d'emploi*, Paris : Marabout.
10. BAQUE, S., (2000). *Dessins et destins d'enfants*, Marseille : Hommes et perspectives.
11. BEAUD, S. et WEBER, F., (2003). *Guide de l'enquête de terrain*, (Nouvelle édition), Paris : La Découverte.
12. BEDARD, N., (2005). *Comment interpréter les dessins d'enfants*, Quebecor.
13. BERCLAZ, M., et al., (2004). *Soutien psychosocial immédiat et post-immédiat en situation de catastrophe individuelle ou collective*, Genève : Michel Berclaz éditeur.
14. BERTRAND, M. et al., (1997). *Les enfants dans les guerres et les violences chroniques. Approches cliniques et théoriques*, Paris : L'Harmattan.
15. BESSOLES, P. et MORMONT, C., (2004). *Victimologie et criminologie. Approches cliniques générales*, Paris : Champs Social Edition
16. BIAYA, T. K., (2002). *Enfant en situation de conflit armé et de violence urbaine*, Dakar : CODESRIA.

17. BOGA, S.G., (2008). *Les droits de l'homme à l'épreuve : le cas de la crise ivoirienne du 19 septembre 2002*, Paris : L'Harmattan.
18. BOURGAT, M., (1999). *Comment des enfants deviennent des assassins, comprendre et enrayer la violence*, Paris : Favre.
19. CARIO, R., (2006). *Victimologie : de l'effraction du lien intersubjectif à la restauration sociale*, 3^e Edition, Paris : L'Harmattan.
20. CHABROL, H., (2004). *Psychopathologie de l'adolescent*, Paris : Belin.
21. CROCQ, L., (1999). *Les traumatismes psychiques de guerre*, Paris : Odile Jacob.
22. CROCQ, L. et al., (2007). *Traumatismes psychiques, Prise en charge psychologique des victimes*, Paris : Elsevier Masson.
23. CYRULNIK, B. et al., (1998). *Ces enfants qui tiennent le coup*, Revigny Sur Ornain : Hommes et perspectives.
24. CYRULNIK, B., (1999). *Un merveilleux Malheur*, Paris: Odile Jacob.
25. CYRULNIK, B., (2001). *Les vilains petits canards*, Paris : Odile Jacob.
26. DE CLERCQ, M. et LEBIGOT, F., (2001). *Les traumatismes psychiques*, Paris : Collection Médecine et psychothérapie, Edition Masson.
27. DJEREKE, J.-C., (2003). *Fallait-il prendre les armes en Côte d'ivoire ?*, Paris : L'Harmattan.
28. DURAND, V.M., BARLOW, D. H., GOTTSCHALK, M., (2004). *Psychopathologie: une perspective multidimensionnelle*, Bruxelles : Boeck Université Editeur.
29. FREUD, S., (1973). *Psychanalyse*, 6^e Edition, Paris : PUF.
30. FREUND, J., (1983). *Sociologie du conflit*, Paris : PUF.
31. GRAWITZ, M., (2004). *Lexique des sciences sociales*, 8^e Edition, Paris : Dalloz.
32. GREBOT, E. et BILLON-GALLAND, I-O., (2001). *Les bases de la psychopathologie – Eléments historiques, notionnels et théoriques*, Grenoble : Presses Universitaires de Grenoble, Collection Libres Cours.
33. GREIG, P., (2000). *L'enfant et son dessin*, Ramonville-Saint-Agne : Erès.
34. GUIDERE, M., (2005). *Méthodologie de la recherche*, Nlle Ed. Paris : Ellipses.
35. HAESEVOETS, Y.-H., (2008). *Traumatisme de l'enfance et de l'adolescence. Un autre regard sur la souffrance psychique*, 1^{ère} Ed., Bruxelles : Boeck Université Editeur.
36. KAUFFMANN, J.-C., (1996). *L'entretien compréhensif*, Paris : Nathan Université.
37. KEILSON, H., (1998). *Enfants victimes de guerre*, Paris : PUF.

38. KONE, M., KOUAME, N., (2005). *Socio-anthropologie de la famille en Afrique, Evolution des modèles en Côte d'Ivoire*, Abidjan : CERAP.
39. KOUDOU, K.R., (1996). *Education et développement moral de l'enfant et de l'adolescent africain : pour ne pas en faire des délinquants*, Paris : L'Harmattan.
40. KOUDOU, K.R., (1999). *Eléments de la psychologie de l'adolescent, pour mieux éduquer nos adolescents*, Abidjan : PUCI.
41. KOUDOU, O., (2007a). *Histoire de la criminologie. Les grands courants théoriques d'hier à aujourd'hui*, Abidjan : PUA.
42. KOUDOU, O., (2007b). *Criminologie clinique*, Abidjan : PUA.
43. KOULIBALY, M., (2003). *La guerre de la France contre la Côte d'Ivoire*, Paris : L'Harmattan.
44. KOUROUMA, A., (2000). *Allah n'est pas obligé*, Paris : Editions du Seuil.
45. KUENGIENDA, M., (2008). *Crise de l'Etat en Afrique et modernité politique en question*, Paris : L'Harmattan.
46. LUGAN, J.-C., (1993), *La systémique sociale, Que suis-je*, Paris : PUF.
47. MONESTIER, M., (1998). *Les enfants esclaves, l'enfer quotidien de 300 millions d'enfants*, Paris : le cherche midi éditeur.
48. MOUZAYAN, O.-H., (2003). *L'enfant soldat*, Paris : Odile Jacob.
49. MUCCHIELLI, A., (1996a). *La psychologie sociale*, Paris : Hachette.
50. MUCCHIELLI, A., (1996b). *Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences sociales et humaines*, Paris : Armand Colin.
51. N'DA, P., (2006). *Méthodologie de la recherche. De la problématique à la discussion des résultats. Comment réaliser un mémoire, une thèse en sciences sociales et en Education*, 3^e Edition, Abidjan : EDUCI.
52. NEGRIER-DORMONT, L. et TZITZIS, S., (1994). *Criminologie de l'acte et philosophie pénale, de l'ontologie criminelle des Anciens à la victimologie appliquée des Modernes*, Paris : Litec, Librairie de la cour de cassation.
53. PIERON, H., (2003). *Vocabulaire de la psychologie*, 6^e Edition, Paris : Quadrige/PUF.
54. POLETTI, R., DOBBS, B., (2001). *La résilience. L'art de rebondir*, Saint-Julien-en-Genevois, Paris : Jouvence.
55. SILLAMY, N., (1985). *Vocabulaire de la psychologie*, Edition revue et corrigée, Paris : Larousse.

56. VANISTENDAËL, S. et LECOMTE, J., (2000). *Le bonheur est toujours possible : construire la résilience*, Paris : Bayard
57. TISSERON, S., (2009). *La résilience*, 3^e édition, Paris : PUF, coll. [Que sais-je ?]
58. UNICEF (1996). *Situation des enfants dans le monde*, UNICEF.
59. VON BERTALANFFY, L., (1972). *Théorie générale des systèmes*, Paris : Dunod.
60. WALLON, P., (2001). *Le dessin d'enfant*, 2^e Edition, Que sais-je, Paris : PUF.

II. CHAPITRES D'OUVRAGES

61. BADDOURA, CH.-F., (1998). « Traverser la guerre », in B. CYRULNIK (dir.), *Ces enfants qui tiennent le coup* (pp. 73-89), Revigny Sur Orvain : Hommes et perspectives.
62. BAILLY, L., (2001a). « Syndromes psychotraumatiques chez l'enfant », in M. DE CLERCQ et F. LEBIGOT (dir.), *Les Traumatismes psychiques* (pp. 137-147), Paris : Masson.
63. BAILLY, L., (2001b). « Traitement des psychotraumatismes de l'enfant », in M. DE CLERCQ et F. LEBIGOT (dir.), *Les Traumatismes psychiques* (pp. 321-326), Paris : Masson.
64. BARANCIRA, S., (1997). « Aspects psychiatriques en situation de catastrophe au Burundi. La crise d'octobre 1993 », in M. BERTRAND *et al.*, (1997), *Les enfants dans les guerres et les violences chroniques. Approches cliniques et théoriques* (pp. 45-57), Paris : L'Harmattan.
65. BIRMES, P., LESBOURGUES, L. et SCHMITT, L., (2000). « Psychopathologie cognitive du stress posttraumatique », in M. VAN DER LINDEN, J.M. DANON et A. AGNIEL (dir.), *La psychopathologie : une approche cognitive et neuropsychologique* (pp. 221-236), Marseille : Solal éditeurs.
66. BISSOUMA, A. C., ANOUMATACKY, M. A.P.N, et TE BONLE, M. D.,(2012). « War in Côte d'Ivoire and Management of Child's Post Traumatic Stress Disorders», in E. OVUGA (dir.), *Post-Traumatic Stress Disorders in a Global Context* (pp. 159-182),New-York: Intech.
67. BORGNE, N., (2001). « Sensibilisation et préparation des intervenants », in L. CROCQ (dir.), *Traumatismes psychiques, Prise en charge psychologique des victimes* (pp. 225-232), Paris : Elsevier Masson.

68. CALMETTES, J. et DOMENECH, J-L., (2001). « Droits des victimes : attentes et réalités », in M. DE CLERCQ et F. LEBIGOT (dir.), *Les Traumatismes psychiques* (pp. 329-334), Paris : Masson.
69. CHIDIAC, N., (2007). « Trauma et créativité : exemple de l'atelier d'écriture » in L. CROCQ (dir.), *Traumatismes psychiques, Prise en charge psychologique des victimes* (pp. 169-179), Paris : Elsevier Masson.
70. COQ, J.-M., (2007a). « Intervention psychologique immédiate » in L. CROCQ (dir.), *Traumatismes psychiques, Prise en charge psychologique des victimes* (pp. 93-100), Paris : Elsevier Masson.
71. COQ, J.-M., (2007b). « Intervention immédiate auprès de familles et de témoins d'un accident mortel » in L. CROCQ (dir.), *Traumatismes psychiques, Prise en charge psychologique des victimes* (pp. 223-226), Paris : Elsevier Masson.
72. COQ, J.-M., (2007c), « Accueil en post-immédiat : Sonia, enfant survivant du tsunami » in L. CROCQ (dir.), *Traumatismes psychiques, Prise en charge psychologique des victimes* (pp 227-230), Paris : Elsevier Masson.
73. CROCQ, L. (2001a). « Introduction : Le traumatisme psychique dans la pensée psychiatrique francophone », in M. De CLERCQ et F. LEBIGOT (dir.), *Les traumatisme psychiques* (pp. 1-9). Paris : Masson.
74. CROCQ, L., (2001b). « Perspective historique sur le trauma », in M. DE CLERCQ et F. LEBIGOT (dir.), *Les Traumatismes psychiques* (pp. 23-64), Paris : Masson.
75. CROCQ, L., (2007a). « Introduction, Violence, victime et société », in L. CROCQ (dir.), *Traumatismes psychiques, Prise en charge psychologique des victimes* (pp. IX-XII), Paris : Elsevier Masson.
76. CROCQ, L., (2007b). « Stress et trauma », in L. CROCQ (dir.), *Traumatismes psychiques, Prise en charge psychologique des victimes* (pp. 3-13), Paris : Elsevier Masson.
77. CROCQ, L., (2007c). « Clinique de la réaction immédiate », in L. CROCQ (dir.), *Traumatismes psychiques, Prise en charge psychologique des victimes* (pp. 15-26), Paris : Edition Masson.
78. CROCQ, L., (2007d). « Clinique de la période post-immédiate », in L. CROCQ (dir.), *Traumatismes psychiques, Prise en charge psychologique des victimes* (pp. 27-34), Paris : Elsevier Masson.

