

UNIVERSITÉ DE YAOUNDÉ I

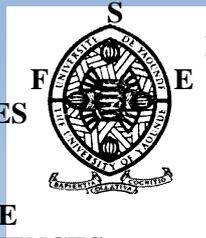
\*\*\*\*\*

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

\*\*\*\*\*

UNITÉ DE RECHERCHE ET DE  
FORMATION DOCTORALE EN SCIENCES  
HUMAINES ET SOCIALES

\*\*\*\*\*



THE UNIVERSITY OF YAOUNDE I

\*\*\*\*\*

POSTGRADUATE SCHOOL FOR THE  
SOCIAL AND EDUCATIONAL  
SCIENCES

\*\*\*\*\*

DOCTORAL RESEARCH UNIT FOR  
THE SOCIAL SCIENCES

\*\*\*\*\*

# Traumatisme des situations conflictuelles Boko-Haram et handicaps psychiques chez les soldats de retour de l'Extreme - Nord Cameroun: cas du vécu du syndrome de stress post traumatique

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

*Spécialisée*

*Option : Handicaps mentaux, habilités mentales et conseils*

Par

**KAMENI YAMDJEU SIDO Armand**

Licencié en Psychologie

Sous la direction de

**Pr. MAYI Marc Bruno**

Maître de conférences



Septembre 2017

## **DEDICACE**

*A mon père Yamdjeu Kontchou Joseph*

*En reconnaissance pour tout ce qu'il a été pour moi et le reste de ma fratrie*

## REMERCIEMENTS

Cette recherche est une contribution à la reconnaissance du tribut que notre génération a payé et paie actuellement à la guerre contre le terrorisme. Celui-ci au Cameroun porte un nom : Boko-Haram. Elle n'aurait pas été menée à bout sans l'apport de notre directeur de recherche le Professeur Mayi Marc Bruno, Maître de Conférences, Chef du Département de l'Education spécialisée, de la Faculté des Sciences de l'Education de l'Université de Yaoundé-I.

En ce moment nous sommes tout aussi reconnaissants à tout le personnel enseignant de l'Education spécialisée à qui nous devons une fière chandelle.

Notre gratitude va aussi à tous les personnels administratifs et enseignants de notre jeune faculté. Nous pensons en particulier au Professeur Mbala Ze Barnabé, Doyen de la FSE, et dont nous n'avons jamais cessé de nous approprier des conseils.

Nous ne saurons oublier tous ceux du Ministère de la Défense et d'abord les personnels de l'Hôpital militaire Région n°1 de Yaoundé, ainsi que leurs patients qui nous ont fait l'honneur de contribuer à notre recherche.

A l'heure où cette recherche s'achève nos pensées vont aussi à nos camarades de promotion. Sans oublier nos amis parmi lesquels Ovambe Mbarga Guy Bertrand trouvent ici l'expression toute faite de notre rappel constant de leur contribution.

Qu'il en soit de même pour nos parents Yamdjeu Kontchou Joseph et Mougoué Kamdeu Monique ; ainsi que ceux de ma famille qui ont eu à endurer des mois de réclusions où je devais m'isoler d'eux pour travailler.

# SOMMAIRE

<b>DEDICACE.....</b>	<b>I</b>
<b>REMERCIEMENTS.....</b>	<b>II</b>
<b>SOMMAIRE .....</b>	<b>III</b>
<b>LISTE DES ACRONYMES, SIGLES.....</b>	<b>IV</b>
<b>ET ABREVIATIONS.....</b>	<b>IV</b>
<b>LISTE DES TABLEAUX .....</b>	<b>VI</b>
<b>RESUME.....</b>	<b>VII</b>
<b>ABSTRACT .....</b>	<b>IX</b>
<b>INTRODUCTION GENERALE .....</b>	<b>1</b>
<b>PREMIERE PARTIE : CADRE THEORIQUE ET CONTEXTUEL DE LA RECHERCHE.....</b>	<b>4</b>
<b>CHAPITRE 1 : BOKO-HARAM ET TRAUMATISMES : UNE PROBLEMATIQUE POUR L’ETUDE.....</b>	<b>5</b>
<b>CHAPITRE 2 : LE HANDICAP.....</b>	<b>12</b>
<b>CHAPITRE3 : SUR LE TRAUMATISME ET LE STRESS POSTRAUMATIQUE.....</b>	<b>25</b>
<b>DEUXIEME PARTIE : CADRE METHODOLOGIQUE ET OPERATOIRE.....</b>	<b>56</b>
<b>CHAPITRE 4 : HYPOTHESES ET APPROCHES METHODOLOGIQUES DE L’ETUDE .....</b>	<b>57</b>
<b>CHAPITRE 5: PRESENTATION, ANALYSE DES RESULTATS .....</b>	<b>82</b>
<b>CHAPITRE 6 : INTERPRETATION DES RESULTATS ET SUGGESTIONS .....</b>	<b>98</b>
<b>CONCLUSION.....</b>	<b>104</b>
<b>REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....</b>	<b>107</b>
<b>ANNEXES.....</b>	<b>112</b>
<b>TABLE DE MATIERES .....</b>	<b>EE</b>