79. CROCQ, L., (2007e). « Clinique du syndrome psychotraumatique chronique. Névrose traumatique, états de stress post-traumatique et autres séquelles », in L. CROCQ (dir.), *Traumatismes psychiques, Prise en charge psychologique des victimes* (pp. 35-49), Paris : Elsevier Masson.
80. CROCQ, L., (2007f). « Soins médico-psychologiques ou simple soutien psychosocial. Distinction entre ces deux types d'intervention », in L. CROCQ (dir.), *Traumatismes psychiques, Prise en charge psychologique des victimes* (pp. 101-107), Paris : Elsevier Masson.
81. CROCQ, L., CREMNITER, D., DEMESSE, D. et VITRY, M., (2007). « Principes de la prise en charge psychologique des sujets traumatisés », in L. CROCQ (dir.), *Traumatismes psychiques, Prise en charge psychologique des victimes* (pp. 101-107), Paris : Elsevier Masson.
82. CUSSON, M., (1992). « Déviance », in R. BOUDON (dir.), *Traité de Sociologie* (pp. 389-422), Paris : PUF.
83. DALIGAND, L., (2001). « La victime, la thérapie et la loi », in M. DE CLERCQ et F. LEBIGOT (dir.), *Les Traumatismes psychiques* (pp. 335-341), Paris : Masson.
84. DALIGAND, L., (2007). « Clinique et implications symboliques de la femme victime de viol », in L. CROCQ (dir.), *Traumatismes psychiques, Prise en charge psychologique des victimes* (pp. 63-71), Paris : Elsevier Masson.
85. DE CLERCQ, M. (2001a). « Catastrophes macrosociales et catastrophes microsociales », in M. DE CLERCQ et F. LEBIGOT (dir.), *Les Traumatismes psychiques* (pp. 79-90), Paris : Masson.
86. DE CLERCQ, M., (2001b). « Les victimes », in M. DE CLERCQ et F. LEBIGOT (dir.), *Les Traumatismes psychiques* (pp. 85-90), Paris : Masson.
87. DE CLERCQ, M., (2001c). « Répercussions psychiatriques et psychosociales à long terme », in M. DE CLERCQ et F. LEBIGOT (dir.), *Les Traumatismes psychiques* (pp. 103-135), Paris : Masson.
88. DE CLERCQ, M. et DUBOIS, V., (2001). « Le traumatisme psychique », in M. DE CLERCQ et F. LEBIGOT (dir.), *Les Traumatismes psychiques* (pp. 13-22), Paris : Masson.
89. DE CLERCQ, M. et VERMEIREN, E., (2001). « Prise en charge des traumatisés psychiques dans les services d'urgence », in M. DE CLERCQ et F. LEBIGOT (dir.), *Les Traumatismes psychiques* (pp. 217-224), Paris : Masson.

90. DE SOIR, E., (2001). « Intervenants des services de secours lors de situations d'exception : les bases de la traumatisation indirecte », in M. DE CLERCQ et F. LEBIGOT (dir.), *Les Traumatismes psychiques* (pp. 117-135), Paris : Masson.
91. DUCHET, C., (2007). « Intervention psychothérapeutique post-immédiate », in L. CROCQ (dir.), *Traumatismes psychiques, Prise en charge psychologique des victimes* (pp. 123-131), Paris : Elsevier Masson.
92. GANDELET, J.-P., (2007a). « Du jeu traumatique au jeu thérapeutique chez l'enfant traumatisé », in L. CROCQ (dir.), *Traumatismes psychiques, Prise en charge psychologique des victimes* (pp. 181-191), Paris : Elsevier Masson.
93. GANDELET, J.-P., (2007b). « Lucy : de l'utilisation de la boîte de jeu lors de l'accueil d'une enfant traumatisée par la guerre », in L. CROCQ (dir.), *Traumatismes psychiques, Prise en charge psychologique des victimes* (pp. 287-294), Paris : Elsevier Masson.
94. GUEDENEY, A., (1998). « Les déterminants précoces de la résilience », in B. CYRULNIK (dir.), *Ces enfants qui tiennent le coup* (pp. 19-26), Revigny Sur Orvain: Hommes et perspectives.
95. HARIKI, S., (2007). « Le dessin dans la thérapie de l'enfant traumatisé », in L. CROCQ (dir.), *Traumatismes psychiques, Prise en charge psychologique des victimes* (pp. 193-205), Paris : Elsevier Masson.
96. HAYNAL, A., (1998). « Les orphelins savent rebondir », in B. CYRULNIK (dir.), *Ces enfants qui tiennent le coup* (pp. 45-59), Revigny Sur Orvain: Hommes et perspectives.
97. ISMAIL, D., (1997). « De la pensée interrompue à la sollicitude tempérée création d'un centre de soins psychologiques pour l'enfant et la famille – été 1994 », in M. SASSOLAS (dir.), *Les soins psychiques confrontés aux ruptures du lien social* (pp. 159-175), Ramonville-Sainte-Agne : Erès.
98. JEHEL, L. et VERMEIREN, E., (2001). « Evaluation psychométrique des troubles post-traumatiques », in M. DE CLERCQ et F. LEBIGOT (dir.), *Les Traumatismes psychiques* (pp. 351-369), Paris : Masson.
99. LEBIGOT, F., (2001a). « Répercussions psychiatriques et psychologiques immédiates », in M. DE CLERCQ et F. LEBIGOT (dir.), *Les Traumatismes psychiques* (pp. 93-102), Paris : Masson.

100. LEBIGOT, F., (2001**b**). « Prises en charge psychothérapeutiques psychodynamiques », in M. DE CLERCQ et F. LEBIGOT (dir.), *Les Traumatismes psychiques* (pp 245-252), Paris : Masson.
101. LEBIGOT, F., DAMIANI, C. et MATHIEU, B., (2001). « Débriefing psychologique des victimes », in M. DE CLERCQ et F. LEBIGOT (dir.), *Les Traumatismes psychiques* (pp. 163-200), Paris : Masson.
102. LEBIGOT, F. et PRIETO, N., (2001). « Importance des interventions psychiatriques précoces », in M. DE CLERCQ et F. LEBIGOT (dir.), *Les Traumatismes psychiques* (pp. 151-161), Paris : Masson.
103. LEMAY, M., (1998). « Résister : rôle des déterminants affectifs et familiaux », in B. CYRULNIK (dir.), *Ces enfants qui tiennent le coup* (pp. 27-44), Revigny Sur Orvain: Hommes et perspectives.
104. LEMAY, M., (1999). « Réflexions sur la résilience », in M.-F. POILPOT (dir.), *Souffrir mais se construire* (pp. 83-105), Toulouse : Erès.
105. LOUVILLE, P., (2001). « Mise en place du réseau de l'urgence médico-psychologique en France », in M. DE CLERCQ et F. LEBIGOT (dir.), *Les Traumatismes psychiques* (pp.201-216), Paris : Masson.
106. MANCIAUX, M., (1998). « La résilience : mythe ou réalité », in B. CYRULNIK (dir.), *Ces enfants qui tiennent le coup* (pp. 109-120), Revigny Sur Orvain : Hommes et perspectives.
107. MAQUEDA, F., (1997). « De la pensée interrompue à la sollicitude tempérée », in M. SASSOLAS (dir.), *Les soins psychiques confrontés aux ruptures du lien social* (p. 185-203), Ramonville-Sainte-Agne : Erès.
108. NOIROT, M.-N., ROBIN, M. et MAURIAC, F., (2001). « Prise en charge psychotraumatique et approche systémique », in M. DE CLERCQ et F. LEBIGOT (dir.), *Les Traumatismes psychiques* (pp. 267-279), Paris : Masson.
109. PRIETO, N., (2001). « Epidémiologie du traumatisme psychique », in M. DE CLERCQ et F. LEBIGOT (dir.), *Les Traumatismes psychiques* (pp. 65-77), Paris : Masson.
110. QUEIROS, J.-M., (1996). « Exclusion, identité et désaffection », in S. PAUGAM (dir.), *L'exclusion. L'état des savoirs* (pp. 295-310), Paris : La Découverte.

- ¹¹¹. SMAGA, D., (2001). « L'hypnose dans le traitement des états de stress aigu et dans les états de stress post-traumatique », in M. DE CLERCQ et F. LEBIGOT (dir.), *Les Traumatismes psychiques* (pp. 281-286), Paris : Masson.
- ¹¹². TOUSSIGNANT, M., (1998). « Ecologie sociale de la résilience », in B. CYRULNIK (dir.), *Ces enfants qui tiennent le coup* (pp. 61-72), Revigny Sur Ornain : Hommes et perspectives.
- ¹¹³. VEDRINNE, J., (2001). « L'expert et le travail de l'expertise », in M. DE CLERCQ et F. LEBIGOT (dir.), *Les Traumatismes psychiques* (pp.343-350), Paris : Masson.
- ¹¹⁴. VILAMOT, B., (2007). « Clinique du trauma chez l'enfant et l'adolescent », in L. CROCQ (dir.), *Traumatismes psychiques, Prise en charge psychologique des victimes* (pp. 51-61), Paris : Elsevier Masson.
- ¹¹⁵. VILLERBU, L.M. et PIGNOL, P., (2007). « Approche sérielle en victimologie familiale : une conversion nécessaire dans l'analyse des situations de maltraitance et dans le travail psychosocial », in L. CROCQ (dir.), *Traumatismes psychiques, Prise en charge psychologique des victimes* (pp. 259-268), Paris : Elsevier Masson.
- ¹¹⁶. VITRY, M., (2007). « Suivi psychothérapique en différé-chronique », in L. CROCQ (dir.), *Traumatismes psychiques, Prise en charge psychologique des victimes* (pp. 249-257), Paris : Elsevier Masson.

III. ARTICLES DE REVUES

- ¹¹⁷. AKATCHERIAN, C. *et al.*, (2004). Les enfants de la guerre. Discussion, *Bulletin de l'Académie nationale de médecine*, Vol.188, N°6, pp. 975-983.
- ¹¹⁸. ANYINEKA, K., (2006). Les enfants de la guerre : adolescence et violence postcoloniale chez Badjoko, Dongala, Kourouma et Monémémbo, *Présence francophone*, Vol. 66, pp. 81-110.
- ¹¹⁹. ARROYO, W. et EITH, S., (1984). Children traumatized by Central American warfare, *American Psychiatric Press*, pp. 101-121.
- ¹²⁰. BAILLY, L., (1992). Séquelles psychiques des psychotraumatismes chez l'enfant, *Psychologie Médicale*, Vol. 24, N°5, pp. 453-454.
- ¹²¹. BAILLY, L., (1996), Les séquelles d'un traumatisme à l'échelle d'une population : l'exemple du Kurdistan irakien, *Jar. Eur. Urg.*, Vol. 9, pp. 161-164.

122. BAILLY, L., (1999). Psychotraumatisme de l'enfant : avancées cliniques et théoriques, *Nervure*, Vol. 12, N°6, pp. 20-25.
123. BARROIS, C., (1993), Deux textes prophétiques d'Adam Cygieltrejch parus dans les Annales Médico-Psychologiques de 1912 sur les troubles psychiques de guerre durant la guerre russo-japonaise de 1904-1905, *Annales Médico-Psychologiques*, Vol. 151, N°3, pp. 276-280.
124. BELLAMY, C., (2002), Les enfants sont les premières victimes de la guerre, *L'Observateur de l'OCDE : (Print.)*, N°231-232, pp. 30-31.
125. BENICOURT, E., (2001). La pauvreté selon le PNUD et la Banque mondiale, *Études rurales*, 159-160, pp. 35-54.
126. BERTRAND, M. et al., (2002). Traumas psychiques. Quelles spécificités en situations extrêmes ?, *Le Journal des Psychologues*, N°194, pp19-48.
127. BIRMES, P. et al., (2000a). Temps de latence et trouble de stress posttraumatique : à propos d'une observation clinique, *La Revue Québécoise de Psychologie*, Vol. 23, N°3, pp. 185-196.
128. BIRMES, P. et al., (2000b). Traumatismes, stress traumatique et dépression dans les suites de catastrophes aériennes, *La Revue Canadienne de Psychiatrie*, N° 45, pp. 932-934.
129. BIRMES, P., SZTULMAN, H. et SCHMITT, L., (2002). Dissociation péritraumatique et état de stress post-traumatique : étude prospective de 6 mois, *La Revue Francophone du Stress et du Trauma*, Vol. 2, N°1, pp. 45-52.
130. BISSOUMA, A-C, ANOUMATAKY, M.A.P.N, DELAFOSSE, R.C.J (2012). Les traumatismes psychiques, une réalité en Côte d'Ivoire. *Débats- courrier de l'Afrique de l'Ouest*, CERAP, n°94, pp. 15-20
131. BLANCHARD, T., (2008). Les inondations de 1733 et 1740 à Grenoble : l'évolution de la résilience dans l'après catastrophe, *Environnement Urbain*, N°2, pp 73-89
132. BLE, G. R., (2007). Média d'opinions et crise ivoirienne, *Sciences Sociales et Humaines*, Revue du CAMES, Nouvelle Série B, Vol. 8, N°1, pp. 247-256.
133. BLEICH, A., (1992). Military psychiatry in Israël: historical review and guiding principles, *Isr Psychiatry Rela. Csi*. Vol. 29, N°2, pp. 203-317.
134. BOURGUINON, O., (2000). Facteurs psychologiques contribuant à la capacité d'affronter des traumatismes chez l'enfant, *Devenir*, N°12, pp. 77-92.

135. BRILLON, P., MARCHAND, A. et STEPHENSON, R., (1996). Modèles comportementaux et cognitifs du trouble de stress post-traumatique, *Santé mentale au Québec*, Vol. 21, N° 1, pp. 129-144.
136. CANDILIS-HUISMAN, D., (2008). Les enfants de la guerre, d'un droit qui n'est pas un. Réflexions à partir d'une mission au Sud Soudan, *Topiques. Revue freudienne*, N°102, pp. 153-162.
137. CONTE, B., (2005). La responsabilité du FMI et de la Banque Mondiale dans le conflit en Côte d'Ivoire, *Etudes Internationales*, vol. 36, n°2, pp. 219-229.
138. CORDAHI, C., KARAM, E.G., NEHME, G., FAYYAD, J., MELHEM, N., RASHIDI, N., (2002). Les orphelins de la guerre – expérience libanaise et méthodologie d'un suivi prospectif, *Revue Francophone du Stress et du Trauma*, 2 (4), pp. 227-235.
139. COUSINEAU, M-M., FOURNIER, M. et HAMEL, S., (2004). La victimisation : un aspect marquant de l'expérience des jeunes filles dans les gangs, *Criminologie*, Vol. 37, N°1, pp. 149-166.
140. CROCQ, L., (1992a). Panorama des séquelles des traumatismes psychiques. Névroses traumatiques, états de stress post-traumatiques et autres séquelles, *Psychologie Médicale*, N°24, 5, pp. 427-432.
141. CROCQ, L., (1992b). Le Syndrome de répétition dans les névroses traumatiques. Ses variations cliniques, sa signification, *Perspectives Psychiatriques*, N°32, II, pp. 59-65.
142. CROCQ, L., (1998). Panorama général des séquelles psychiques de guerre chez l'adulte et chez l'enfant, *Annales de Psychologie et des Sciences de l'Education*, Université Saint-Joseph : Beyrouth, Vol.14, pp. 1-40.
143. CROCQ, L. *et al.*, (2005). Se reconstruire après le séisme : le test des trois dessins "avant", "pendant" et "avenir", *Journal des Professionnel de l'Enfance*, N°5, pp. 17-23.
144. CYRULNIK, B., (2000). La résilience, *Pratiques psychologiques*, N°1, pp. 3-4.
145. CYRULNIK, B., (2001). Il ne faut jamais réduire une personne à son trauma, Entretien réalisé par Anne Rapin avec le neuropsychiatre Boris CYRULNIK, *Sciences Humaines*, N°45, p. 12.
146. DAB, W., ABENHAIM, L. et SALMI, L. R., (1991). Epidémiologie du syndrome de stress post-traumatique chez les victimes d'attentat et politique d'indemnisation, *Santé Publique*, 3^{ème} Année, N° 6, pp. 36- 42.

147. DAPIC, R. *et al.*, (2002), Polytraumatismes de guerre chez les enfants de Dobrinja, *Champ psychosomatique*, N°28, pp 23-36
148. DE CLERCQ, M., (1995), Les répercussions des syndromes de stress post-traumatiques sur les familles, *Thérapies Familiales*, N°16, pp. 185-193.
149. DE CLERCQ, M., (1999). Les répercussions psychiatriques et psychosociales des catastrophes et trauma graves, *Méd. Catastr. Urg. Collect.*, N°2, 3/4, pp. 185-193.
150. DELAGE, M., (2001a). Répercussions familiales du traumatisme psychique, *Revue Francophone du Stress et du Trauma*, N°1, 4, pp. 203-212.
151. DELAGE, M., (2001b). La résilience : approche d'un nouveau concept, *Revue Francophone du Stress et du Trauma*, Tome 1, N°2, pp. 109-116.
152. DE MONTLEAU, F. *et al.*, (2000). De la guerre du Vietnam au conflit de l'ex-Yougoslavie, le point sur l'épidémiologie des troubles psychiques de guerre, *Annales de Psychiatrie*, Vol.15, N°1, pp. 4-15.
153. DE TYCHEY, C., (2001). Surmonter l'adversité : fondements dynamiques de la résilience, *Cahier de psychologie clinique*, Vol.16, N°1, pp. 49-68.
154. DETRAUX, J.-J., (2002). De la résilience à la bienveillance de l'enfant handicapé et de sa famille, *Pratiques psychologiques*, Vol.1, pp. 29-40.
155. DJALILI, M.-R., (1991), Analyse des conflits du Tiers Monde : éléments d'une typologie, *Revue Internationale des Sciences Sociales (RISS)*, N°127, pp. 171-179.
156. FORTIN, L. et BIRGAS, M., (2000). « La résilience des enfants : facteurs de risque, de protection et modèles théoriques : Bien-être subjectif et facteurs de protection », *Pratiques Psychologiques*, n°1, pp. 49-63.
157. GANNAGE, M., (1997). L'enfant et la guerre : quelle protection ?, *Psychologie Française*, Vol. 42, N°3, pp. 237-242.
158. GRAPPE, M., (1997). Troubles psychiques post-traumatiques chez les enfants victimes de guerre : séquelles simples et formes cliniques graves, *Rev.Franç. Psychiatr. Psychol. Méd.*, N°10, pp. 38-43.
159. GRAPPE, M., (2001). Adolescents et préadolescents exposés à la guerre : les conséquences psychosociales : résilience, hypermaturité, et souffrance psychotraumatique, *Adolescence*, Vol. 19, N°2, pp. 705-720.
160. IONESCU, S., RUTEMBESA, E. et BOUCON, V., (2010). La résilience : perspective culturelle, *Bulletin de psychologie*, Tome 63 (6), N°510, pp. 463-468.

- ¹⁶¹. JOSSE, E., (2010). "They came with two guns": the consequences of sexual violence for the mental health of women in armed conflicts, *International Review of the Red Cross*, Vol. 92, N° 877, pp. 177-195.
- ¹⁶². JOURDAN-IONESCU, C., (2010). L'humour comme facteur de résilience pour les enfants à risque et leur famille, *Bulletin de psychologie*, Tome 63 (6), N°510, pp. 449-456.
- ¹⁶³. KING, D. et al. (1999). Posttraumatic stress disorder in a national sample of female and male Vietnam veterans: risk factors, war-zone stressors, and resilience-recovery variables, *Journal of abnormal Psychology*, 108, pp. 164-170.
- ¹⁶⁴. KONAN, Y.E. et al. (2007). Evaluation de l'état nutritionnel des enfants de 6 à 59 mois, déplacés des zones de guerre à Yamoussoukro : Côte d'Ivoire, *Méd. Afr. Noire*, Vol. 54, N°12, pp. 625-630.
- ¹⁶⁵. KORFF-SAUSSE, S., (2002). Les processus psychiques de la résilience, *Pratiques Psychologiques : (Le Bouscat)*, Vol.1, pp. 53-63.
- ¹⁶⁶. KOUDOU, K.R., (2000). De l'exclusion sociale à la marginalité dissociale, *Repères*, N°2, pp. 5-23.
- ¹⁶⁷. KOUDOU, K.R., (2005). Délinquance juvénile, conflit de culture et quête d'identité, *Revue Africaine de Criminologie*, N°2, pp. 8-19.
- ¹⁶⁸. KOUDOU, O., (1997). Stigmatisations verbales parentales et représentation de soi chez l'adolescent délinquant en Côte d'Ivoire, *La lettre du Groupe de Recherche et d'Action pour l'Enfance*, N°29, pp. 35-43.
- ¹⁶⁹. KOUDOU, O., (2005). Gestion des situations familiales, dysfonctionnement des relations fraternelles et marginalité sociale de l'enfant en Côte d'Ivoire, *Revue Africaine de Criminologie*, N°2, pp. 85-107.
- ¹⁷⁰. KOUDOU, O., (2008). Traumatisme psychique post-événementiel lié à l'attaque du registre symbolique (inceste) et déclenchement de comportements troublants chez l'adolescent, *Revue Ivoirienne des Lettres, Arts et Sciences Humaines*, N°11, pp.23-31.
- ¹⁷¹. LACHAL, C., (1997). Les cadets de l'Intifada : du traumatisme à la catastrophe, *Le journal des Psychologues*, N°149, pp. 46-48.
- ¹⁷². LACHAL, C., (1997). Des adolescents en guerre, *L'autre, Cliniques, Culture et Société*, Vol. 2, N°1, pp. 67-85.

173. LEBIGOT, F., (2004). Le Traumatisme psychique, *Revue Francophone du Stress et du Trauma*, N°4, 1, pp. 5-12.
174. LEBOSSE, Y. et LAVALEE, M., (1993). Empowerment et psychologie communautaire, *Les Cahiers internationaux de psychologie sociale*, N°18, pp. 7-19.
175. LECOMTE, J., (2002). Qu'est-ce que la résilience ?, *Sciences humaines*, N°99, pp. 12-17.
176. LECOMTE, J., (2005). La résilience. Résister aux traumatismes, *Pratiques psychologiques*, Vol.1, pp. 7-14.
177. MANCIAUX, M., (1996). La résilience : mythe ou réalité ?, *Maltraitance psychologique*, pp. 99-119.
178. MOLLICA, R. *et al.*, (1997). Effects of war trauma on Cambodian refugee adolescents functional health and mental health status, *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, N°36, pp. 1098-1106.
179. MORO, M.-R., LACHAL, C. et BAUBET, T. (2001). Traumas extrêmes et adolescence : notes cliniques et thérapeutiques, *Adolescence*, Vol. 19, N°2, pp. 469-477.
180. NANDRINO, J.-L. et DOBA, K. (2001). La représentation de l'organisation familiale chez les patients schizophrènes institutionnalisés. Etude comparative du dessin de famille, *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*, Vol.1, N° 26, pp. 125-141.
181. PREISS, M. et NEWMAN, M., (1995). War stress in children from Bosnia, *Ceskoslovenska Psychologie*, Vol. 39, N°6, pp. 534-541.
182. QOUTA, S., PUNAMAKI, R.I. et SARRAJ, E., (1995). The relations between traumatic experiences, activity, and cognitive and emotional response among Palestinian children, *International Journal of Psychology*, N°30, pp. 289-304.
183. REALMOTO, G., *et al.* (1992). Adolescent survivors of massive childhood trauma in Cambodia: life events and current symptoms, *Journal of Traumatic Stress*, Vol.5, N°4, pp. 589-600.
184. ROY, G. et SHERMAKE, M., (1997). Viols politiques et interventions en situations d'extrême souffrance, *Nouvelle pratiques sociales*, Vol.10, N°2, pp. 177-184.
185. SERNICLAES, O., (2004). Approches des processus d'évaluation des actions de support psychosocial des victimes de catastrophes, *JIDV.COM*, N°1, 3.

- ^{186.} SIRONI, F. et BLANCHE, R., (2002). La torture aux frontières de l'humain, *Revue Internationale des Sciences Sociales (RISS)*, N°174, pp. 592-600.
- ^{187.} SOUMARE, M., (2002). Initiatives locales et lutte contre la pauvreté en milieu urbain : l'exemple de Yeumbeul au Sénégal, *Revue Internationale des Sciences Sociales (RISS)*, N°172, pp. 287-293.
- ^{188.} SPACCARELLI, S. et KIM, S., (1995). Resilience criteria and factors associated with resilience in sexually abused girls», *Child abuse and neglect*, Vol.19, N°9, pp. 1177-1182.
- ^{189.} STEINITZ, A., et CROCQ, L., (1992). L'inventaire-échelle de névrose traumatique, *Psychologie Médicale*, N°24, 5, pp. 437-445.
- ^{190.} TERISSE, B. et LAROSE, F., (2001). Résilience : facteurs de risques et facteurs de protection dans l'environnement social et scolaire du jeune enfant, *Cahier du Centre de recherche sur les formes d'éducation et d'enseignement, Ecole/Famille : Quelle méditation*, XIV, pp. 129-172.
- ^{191.} TREMBLAY, C., HEBERT, M. et PICHE, C., (1999). Coping strategies and social support as mediators of consequences in child sexual abuse victims, *Child Abuse and Neglect*, Vol. 23, N°9, pp. 929-945.
- ^{192.} TRUDEL, M., PUENTES-NEUMAN, G. et NTEBUTSE, J.B. (2002). Les conceptions contemporaines de l'enfant à risque et valeur heuristique du construit de résilience en éducation, *Revue canadienne de l'éducation*, 27, 2 & 3, pp. 153-173.
- ^{193.} VAN PETEGHEN-ROUFFINEAU, I., (2006). Alice Walker ou l'écriture de la résilience, *Etudes littéraires*, Vol.38, N°1, pp. 25-36.
- ^{194.} VERMESCH, P., (1996). Pour une psychophénoménologie, *Expliciter*, N° 13, pp. 1-3.
- ^{195.} VEYSSIERE, A., (2010). Résilience de résistants français déportés en camps de concentration, *Bulletin de psychologie*, Tome 63 (6), N°510, pp. 405-408.
- ^{196.} WIDLÖCHER, D., (1990). Le cas du singulier, *Nouvelle Revue de Psychanalyse*, N°42, pp. 285-302.
- ^{197.} ZAJDE, N., (2006). Le traumatisme des enfants cachés en France pendant la Seconde Guerre mondiale, *Bulletin du centre de recherche français de Jérusalem*, N°17, pp. 160-174.

IV. ENCYCLOPEDIES ET DICTIONNAIRES

198. Encyclopédique libre « *WIKIPEDIA* », en ligne.
199. Encyclopédie de l'Agora, disponible sur <http://agora.qc.ca/mot.nsf/Dossiers/Resilience>
200. Encyclopédie *Universalis*, en ligne.
201. Dictionnaire encyclopédique électronique « Microsoft Encarta 2009. 1993-2008 Microsoft Corporation ».
202. Dictionnaire *Le Nouveau Petit Robert* (1995).
203. Dictionnaire *Le Petit Larousse illustré* (2000).

V. THESES ET MEMOIRES

Thèses

204. GUEU, D., (2006). *Le phénomène de la marginalité juvénile dans les grandes agglomérations africaines : le cas des enfants et adolescents mendiants d'Adjamé (Abidjan)*, Thèse de Doctorat, U.F.R. Criminologie, Université d'Abidjan-Cocody.
205. JOLLY, A., (2002). *Stress et Traumatisme : approche psychologique de l'expérience d'enseignants victimes de violence*, Thèse de Doctorat, U.F.R. de Lettres et Sciences-Humaines, Université de Reims Champagne Ardenne.
206. KOUDOU, O., (2002). *Le comportement délinquant de l'adolescent ivoirien : Développement, facteurs et prévention*, Thèse de Doctorat, Institut de Psychologie, Université Lumière Lyon 2.
207. THEIS, A., (2006). *Approche psychodynamique de la résilience, Etude comparée d'enfant ayant été victimes de maltraitance familiale et placés en famille d'accueil*, Thèse de Doctorat, Groupe de Recherche Clinique et Pathologique de la Santé (GREPSA), Laboratoire de psychologie cognitive et clinique (EA, n°3946), Université de Nancy 2, [en ligne, [http : //cyberdoc.univ-nancy2.fr/htdocs_ouvert/doc251/2006NAN21003_1.pdf](http://cyberdoc.univ-nancy2.fr/htdocs_ouvert/doc251/2006NAN21003_1.pdf), consulté le 19 avril 2008].

Mémoires

- ²⁰⁸. ANO, K.G.S., (2001). *Les actions de prévention de la délinquance chez les enfants victimes de guerre : cas des enfants réfugiés libériens*, Mémoire de Maîtrise, UFR Criminologie, Université Abidjan Cocody.
- ²⁰⁹. KOFFI, K.J., (2004). *Les enfants victimes de guerre*, Projet de Thèse (DEA), UFR Criminologie, Université Abidjan Cocody.
- ²¹⁰. LOUCIF, L., (2009). *La résilience chez les accidentés suite à l'accident de la route*, Mémoire de Magister, Faculté des sciences humaines et sociales, Département de Psychologie et des sciences de l'éducation et de l'orthophonie, Université Mentouri-Constantine (Algérie).
- ²¹¹. NSABIYEZE, S., (2005). *Culture et traumatismes psychiques : compréhension et prise en charge psychologique du PTSD*, Mémoire de Licence, Université nationale de Rwanda, Faculté d'éducation, Département de Psychologie Clinique. [Mémoire en ligne]

VI. INSTRUMENTS JURIDIQUES NATIONAUX ET INTERNATIONAUX

- ²¹². Code civil ivoirien
- ²¹³. Code Pénal ivoirien.
- ²¹⁴. Code pénal français.
- ²¹⁵. Code de Procédure Pénale ivoirien.
- ²¹⁶. Convention relative aux Droits de l'Enfant de 1989
- ²¹⁷. Convention n°138 du BIT de 1973.
- ²¹⁸. Convention n°182 de l'OIT de 1999.
- ²¹⁹. Conventions (4) de Genève.
- ²²⁰. Protocole facultatif sur l'implication d'enfants dans les conflits.
- ²²¹. Protocole additionnel (II) aux Conventions de Genève.
- ²²². Statut de Rome de la Cour Pénale Internationale (CPI) de 1998.

VII. AUTRES DOCUMENTS : (Rapports, Brochures, Actes de colloques, Bulletins, articles de journaux, etc.)

Actes de Colloques et Communications

223. ANOUMATACKY, A.P.N.M, BISSOUMA, A-C, AKA, B. R, TE BONLE, D.M, FOURMENT, M.C., KONE, D, DELAFOSSE, R.C.J. (2012). *Evaluation of Post-Traumatic stress disorders among the students after the battle of Abidjan*, 21-25 Juillet 2012 : Cerveau, Psyché et Développement, Communications par affiche au 20^{ème} Congrès international de l'IACAPAP. Paris (France)
224. BIH, E., ACKA-DOUABELE, A., (2006). *Impact de la guerre sur l'éducation des filles en Côte d'Ivoire*, Acte de Colloque international, Education, Violences et Perspectives de Paix en Afrique, ROCARE/FASAF, Yaoundé/Cameroun.
225. BISSOUMA, A.-C., ANOUMATACKY, A.P.N.M, ASSI-SEDJI, C., FOURMENT, M.C., (2012). *Santé mentale et guerre en Côte d'Ivoire : expérience de prise en charge psy dans une entreprise ivoirienne*, Communication orale au 3^{ème} congrès international de psychiatrie et sixièmes ateliers inter hospitaliers, Itinéraire du sujet souffrant : partage et articulation des pratiques, des savoirs et des cultures, organisé par la Société burkinabè de santé mentale (SOBUSAM) Bobo-Dioulasso/Burkina Faso.
226. LIBALI, B., et KOUANGA, C.P., (2006). *Impact des conflits armés sur la déscolarisation et le phénomène des enfants de/dans la rue en République du Congo*, Acte de Colloque international, Education, Violences et Perspectives de Paix en Afrique, ROCARE/FASAF, Yaoundé/Cameroun.
227. MICHALET, B., (2009). *La résilience, de la théorie à la pratique...*, Communication au IV^e Congrès mondial des infirmières et des infirmiers francophones, SIDIJET, Marrakech, Maroc.
228. VILLERBU, L.M., (2004). *Après et avant, quand la victime parle. Une clinique psychologique dans les embarras de la victimologie et l'apport de la psychocriminologie*, Communication à la Journée d'études, La Roche sur Yon, Institut Catholique d'Etudes Supérieures.
229. VOUCHE, J.-P., (2003). *La résilience*, Communication au CNFPT à Dijon.

Rapports et Brochures

- ²³⁰. AMNESTY INTERNATIONAL COTE D'IVOIRE (2007). *Côte d'Ivoire : Les femmes, victimes oubliées du conflit*, AFR 3/1/001/2007.
- ²³¹. AMNESTY INTERNATIONAL COTE D'IVOIRE (2007). *Côte d'Ivoire : Paroles de femmes et de jeunes filles, victimes oubliées du conflit*, AFR 3/1/002/2007.
- ²³². CICR, (2004). *Droit International Humanitaire, réponses aux questions*, 2^e Ed., Genève.
- ²³³. CICR, (2005). *Découvrez le CICR*, Genève.
- ²³⁴. GRAMIZZI, C. et DAMIAN, M. (2003). *La crise ivoirienne, de la tentative de coup d'Etat au gouvernement de réconciliation nationale*, Rapport du Groupe de Recherche et d'Information sur la Paix et la Sécurité (GRIP).
- ²³⁵. MINISTERE D'ETAT, MINISTERE DU PLAN ET DU DEVELOPPEMENT, (2008). *Document Stratégique de Réduction de la Pauvreté (DSRP)*.
- ²³⁶. MORALE, E., (2007). *Les approches basées sur la résilience : leur impact dans les programmes de prévention et les prises en charges thérapeutiques, en particulier dans le champ des abus sexuels subis dans l'enfance et de l'exploitation sexuelle d'enfants*, Dossier de synthèse documentaire rédigé par Enza MORALE, CNRS, INIST.
- ²³⁷. NLANDU, T., (2005). *Impact des conflits armés sur le déplacement et le recrutement des enfants en République Démocratique du Congo*, Rapport Général rendu pour Social Science Research Council, Kinshasa (RDC), sous la direction de Thierry NLANDU.
- ²³⁸. OMS (2005). « Côte d'Ivoire » Summary Country Profile for HIV AIDS. Treatment Scale-Up.
- ²³⁹. UFNPA (2006). CAP

Articles de Journaux

- ²⁴⁰. Décret du 10 janvier les règles et barèmes pour la classification et l'évaluation des troubles psychiques de guerre, *Journal Officiel de la République Française*, pp 621-624, 12 janvier 1992.
- ²⁴¹. Fraternité Matin du 20 septembre 2002.
- ²⁴². Jeune Afrique Intelligent, n° 2198, du 23 fév. au 1^{er} Mars 2003.

²⁴³. Le Courrier de l'UNESCO, novembre 2001, pp 1-5.

VII. REFERENCES ET MAGAZINES ELECTRONIQUES

- ²⁴⁴. AKTOUF, O., (1987). *Méthodologie des sciences sociales et approches qualitatives des organisations ; une introduction à la démarche classique et une critique*, tiré de <http://Classiques.Uqac.ca> / <http://bibliothèque.Uquebec.ca/index.html>., [en ligne, consultés en 2008].
- ²⁴⁵. BABO, A., (2008). Faillite de l'Etat et administration de l'espace public politique par les jeunes en Côte d'Ivoire, *CODESRIA*, Yaoundé/Cameroun, tiré de [en ligne, <http://www.codesria.org/IMG/pdf/BaboAlfred.pdf>. ,].
- ²⁴⁶. BELAROUCI, L., (2006). Silence, on viole , *Les Cahiers de Psychologie politique*, [en ligne, n°8, janvier 2006. URL : <http://Lobel.irevues.inist.fr/cahierspsychologiepolitique/index.php?id=1063>, consulté le 12/05/2009].
- ²⁴⁷. CROCQ, L., (sans date), *Histoire du trauma*, [en ligne, <http://www.info-trauma.org>, consulté le 14 février 2007].
- ²⁴⁸. GARNEAU, J., (2004). La résilience, reflet de notre époque, *La Lettre du Psy*, Vol. 8, N°9, [en ligne, <http://www.redpsy.com/infopsy/resilience.html>, consulté le 10 Mars 2006]
- ²⁴⁹. GARNEAU, J., (2005). Enseigner la résilience, *La Lettre du Psy*, Vol. 9, N°1, [en ligne, <http://www.redpsy.com/infopsy/resilience2.html>, consulté le 24 novembre 2006]
- ²⁵⁰. JOSSE, E., (2006a). *Le traumatisme dans les catastrophes humanitaires*, [en ligne, <http://www.psycho-solutions-be>, consulté le 14 février 2007].
- ²⁵¹. JOSSE, E., (2006b). *Victimes, une épopée conceptuelle*, [en ligne, <http://www.victimology.be>, consulté le 14 février 2007].
- ²⁵². JOSSE, E., (2006c). *Le stress, c'est quoi ?*, [en ligne, <http://www.resilience-psy.com>, consulté le 14 février 2007].
- ²⁵³. JOSSE, E., (2007a). *Le stress. Quelques repères notionnels*, [en ligne, <http://www.reilience.netfirms.com>, consulté le 09 juillet 2007].
- ²⁵⁴. JOSSE, E., (2007b). *Violences sexuelles et conflits armés en Afrique*, [en ligne, <http://www.psychologiehumanitaire.netfirms.com>, consulté le 09 juillet 2007].

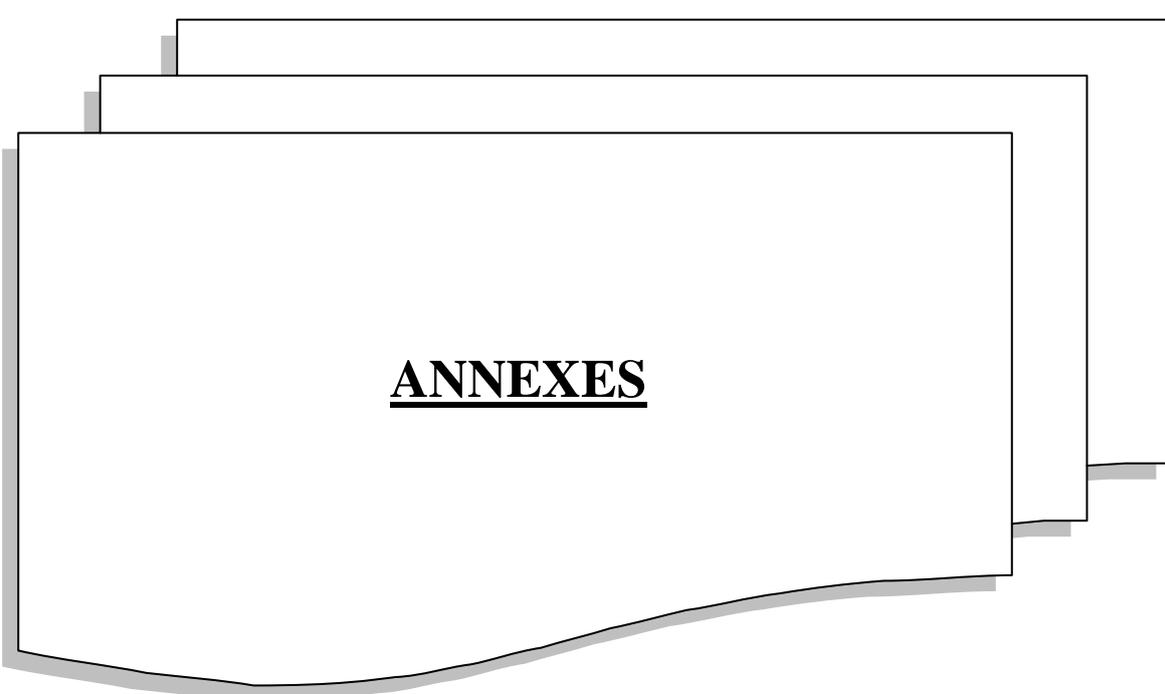
255. KATIA, P., (2001). *Les "enfants soldats", objet de discours et sujets oubliés*, [en ligne, [http:// www.iued. Unige.ch.](http://www.iued.unige.ch), Consulté en 22 mars 2007].
256. LECOMTE, J., (2006). La résilience après maltraitance, fruit d'une interaction entre l'individu et son environnement social, *Les Cahiers de Psychologie politique*, [en ligne, n°8, janvier 2006. URL : [http:// Lobel.irevues.inist.fr/cahierspsychologiepolitique/index.php ?id=1065](http://Lobel.irevues.inist.fr/cahierspsychologiepolitique/index.php?id=1065), consulté le 12/05/2009].
257. MAMBO, M.T. et BA, K.M., (2001). *L'impact de la guerre sur l'éducation des enfants au Congo (RDC) : le cas des enfants de la ville de Butembo*, [en ligne, <http://www.forcedmigration.org/psychosocial/papers/WiderPapers/uk/edu.congo>, consulté le 17 novembre 2006].
258. MARCHARD, A. et BOYER, R., (2003). *La prévention du trouble de stress post-traumatique chez les employés de dépanneurs victimes de viols à main armée*, [en ligne, [http:// www.irsst.qc.ca](http://www.irsst.qc.ca) , consulté en 2008].
259. MARCHARD, A. et al., (2011). *Facteurs prévisionnels du développement de l'état de stress post-traumatique à la suite d'un événement traumatique chez les policiers*, [en ligne, [http:// www.irsst.qc.ca](http://www.irsst.qc.ca) , consulté en 2013].
260. SIRONI, F., (1999). *Les systèmes d'influence et traumatismes*, Actes de colloque : « Les états du traumatisme », Nevers, 26-27 novembre 1999, [en ligne, <http://www.ethnopsychiatrie.net/actu/sironi.html>, consulté le 15 décembre 2009].
261. Synthèse de la conférence intitulée « crise ivoirienne : enfin la paix ? », organisée par le Centre d'Etudes Stratégiques pour la Promotion de la Paix et du Développement (CAPED), le 27 mai 2009 à Yaoundé au Cameroun, [en ligne, <http://www.irevues.net/fr/fiches/conférence-9html>, consulté le 11/10/2010].
262. UNICEF, (2007). *Situation des enfants dans le monde en 2007*, [en ligne, [http ://www.unicef.org/publications/files/TheStateoftheWorldsChildren2007Executive SummaryE.pdf](http://www.unicef.org/publications/files/TheStateoftheWorldsChildren2007ExecutiveSummaryE.pdf), consulté le 14 février 2007].
263. VANISTENDAEL, S., (2002), *La résilience, un regard qui fait vivre*, [en ligne, [http:// www.bice.org](http://www.bice.org) , consulté le 16 juin 2008].

VIII. WEBOGRAPHIE OU SITES INTERNET

Liste indicative et non exhaustive des sites visités

264. http://www.camh.net/fr/about_addiction_mental_health/mental_health_information/bipolar_disorder/bipolar_infoguidewhatis_fr.html
265. <http://www.francediplomatie.fr/labelfrance/France/IDEES/CYRULNIK/page.html>.
266. <http://www.psychologies.com/Moi/Problemes-psy/Troubles-Maladies-psy/Articles-et-Dossiers/Bordeline-des-cles-pour-comprendre>
267. <http://www.psychomedia.qc.ca/troubles-personnalite/2007-03-02/qu-est-ce-qu-un-trouble-de-la-personnalite>
268. <http://www.psychomedia.qc.ca/articles-psychologiques/trouble-de-la-personnalite-evitante>
269. <http://www.psychomedia.qc.ca/lexique/definition/qu-est-ce-qu-un-trouble-de-la-personnalite>
270. <http://www.psychomedia.qc.ca/troubles-personnalite/test-d-auto-evaluation-du-trouble-de-la-personnalite-narcissique>
271. <http://perso.wanadoo.fr/resscom/ACTU/semin-div/24-11-00-tousignant.html>
272. <http://www.psychomedia.qc.ca/personnalite/qu-est-ce-qu-un-trouble-de-la-personnalite-dependante>
273. <http://www.psychomedia.qc.ca/personnalite/qu-est-ce-qu-un-trouble-de-la-personnalite-histrionique>
274. <http://www.unicef.org/publications/files/TheStateoftheWorldsChildren2007ExecutiveSummarE.pdf>.
275. <http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/sante-mentale/pubs/risque/chap1-2f.htm>
276. <http://www.regroupement.net/diasporas/resilience/resilience.PPT>.
277. <http://www.psychomedia.qc.ca/lexique/definition/narcissique/>
278. http://www.unfpa.org/emergenciesdoescap2006_brochure.doc.
279. <http://www.aesm-ca.qc.ca/virage/dossiers/la-resilience.html>.
280. <http://www.douglas.qc.ca/info/trouble-personnalite-limite>
281. <http://www.webdlambert.com/dossier-resilience.html>
282. <http://fr.wikipedia.org/w/index.php?oldid=53421798>
283. <http://www.vulgaris-medical.com/texttr/resilien.html>
284. <http://www.agora.qc.ca/mot.nsf/dossiers/Resilience>.

285. [http:// www.reseauvolontaire.net/article15082.html](http://www.reseauvolontaire.net/article15082.html)
286. <http:// www.reseauvolontaire.net/article10080.html>
287. <http://www.redpsy.com/infopsy/resilience.html>.
288. <http://www.hruge.ch/dmc/125/resilience.html>
289. <http://www.child-soldiers.org /psycho-social />.
290. <http://www.bice.org>
291. <http://www.cicr.org>.



ANNEXES

ANNEXES A : GUIDES D'ENTRETIEN DE RECHERCHE

ANNEXE A1 : GUIDE D'ENTRETIEN DE RECHERCHE AVEC LES PERSONNES
RESSOURCES.

ANNEXE A2 : GUIDE D'ENTRETIEN DE RECHERCHE AVEC L'ENTOURAGE.

ANNEXE A3 : GUIDE D'ENTRETIEN DE RECHERCHE AVEC LA POPULATION
CIBLE.

ANNEXE B: GRILLE D'OBSERVATION DES ADOLESCENTS

**ANNEXES C: EXPLICATION DES DIFFERENTES ETAPES DANS LA
PRESENTATION DES RESULTATS DU TEST DE 16 PF**

ANNEXES D: TABLE DES CARTES

ANNEXE D1 : CARTE DU TERRITOIRE DE LA COTE D'IVOIRE AVANT
L'ATTAQUE ARMEE DU 19 SEPTEMBRE2002

ANNEXE D2 : CARTE DU TERRITOIRE DE LA COTE D'IVOIRE APRES L'ATTAQUE
ARMEE DU 19 SEPTEMBRE 2002, MONTRANT LA PARTITION DU
PAYS EN DEUX (2)

ANNEXE A1 : GUIDE D'ENTRETIEN DE RECHERCHE AVEC LES PERSONNES RESSOURCES

I/ INTRODUCTION

Dans le cadre des travaux de recherche visant l'obtention du titre de docteur en Criminologie, nous conduisons une étude sur la guerre, principalement sur les conséquences que les faits de guerre peuvent induire sur les plans psychologique et social chez les enfants. Notre étude, intitulée « *Impact psycho-social du conflit armé du 19 septembre 2002 sur des adolescents en Côte d'Ivoire* », poursuit l'objectif général suivant :

- Expliquer les conséquences du conflit armé ivoirien du 19 septembre 2002 sur des adolescents, à travers une description des diverses réactions post-traumatiques présentées par ces derniers.

Pour mener à bien ce travail, nous sollicitons votre contribution à cette recherche en nous fournissant toutes les informations utiles pour nous aider dans votre démarche et faire avancer la science. Nous vous garantissons l'anonymat et vous assurons que toutes les informations recueillies ne seront utilisées qu'à des fins strictement scientifiques.

II/ IDENTIFICATION

- 1) Diplôme et formation :
- 2) Expérience dans la pratique :
- 3) Institution :

III/THEMES

Thème 1 : Enfants présentant des problèmes psychopathologique : fréquence et symptomatologie dominante dans votre pratique.

Thème 2 : Répercussions sur le plan social.

Thème 3 : Devenir psychosocial des sujets traumatisés.

Thème 4 : Orientations de la prise en charge pour les cas dépistés.

ANNEXE A2 : GUIDE D'ENTRETIEN DE RECHERCHE AVEC L'ENTOURAGE

I/ INTRODUCTION

Dans le cadre des travaux de recherche visant l'obtention du titre de docteur en Criminologie, nous conduisons une étude sur la guerre, principalement sur les conséquences que les faits de guerre peuvent induire sur les plans psychologique et social chez les enfants. Notre étude, intitulée « *Impact psycho-social du conflit armé du 19 septembre 2002 sur des adolescents en Côte d'Ivoire* », poursuit l'objectif général suivant :

- Expliquer les conséquences du conflit armé ivoirien du 19 septembre 2002 sur des adolescents, à travers une description des diverses réactions post-traumatiques présentées par ces derniers.

Pour mener à bien ce travail, nous sollicitons votre contribution à cette recherche en nous fournissant toutes les informations utiles pour nous aider dans votre démarche et faire avancer la science. Nous vous garantissons l'anonymat et vous assurons que toutes les informations recueillies ne seront utilisées qu'à des fins strictement scientifiques.

II/ IDENTIFICATION

- 1) Fonction :
- 2) Filiation ou lien quelconque avec le sujet :

III/ THEMES

Thème 1 : Evénements de guerre traversés par le sujet

Thème 2 : Changements remarquables et enregistrés chez le sujet sur les plans psychologique et comportemental : description et relation avec la guerre.

Thème 3 : Conséquences de la guerre au plan social (qualité de vie, relations aux autres)

ANNEXE A3 : GUIDE D'ENTRETIEN DE RECHERCHE AVEC LA POPULATION CIBLE

I/ INTRODUCTION

Dans le cadre des travaux de recherche visant l'obtention du titre de docteur en Criminologie, je conduis une étude sur la guerre, principalement sur les conséquences que les faits de guerre peuvent induire sur les plans psychologique et social chez les enfants. Mon étude, intitulée « *Impact psycho-social du conflit armé du 19 septembre 2002 sur des adolescents en Côte d'Ivoire* », poursuit l'objectif général suivant :

- Expliquer les conséquences du conflit armé ivoirien du 19 septembre 2002 sur des adolescents, à travers une description des diverses réactions post-traumatiques présentées par ces derniers.

Pour mener à bien ce travail, je sollicite ta contribution à cette recherche en me fournissant toutes les informations utiles pour m'aider dans ma démarche et faire avancer la science. Jete garantis l'anonymat et t'assure que toutes les informations recueillies ne seront utilisées qu'à des fins strictement scientifiques.

II/ IDENTIFICATION

- 1) Sexe :
- 2) Age :
- 3) Nombre de personnes dans la famille :
- 4) Lieu d'habitation :
- 5) Fonction avant la guerre :
- 6) Fonction après la guerre :

III/ THEMES

Thème 1 : Histoire traumatique

Thème 2 : Signes et Symptômes dominants : sphère affective, émotionnelle et relationnelle (familiale et intrafamiliale) comparativement à la veille de l'exposition aux événements.

Thème 3 : Difficultés au plan social, relationnelles

Thème 4 : Soutien social reçu (entourage humain)

Thème 5 : Sens de la vie actuelle, les projets de vie, les ressources matérielles, relationnelles et financières, ainsi que les attentes de la société (Etat, communauté, famille, institution).

ANNEXE B: GRILLE D'OBSERVATION DES ADOLESCENTS

1. Présentation physique

1.1. Morphologie et aspects physiques

.....
.....
.....

1.2. Tenues vestimentaires

.....
.....

2. Réactions

1.1. Réactions au premier contact

.....
.....
.....

1.2. Réactions pendant l'entretien

.....
.....
.....
.....
.....

3. Interaction sociale

(Echange verbal et/ou physique entre le sujet et d'autres personnes dans lequel il démontre une conscience de la présence aux autres).

3.1. Actes prosociaux (empathie) : Expression ouverte d'un souci pour les autres, telle que aider, partager, taquiner.....

.....
.....

3.2. Agressions : Tentative verbale et/ou physique de faire mal, de porter atteinte à autrui

.....
.....
.....

3.3. Solitude : se retirer dans un coin, ne faire aucun effort pour se rapprocher ou parler aux autres.....

.....
.....

ANNEXES C : EXPLICATION DES DIFFERENTES ETAPES DE LA PRESENTATION DES RESULTATS DU TEST DE 16 PF

Le test de 16 PF de Raymond Bernard Cattell, en sa quatrième édition, est un test de personnalité en seize (16) échelles primaires. Le système hiérarchique de Cattell comporte quinze (15) dimensions (traits, facettes) primaires de personnalité et une échelle de raisonnement. Ce sont les facteurs de premier ordre. Ces dimensions de premier ordre ne sont pas indépendantes. Des regroupements selon des combinaisons constituent les quatre (4) facteurs globaux : Extraversion, Anxiété, Dynamisme et Indépendance.

Les aspects que nous avons donné à la présentation des résultats du test de 16 PF dans le corps de notre travail trouvent leurs explications ici et se résument en trois points qui sont les suivants :

❖ Interprétation des mesures des facteurs primaires

Les scores des facteurs primaires proviennent des réponses que les sujets ont données aux 187 items formulés à leur intention. Chaque réponse est affectée d'un coefficient qui est crédité ou débité à une tendance particulière. On obtient une note brute pour chacune des seize (16) dimensions primaires en sommant les scores de leurs items respectifs. Par la suite, les notes brutes sont transformées en notes standards ou encore Stens (Standardized ten). C'est ce qui est dénommé correction de test. En définitive, les notes standards obtenues aux seize (16) facteurs de premier ordre sont représentées sous la forme d'un graphique qui rend compte des patterns de personnalité.

Par ailleurs, chaque facteur primaire se présente comme un continuum bipolaire, les deux (2) titres et les deux (2) nomenclatures de comportements disposés de part et d'autre du graphique, décrivent ainsi les pôles opposés extrêmes. Dans cette logique, une note élevée au test, à une dimension, correspond toujours au pôle indiqué, à droite, et un score bas ou faible est sans exception en rapport de conformité avec le pôle de la gauche. Nous entendons par score bas ou faible, les notes incluent dans l'intervalle [0-3], et les notes élevées, celles qui se situent dans l'intervalle [7-10]. Cependant, en clinique, il faut se garder de croire qu'une note élevée, figurant dans le pôle extrême droit, traduit psychologiquement un « comportement positif » et qu'une note basse ou faible, se trouvant dans le pôle opposé rend compte de l'inverse. L'un comme l'autre des pôles peut être « bon » ou « mauvais ».

Dans l'interprétation que nous faisons des notes obtenues aux facteurs de premier ordre, nous ne prenons en compte que les facteurs qui sont aux deux extrêmes, c'est-à-dire les facteurs ayant enregistré les scores bas et élevés. Toutefois, si un facteur de la zone médiane nous semble pertinent et important pour la description et la compréhension du sujet, nous nous y référons tout raisonnablement. La zone médiane est celle des notes moyennes se situant à l'évidence dans l'intervalle [4-6]. Une note standard de cet intervalle signifie que l'individu se situe au milieu de la population de référence. Naturellement, les Stens déterminent d'emblée la position d'un individu pour un facteur relativement à la population générale.

Les significations psychologiques et cliniques que nous donnons aux différents facteurs sont développées en termes de comportements, de caractères et tempéraments. Et les explications que nous donnons doivent être considérées comme des hypothèses qui devront être confirmées

❖ *Calcul des notes standards aux facteurs de second ordre et interprétation*

Une fois le tableau de profil achevé, la prochaine étape dans la notation du 16 PF consiste à calculer les facteurs globaux. Ces facteurs ont une signification aussi large que les facteurs de premier ordre. Les notes aux facteurs de second ordre sont obtenues par pondération des notes standards de premier ordre. Dans les lignes qui suivent, nous décrivons l'ensemble des procédés utilisés dans la conduite du calcul.

Nous voulons, avant d'aborder la procédure de calcul proprement dite ; souligner que le 16PF se présente sous des formes diverses, mais pour la présente étude, c'est la forme B, pour la population d'âge scolaire, que nous avons utilisée avec les enquêtés.

Le calcul se fait sur la base de tableau. Pour faciliter la compréhension de la procédure de calcul, nous tenons d'abord à décrire ledit tableau. De fait, le tableau de calcul est composé de 5 colonnes. La première colonne est réservée aux facteurs primaires, et les chiffres qui sont dans les 16 cases de cette colonne réservées aux dites échelles sont les Stens obtenus aux différents facteurs susmentionnés. Les autres colonnes sont celles des facteurs globaux. Chaque colonne des facteurs globaux est subdivisée en deux (2) sous-colonnes : une sous-colonne réservée aux coefficients de pondérations positifs et une autre sous-colonne aux coefficients de pondérations négatifs. Les coefficients sont, quant à eux, reconnaissables par leur forme minuscule dans les cases de pondérations. Les lettres (A à Q) constituent les

références des principaux facteurs, primaires et secondaires, de la personnalité. Elles sont donc la désignation codifiée par laquelle ces facteurs primaires et globaux sont connus le plus communément par les praticiens et les chercheurs. Ainsi, les seize (16) caractères primaires pris en considération par Cattell pour le développement des échelles primaires sont identifiés comme suit : A-B-C-E-F-G-H-I-L-M-N-O-Q1-Q2-Q3-Q4. Les dimensions de second ordre sont, quant à elles, désignées par les chiffres romains pour les distinguer des facteurs de premier ordre. Ce sont: QI, QII, QIII et QIV.

Ainsi, pour le calcul, il faut :

- Multiplier la note standard obtenue aux facteurs primaires indiqués dans la première colonne, par le coefficient correspondant, en procédant colonne par colonne. Les notes qui sont dans les différentes cases des sous-colonnes sont donc les produits des notes standards par le coefficient multiplicateur correspondant.
- Faire la somme des notes pondérées positivement (sous-colonnes +) et la somme des notes pondérées négativement (sous-colonnes -) ; affecter cette dernière du signe – (moins).
- Faire la somme algébrique (total général) de ces deux (2) totaux.
- Ajouter au résultat la constante (*c*) indiquée.
- Diviser la somme obtenue par dix (10).

La tâche qui suit celle du calcul dans l'interprétation du profil du 16 PF est l'examen des scores à chaque échelle globale.

❖ *Synthèse des interprétations faites aux différents ordres des facteurs*

Il s'agit d'émettre un jugement, de tirer une conclusion des interprétations précédentes pour donner le profil de personnalité du sujet en question.

C'est donc cette démarche à trois (3) étapes qui sera suivie pour chaque cas présenté.

ANNEXES D : TABLES DES CARTES

Annexe D1 : Carte du territoire de la Côte d'Ivoire avant l'attaque armée du 19 septembre 2002



Annexe D2 : Carte du territoire de la Côte d'Ivoire après l'attaque armée du 19 septembre 2002, montrant la partition du pays en deux (2)



Source : E. BIH & A.C. ACKA-DOUABELE (2006)

TABLE DES MATIERES

SOMMAIRE	III
LISTE DES TABLEAUX	IV
LISTE DES DESSINS ET DES FIGURES	IX
SIGLES ET ABBREVIATIONS	X
DEDICACE	XIII
REMERCIEMENTS	XIV
AVANT-PROPOS	XVI
INTRODUCTION GENERALE.....	1
<u>PREMIÈRE PARTIE : CADRE THÉORIQUE ET METHODOLOGIQUE</u>	6
<u>CHAPITRE I : CADRE THEORIQUE</u>	7
I- JUSTIFICATION DU CHOIX DU SUJET.....	7
I.1. Intérêt personnel.....	7
I.2. Pertinence sociale.....	9
I.3. Pertinence scientifique.....	10
II. CADRE CONCEPTUEL.....	11
II.1. Concepts explicites.....	11
II.2. Concepts implicites.....	18
III. PROBLEME ET QUESTIONS DE RECHERCHE.....	28
III.1. Identification et formulation du problème de recherche.....	28
III.2. Questions de recherche.....	31
III.2.1. Questions générales.....	31
III.2.2. Questions spécifiques.....	31
IV. REVUE DE LITTERATURE ET CADRE DE REFERENCE THEORIQUE	31
IV.1. Revue de Littérature.....	32
IV.1.1. Traumatismes psychiques.....	32
IV.1.1.1. Historique du traumatisme psychique.....	32
IV.1.1.1.1. Période des précurseurs : de l'antiquité à 1880.....	33
IV.1.1.1.2. Courte période des fondateurs (1880-1900).....	38
IV.1.1.1.3. Période des continuateurs (1900-1980).....	41
IV.1.1.1.4. Période des novateurs (de 1980 à nos jours).....	48
IV.1.1.2. Matérialité du trauma chez l'enfant et l'adolescent.....	49
IV.1.1.3. Nosographies et séquelles psychotraumatiques.....	53
IV.1.1.3.1. Différentes phases de la pathologie psychotraumatique.....	54

IV.1.1.3.2. Description de la symptomatologie de l'ESPT ou PTSD.....	56
IV.1.1.3.2.1. Description selon le DSM IV.....	57
IV.1.1.3.2.2. Description selon l'ALFEST.....	60
IV.1.1.3.2.2.1. Syndrome de répétition traumatique.....	61
IV.1.1.3.2.2.2. Personnalité traumatonévrotique.....	61
IV.1.1.3.2.2.3. Symptômes non-spécifiques.....	62
IV.1.1.4. Quelques théories étiologiques de l'ESPT.....	65
IV.1.1.4.1. Théories étiologiques cognitivistes de l'ESPT.....	66
IV.1.1.4.1.1. Rôles des schémas cognitifs de Janoff-Bulman et Epstein.....	66
IV.1.1.4.1.2. Modèle cognitif du traitement des informations et des émotions ou modèle des structures de la peur de Foa et al. (1982, 1992).....	68
IV.1.1.4.1.3. Modèle de la perspective constructiviste dans l'analyse et l'utilisation de la narration.....	69
IV.1.1.4.2. Théories étiologiques comportementalistes de l'ESPT.....	69
IV.1.1.4.2.1. Modèle de Mowrer.....	70
IV.1.1.4.2.2. Modèle de Foy et ses collaborateurs.....	71
IV.1.2. Résilience, envers du trauma.....	71
IV.1.2.1. Origine et fondements du concept de la résilience.....	72
IV.1.2.1.1. Origine.....	72
IV.1.2.1.2. Fondements du concept.....	73
IV.1.2.1.2.1. Précurseurs anglo-saxons.....	73
-Emmy Werner.....	73
-Michaël Rutter.....	74
-Norman Garnezy.....	75
IV.1.2.1.2.2. Continuateurs européens et nord-américains.....	76
-Boris Cyrulnik.....	77
-Michel Lemay.....	78
IV.1.2.2. Différentes approches de base de la résilience.....	79
IV.1.2.2.1. La résilience, une capacité.....	79
IV.1.2.2.2. La résilience, un équilibre.....	80
IV.1.2.2.3. La résilience, un résultat.....	80
IV.1.2.2.4. La résilience, un trait de personnalité ?.....	81
IV.1.2.2.5. La résilience, un processus.....	82
IV.1.2.3. Distinction de concepts voisins et phases de la résilience.....	83
IV.1.2.3.1. Distinction de concepts voisins.....	83
IV.1.2.3.1.1. Résilience et résistance.....	83
IV.1.2.3.1.2. Résilience et coping.....	84
IV.1.2.3.1.3. Résilience et empowerment.....	85
IV.1.2.3.2. Phases du processus résilient.....	87
IV.1.2.4. Approches théoriques et évaluation de la résilience.....	89
IV.1.2.4.1. Approches théoriques de la résilience.....	89
IV.1.2.4.1.1. Modèle psychodynamique de la résilience.....	89

IV.1.2.4.1.2. Modèle écologique ou écosystémique de la résilience.....	89
IV.1.2.4.1.3. Notre conception de la résilience.....	90
IV.1.2.4.2. Evaluation de la résilience.....	91
IV.1.3. Victimes de guerre, objet d'étude.....	92
IV.2. Cadre de Référence Théorique.....	97
IV.2.1. Victimologie clinique.....	97
IV.2.2. Déterminisme multifactoriel	99
V. OBJECTIFS ET THESE DE RECHERCHE.....	99
V.1. Objectifs de recherche.....	99
V.1.1.Objectif général.....	100
V.1.2. Objectifs spécifiques.....	100
V.2. Thèse	100
VI. HYPOTHESES DE RECHERCHE ET CADRE OPERATOIRE.....	100
VI.1. Hypothèses de recherche.....	101
VI.1.1. Hypothèse générale.....	101
IV.1.2. Hypothèses opérationnelles.....	101
VI.2. Cadre opératoire.....	102
<u>CHAPITRE II</u> : CADRE METHODOLOGIQUE.....	106
I.TERRAIN.....	106
I.1. Brève présentation d'ODAFEM.....	107
I.2. Brève présentation du CAPPs.....	107
II. POPULATION D'ENQUETE.....	107
II.1. Adolescents victimes de guerre.....	107
II.2. Entourage des adolescents.....	107
II.3. Personnes ressources.....	109
III. ECHANTILLON	110
IV. METHODES ET TECHNIQUES DE COLLECTE DE DONNEES.....	111
IV.1. Méthodes de recherche.....	111
IV.1.1. Méthode clinique.....	111
IV.1.2. Méthode différentielle.....	112
IV.1.3. Méthode transversale.....	112
IV.1.4. Méthode systémique.....	112
IV.2. Techniques de recherche.....	113
IV.2.1. Analyse de documents.....	113
IV.2.2. Observation.....	114
IV.2.3. Entretien.....	114
IV.2.3.1. Types et supports de l'entretien.....	115
IV.2.3.1.1. Entretien clinique ou approfondi.....	115
IV.2.3.1.2. Entretien semi-directif.....	115

IV.2.3.2. Déroulement de l'entretien.....	116
IV.2.3.3. Finalités de l'entretien.....	117
IV.2.4. Tests psychologiques.....	117
IV.2.4.1. Dessin de famille.....	118
IV.2.4.2. Sixteen Personality Factors (16 PF).....	119
IV.2.4.2.1. Portée du test.....	119
IV.2.4.2.2. Consignes d'application.....	120
IV.2.4.3. Inventaire-échelle de névrose traumatique.....	121
V. METHODES ET TECHNIQUES D'ANALYSES DE DONNEES.....	123
V.1. Méthode qualitative.....	123
V.1.1. Analyse phénoménologique.....	123
V.2. Analyse de contenu.....	124
V.2.2.1. Présentation de corpus.....	125
V.2.2. Analyse thématique.....	125
V.2.3. Grille de dépouillement.....	126
VI. DIFFICULTES RENCONTREES.....	126
CONCLUSION PARTIELLE.....	128
<u>DEUXIÈME PARTIE : PRESENTATION, ANALYSE ET INTERPRETATION DES RÉSULTATS.....</u>	129
<u>CHAPITRE I : PRESENTATION DES CAS ETUDIÉS ET DES RESULTATS.....</u>	130
I. CAS N°1 : SUJET DINA.....	130
I.1. Résultats de l'anamnèse de Dina.....	130
I.1.1. Identification.....	130
I.1.2. Histoire familiale et personnelle.....	130
I.2. Résultats de Dina au test de 16 PF.....	132
I.2.1. Correction de test et représentation graphique.....	123
I.2.2. Interprétation des mesures des facteurs primaires.....	134
I.2.3. Calcul et interprétation des notes standards aux facteurs globaux.....	136
I.2.4. Synthèse des interprétations faites aux différents ordres de facteurs.....	138
I.3. Résultats du test de dessin de famille réalisé par Dina.....	138
I.4. Résultats de Dina aux diagnostics cliniques.....	141
I.5. Conclusion des résultats de Dina.....	143
II. CAS N°2 : SUJET ISMAËL.....	143
II.1. Résultats de l'anamnèse d'Ismaël.....	143
II.1.1. Identification.....	143
II.1.2. Histoire familiale et personnelle.....	144
II.2. Résultats d'Ismaël au test de 16 PF.....	146

II.2.1. Correction de test et représentation graphique.....	146
II.2.2. Interprétation des mesures des facteurs primaires.....	148
II.2.3. Calcul et interprétation des notes standards aux facteurs globaux.....	150
II.2.4. Synthèse des interprétations faites aux différents ordres de facteurs.....	152
II.3. Résultats du test de dessin de famille réalisé par Ismaël.....	152
II.4. Résultats d'Ismaël aux diagnostics cliniques.....	154
II.5. Conclusion des résultats d'Ismaël.....	156
III. CAS N°3 : SUJET BORIS.....	156
III.1. Résultats de l'anamnèse de Boris.....	156
III.1.1. Identification.....	156
III.1.2. Histoire familiale et personnelle.....	157
III.2. Résultats de Boris au test de 16 PF.....	158
III.2.1. Correction de test et représentation graphique.....	158
III.2.2. Interprétation des mesures des facteurs primaires.....	160
III.2.3. Calcul et interprétation des notes standards aux facteurs globaux.....	161
III.2.4. Synthèse des interprétations faites aux différents ordres de facteurs.....	163
III.3. Résultats du test de dessin de famille réalisé par Boris.....	163
III.4. Résultats de Boris aux diagnostics cliniques.....	165
III.5. Conclusion des résultats de Boris.....	168
IV. CAS N°4 : SUJET LEON.....	168
IV.1. Résultats de l'anamnèse de Léon.....	168
IV.1.1. Identification.....	168
IV.1.2. Histoire familiale et personnelle.....	169
IV.2. Résultats de Léon au test de 16 PF.....	172
IV.2.1. Correction de test et représentation graphique.....	172
IV.2.2. Interprétation des mesures des facteurs primaires.....	174
IV.2.3. Calcul et interprétation des notes standards aux facteurs globaux.....	176
IV.2.4. Synthèse des interprétations faites aux différents ordres de facteurs.....	178
IV.3. Résultats du test de dessin de famille réalisé par Léon.....	178
IV.4. Résultats de Léon aux diagnostics cliniques.....	180
IV.5. Conclusion des résultats de Léon.....	182
V. CAS N°5 : SUJET SAFIRA.....	183
V.1. Résultats de l'anamnèse de Safira.....	183
V.1.1. Identification.....	183
V.1.2. Histoire familiale et personnelle.....	183
V.2. Résultats de Safira au test de 16 PF.....	185
V.2.1. Correction de test et représentation graphique.....	185
V.2.2. Interprétation des mesures des facteurs primaires.....	187

V.2.3. Calcul et interprétation des notes standards aux facteurs globaux.....	189
V.2.4. Synthèse des interprétations faites aux différents ordres de facteurs.....	191
V.3. Résultats du test de dessin de famille réalisé par Safira.....	191
V.4. Résultats de Safira aux diagnostics cliniques.....	193
V.5. Conclusion des résultats de Safira.....	195
VI. CAS N°6 : SUJET MARTHE.....	195
VI.1. Résultats de l'anamnèse de Marthe.....	195
VI.1.1. Identification.....	195
VI.1.2. Histoire familiale et personnelle.....	195
VI.2. Résultats de Marthe au test de 16 PF.....	197
VI.2.1. Correction de test et représentation graphique.....	197
VI.2.2. Interprétation des mesures des facteurs primaires.....	199
VI.2.3. Calcul et interprétation des notes standards aux facteurs globaux.....	200
VI.2.4. Synthèse des interprétations faites aux différents ordres de facteurs.....	202
VI.3. Résultats du test de dessin de famille réalisé par Marthe	202
VI.4. Résultats de Marthe aux diagnostics cliniques.....	203
VI.5. Conclusion des résultats de Marthe	206
VII. CAS N°7 : SUJET ELIOT.....	206
VII.1. Résultats de l'anamnèse d'Eliot	206
VII.1.1. Identification.....	206
VII.1.2. Histoire familiale et personnelle.....	206
VII.2. Résultats d'Eliot au test de 16 PF.....	208
VII.2.1. Correction de test et représentation graphique.....	208
VII.2.2. Interprétation des mesures des facteurs primaires.....	210
VII.2.3. Calcul et interprétation des notes standards aux facteurs globaux.....	211
VII.2.4. Synthèse des interprétations faites aux différents ordres de facteurs.....	212
VII.3. Résultats du test de dessin de famille réalisé par Eliot	214
VII.4. Résultats d'Eliot aux diagnostics cliniques.....	215
VII.5. Conclusion des résultats d'Eliot	217
VIII. CAS N°8 : SUJET AMNON.....	217
VIII.1. Résultats de l'anamnèse d'Amnon	217
VIII.1.1. Identification.....	217
VIII.1.2. Histoire familiale et personnelle.....	217
VIII.2. Résultats d'Amnon au test de 16 PF.....	221
VIII.2.1. Correction de test et représentation graphique.....	221
VIII.2.2. Interprétation des mesures des facteurs primaires.....	223
VIII.2.3. Calcul et interprétation des notes standards aux facteurs globaux.....	224
VIII.2.4. Synthèse des interprétations faites aux différents ordres de facteurs.....	226
VIII.3. Résultats du test de dessin de famille réalisé par Amnon	226

VIII.4. Résultats d'Amnon aux diagnostics cliniques.....	227
VIII.5. Conclusion des résultats d'Amnon	230
IX. CAS N°9 : SUJET ROSINE.....	231
IX.1. Résultats de l'anamnèse de Rosine	231
IX.1.1. Identification.....	231
IX.1.2. Histoire familiale et personnelle.....	231
IX.2. Résultats de Rosine au test de 16 PF.....	233
IX.2.1. Correction de test et représentation graphique.....	233
IX.2.2. Interprétation des mesures des facteurs primaires.....	235
IX.2.3. Calcul et interprétation des notes standards aux facteurs globaux.....	236
IX.2.4. Synthèse des interprétations faites aux différents ordres de facteurs.....	238
IX.3. Résultats du test de dessin de famille réalisé par Rosine	238
IX.4. Résultats de Rosine aux diagnostics cliniques.....	239
IX.5. Conclusion des résultats de Rosine	242
X. CAS N°10 : SUJET GERTRUDE.....	242
X.1. Résultats de l'anamnèse de Gertrude.....	242
X.1.1. Identification.....	242
X.1.2. Histoire familiale et personnelle.....	242
X.2. Résultats de Gertrude au test de 16 PF.....	244
X.2.1. Correction de test et représentation graphique.....	244
X.2.2. Interprétation des mesures des facteurs primaires.....	246
X.2.3. Calcul et interprétation des notes standards aux facteurs globaux.....	248
X.2.4. Synthèse des interprétations faites aux différents ordres de facteurs.....	248
X.3. Résultats du test de dessin de famille réalisé par Gertrude	250
X.4. Résultats de Gertrude aux diagnostics cliniques.....	251
X.5. Conclusion des résultats de Gertrude	253
XI. CAS N°11 : SUJET PIERRE.....	253
XI.1. Résultats de l'anamnèse de Pierre.....	253
XI.1.1. Identification.....	253
XI.1.2. Histoire familiale et personnelle.....	254
XI.2. Résultats de Pierre au test de 16 PF.....	255
XI.2.1. Correction de test et représentation graphique.....	255
XI.2.2. Interprétation des mesures des facteurs primaires.....	257
XI.2.3. Calcul et interprétation des notes standards aux facteurs globaux.....	259
XI.2.4. Synthèse des interprétations faites aux différents ordres de facteurs.....	259
XI.3. Résultats du test de dessin de famille réalisé par Pierre	261
XI.4. Résultats de Pierre aux diagnostics cliniques.....	262
XI.5. Conclusion des résultats de Pierre	264

CHAPITRE II : DEVENIR PSYCHO-SOCIAL DES ADOLESCENTS APRES LES EVENEMENTS DE LA GUERRE.....	266
I. EVENEMENTS VECUS.....	266
I.1. Transgression des tabous.....	266
I.1.1. Viol et violences sexuelles.....	266
I.1.2. Inceste.....	267
I.1.3. Cannibalisme ou anthropophagie.....	268
I.2. Actes d’homicide.....	268
I.3. Perte d’un être cher et de biens.....	269
I.4. Torture.....	269
II. REPERCUSSIONS PSYCHOPATHOLOGIQUES ET SOCIALES DE LA GUERRE.....	271
II.1. Répercussions psychopathologiques et les facteurs de persistance ou de vulnérabilisation.....	271
II.1.1. Syndrome de répétition.....	271
II.1.1.1. Réviviscences hallucinatoires.....	272
II.1.1.2. Illusions de reviviscence.....	272
II.1.1.3. Souvenir forcé.....	272
II.1.1.4. Rumination mentale obsédante.....	273
II.1.1.5. Vécu comme si l’événement allait se reproduire.....	273
II.1.1.6. Agirs comme si l’événement se produisait ou conduites de répétition.....	273
II.1.1.7. Cauchemar de répétition.....	273
II.1.2. Altération de la personnalité.....	274
II.1.2.1. Blocage des fonctions de filtration de l’environnement.....	274
II.1.2.2. Blocage des fonctions de présence au monde.....	274
II.1.2.3. Blocage des fonctions d’amour et de relation aux autres.....	274
II.1.3. Symptômes non spécifiques ou associés.....	275
II.1.3.1. Asthénie.....	275
II.1.3.2. Anxiété.....	275
II.1.3.3. Troubles psychonévrotiques.....	275
II.1.3.4. Troubles psychosomatiques.....	276
II.1.3.5. Troubles de conduite et de caractère.....	276
II.2. Répercussions sociales de l’ESPT.....	277
II.2.1. Baisse du rendement scolaire.....	277
II.2.2. Apprentissage buissonnier.....	278
II.2.3. Dysfonctionnement familial.....	279
II.3. Autres conséquences de la guerre.....	279
II.3.1. Désarticulation familiale.....	279
II.3.2. Inadaptation sociale juvénile.....	280
II.3.2.1. Marginalités juvéniles.....	280

II.3.2.1.1. Phénomène de fille-mère.....	280
II.3.2.1.2. Phénomène d'enfant chef de famille.....	282
II.3.2.1.3. Dénégation des droits, une autre forme de marginalité.....	282
II.3.2.2. Déviance.....	283
II.3.2.2.1. Phénomène d'enfants de rue.....	283
II.3.2.2.2. Toxicomanie.....	284
II.3.2.2.2.1. Nature de la toxicomanie.....	284
II.3.2.2.2.2. Substances utilisées et motivations à la consommation.....	284
II.3.2.2.2.2.1. Substances utilisées.....	284
II.3.2.2.2.2.2. Motivations à la consommation.....	285
II.3.2.2.3. Prostitution.....	286
II.4. Facteurs de vulnérabilité ou de persistance de l'ESPT chez des adolescents ivoiriens.....	287
II.4.1. Pauvreté du milieu de récupération et maintien des symptômes de l'ESPT.....	288
II.4.1.1. Précarité économique.....	288
II.4.1.2. Difficulté d'accès au logement.....	289
II.4.1.3. Difficulté d'accès à l'éducation.....	289
II.4.1.4. Difficulté d'accès aux soins de santé.....	290
II.4.1.5. Difficulté à satisfaire les besoins nutritionnels et vestimentaires.....	291
II.4.2. Indifférence et hostilité de l'entourage humain et chronicisation de l'ESPT.....	292
II.4.2.1. Manifestations de l'indifférence et de l'hostilité de l'entourage.....	292
II.4.2.1.1. Stigmatisations verbales dévalorisantes.....	292
II.4.2.1.2. Réprobation et exclusion de l'entourage.....	293
II.4.3. Perceptions négatives et développement pathologique de l'ESPT.....	295
II.4.3.1. Perceptions négatives de soi.....	296
II.4.3.2. Perceptions négatives du support social.....	296
II.4.3.3. Perceptions négatives du présent et de l'avenir personnel.....	296
III. RAPPORT DYNAMIQUE ENTRE REPERCUSSIONS PSYCHOLOGIQUES ET REPERCUSSIONS SOCIALES.....	297
IV. RESILIENCE ET DETERMINANTS DE PROTECTION OU DE RECUPERATION.....	299
IV.1. Caractéristiques des sujets résilients.....	299
IV.1.1. Absence de symptômes post-traumatiques.....	300
IV.1.2. Compétence sociale.....	300
IV.1.2.1. Compétence comportementale et relationnelle.....	300
IV.1.2.2. Bonne performance scolaire.....	301

IV.2. Tuteurs de résilience chez les sujets résilients.....	302
IV.2.1 Stabilité des conditions socioéconomiques du milieu de récupération et processus résilient.....	302
IV.2.2. Bienveillance de l'entourage humain et émergence de la résilience.....	303
IV.2.2.1. Manifestations de la bienveillance de l'entourage.....	303
IV.2.2.1.1. Famille compréhensive, chaleureuse et attentionnée.....	303
IV.2.2.1.2. Communauté sociale solidaire.....	304
IV.2.2.1.3. Communauté religieuse supportante.....	305
IV.2.3. Rôle des perceptions positives dans le travail de résilience.....	306
IV.1.3.1. Perceptions positives de soi	306
IV.1.3.2. Perception positive de l'entourage.....	307
IV.1.3.3. Perception positive du présent et de l'avenir personnel.....	307
CONCLUSION PARTIELLE.....	311
<u>TROISIEME PARTIE : DISCUSSIONS ET PROPOSITIONS DE MESURES</u>	312
<u>CHAPITRE I : SYNTHESE ET DISCUSSION</u>	313
I. VALIDATION ET EVALUATION DES RESULTATS.....	313
I.1. Etape préliminaire à la vérification des hypothèses opérationnelles.....	317
I.2. Vérification de l'hypothèse opérationnelle 1.....	318
I.3. Vérification de l'hypothèse opérationnelle 2.....	326
I.4. Vérification de l'hypothèse opérationnelle 3.....	330
II. DISCUSSION DE CERTAINS ASPECTS DU TRAVAIL.....	333
II.1. Similitude des conséquences psychologiques et sociales de la guerre ?.....	333
II.2. Discussion relative au diagnostic de PTSD chronique	340
II.3. Discussion de nos critères et de notre conception de la résilience.....	347
II.4. Discussion relative aux mécanismes en jeu dans le développement de l'ESPT.....	351
III. DISCUSSION RELATIVE AU CADRE THEORIQUE ET METHODOLOGIQUE.....	358
<u>CHAPITRE II : RECOMMANDATIONS</u>	361
I. RETOMBEES DE LA THESE SUR LE PLAN DE LA RECHERCHE.....	361
II. IMPLICATIONS CLINIQUES DE LA RECHERCHE.....	362
II.1. Intervention basée sur l'évaluation et la préparation des structures locales.....	364
II.2. Intervention sociale	365
II.2.1. Suivi médical.....	366
II.2.2. Méthodes d'aide à l'instruction et à l'emploi.....	366
II.3. Intervention psychothérapique	368
II.4. Soutien psychosocial continu.....	374
II.5. Action judiciaire.....	375
II.5.1. Indemnisation par l'action civile.....	376

II.5.2. Action publique.....	379
CONCLUSION PARTIELLE.....	381
CONCLUSION GENERALE.....	382
BIBLIOGRAPHIE.....	386
ANNEXES.....	410
TABLE DES MATIERES.....	422

Impact psycho-social du conflit armé du 19 septembre 2002 sur des adolescents en Côte d'Ivoire

Résumé : Les catastrophes macrosociales telles que les guerres ont une forte potentialité traumatique. Des adolescents, en Côte d'Ivoire, ont été affectés par le conflit politico-militaire du 19 septembre 2002 dont les conséquences subsistent encore aujourd'hui. La présente étude a été abordée dans le cadre des approches théoriques du traumatisme psychique et de la résilience. Cette recherche vise à analyser, chez des adolescents, les répercussions de l'exposition traumatique au conflit ivoirien. Pour atteindre cet objectif, des protocoles évaluatifs ont été administrés à onze (11) adolescents victimes de guerre : entretiens cliniques, test de dessin de famille, le 16 PF et l'inventaire-échelle de névrose traumatique. Les analyses monographiques à partir de l'étude des cas cliniques attestent de la singularité de chacune des expériences vécues traumatiques. Les résultats ont montré qu'il existe deux (2) catégories de sujets représentant deux (2) types de trajectoires de vie. Ainsi, certains sujets présentent des perturbations psychopathologiques chroniques à cause de certains facteurs de risque post-traumatiques. D'autres sujets, par contre, témoignent d'une forme d'ajustement et de récupération grâce à certains paramètres post-événementiels. Cette forme de cicatrisation de la blessure psychique et de rebondissement appelée résilience constitue donc une sorte de redressement de la trajectoire négative du traumatisme psychique marqué par l'adoption d'attitudes prosociales.

Mots-clés : *Traumatisme, résilience, adolescents, conflit armé, victime, facteurs de vulnérabilité, facteurs de protection.*

Psychosocial impact of the armed conflict of September 19th, 2002 on teenagers in Ivory Coast

Abstract: The macro-disasters such as war have a strong traumatic potentiality. In Ivory Coast, some teenagers have been affected by the political and military conflict of September 19th, 2002 whose consequences remain still today. The present study was discussed in the context of theoretical approaches to mental trauma and resilience. This research aims to analyze, in some adolescents, the impact of traumatic exposure to the ivoirien conflict. To achieve this objective, evaluative protocols were administered to eleven (11) adolescent victims of war: clinical interviews, family drawing test, 16 PF and inventory-scale traumatic stress disorder. Monographic analyzes from the study of clinical cases testify the singularity of each of traumatic experiences. The results showed that there are two (2) categories of subject cases representing two (2) types of life trajectories. Thus, some have presented chronic psychopathological disturbances due to some post-trauma risk factors. Others have, on the contrary, shown a form of adjustment and recovery thanks to some post-event settings. This form of psychic injury healing and rebound called resilience is therefore a kind of recovery in the negative trajectory of psychic trauma marked by the adoption of prosocial attitudes.

Keywords: *Trauma, resilience, teenagers, armed conflict, victim, vulnerability factors, protective factors*