## LISTE DES ACRONYMES, SIGLES ET ABREVIATIONS

Nombre total de réponses : R

Nombre total de réponses : R

Temps total :T

Temps par réponse : T/R

Localisation des réponses : Loc

Globale : G

Globale amputée :  $\bar{G}$  [G barré]

Globale Confabulatoire : DG, DdG, DblG

Globale intégrant le blanc : Gbl

Détail : D, DdD, DblD

Détail intégrant le blanc : DDbl

Petit Détail • normal : Dd

- bordure : Dde
- intérieur : Ddi
- rare : Ddr

Petit détail intégrant le blanc : DdDbl

Détail blanc : Dbl (petit : Ddbl)

Détail Oligophrénique : Do

Succession : Suc

Type d'Appréhension : T.A.

Formes : F+, F-, F+, (F?)

Mouvement humain : K

Mouvement humain partiel : kp (petite k)

Mouvement animal : kan (petite k)

Mouvement d'objet :kob (petite k)

Couleur : FC, CF, C

Nomination de couleurs : Cn

Couleurs noires ou blanches : FC', C'F, C'

Estompage : FE, EF, E

Clair-obscur: Fclob, ClobF, Clob

Type de Résonance Intime : T.R.I.

Humaine : H

humaine partielle : Hd

parahumaine : (H), (Hd)

animal : A (ou An)

animal partiel : Ad (ou And)

anatomique : Anat

sang : Sg

objet : Obj (ou « O »)

plante ou botanique : Bot

géographique : Géo

nature : Nat

alimentation : Alim

banalité : Ban

originalité : Orig

## LISTE DES TABLEAUX

<b>Tableau 1 :</b> la Loi du 11 fevrier 2005 facilite la distinction entre handicap psychique et mentaL. ....	18
<b>Tableau 2:</b> Recapitulatif de recherche .....	59

## RESUME

Ce mémoire est intitulé *Traumatisme des situations conflictuelles Boko-Haram et handicaps psychiques chez les soldats de retour de l'Extrême-Nord Cameroun: cas du vécu du syndrome de stress post traumatique*. Il s'inscrit dans une perspective traumatologique, plus spécifiquement de traumatismes mentaux et psychiques, s'intéresser aux spécificités des traumatismes subis par les soldats camerounais engagés dans le combat contre Boko-Haram. Ils ont en effet été confronté à un adversaire qui usait non seulement de la terreur, d'où déjà sa définition par les politologues de « terroriste » mais du traumatisme comme moyen de combat, car l'arme favorite du terroriste est le facteur traumatogène et ce serait l'une de ses forces dans les combats asymétriques. On sait d'ailleurs que partout sur cette Terre, lorsque les terroristes frappent, les politiques et les hommes de culture qui appellent à résister non que ce mot à la bouche : il ne faut céder ni à la panique, ni à la peur... car c'est ce que veulent les terroristes ».

De telles considérations nous ont conduit à la question de recherche suivante : « *le traumatisme des situations conflictuelles Boko-Haram affecte t-il la santé mentale des soldats Camerounais revenus de l'Extrême-Nord Cameroun ?* ». L'hypothèse générale formulée pour répondre à cette interrogation est que « *Le traumatisme des situations conflictuelles Boko-Haram affecte la santé mentale des soldats Camerounais revenus de l'Extrême-Nord Cameroun* ».

De cette hypothèse générale découlent trois des hypothèses de recherche (HR) qui sont :

✚HR1 : - « *Les réactions physiques sont la résultante du traumatisme physiologique qu'ont subi les soldats camerounais durant les conflits Boko-Haram* ».

✚HR2 : - « *Le trouble du sommeil et de la conscience est la conséquence du traumatisme mental qu'ont subi les soldats camerounais durant les conflits Boko-Haram* ».

✚HR3 : - « *Le traumatisme psychique du conflit armés Boko-Haram a un effet sur l'humeur et l'affectivité des soldats camerounais revenus de l'Extrême-Nord Cameroun* ».

Pour vérifier nos hypothèses nous avons rencontré dans le cadre de leur cure à l'Hôpital militaire Région N°1 de Yaoundé, 4 soldats vétérans de la guerre contre Boko-Haram et nous

les avons interviewés et soumis au test de Rorschach. Les résultats de notre enquête ont été analysés et interprétés au regard des théories exposées dans la première partie de ce mémoire.

Des entretiens ont retient que l'importance des vécus émotionnels, de l'ébranlement de la conscience. Des faits vécus en situations de combats n'ont pas été oubliés et ont pu continuer à resurgir à travers différents symptômes alors que les sujets avaient déjà regagné leur bases arrières, étaient hospitalisés à l'Hôpital militaire à Yaoundé.

Du Rorschach on retient l'hypothèse diagnostique, la même pour tous les sujets : « schizophrénie paranoïde ». Ceci se comprend au regard des théories du test de Rorschach telles que Herman Rorschach les a élaborées.

Au terme de cette recherche, il apparaît que nos trois hypothèses de recherche sont vérifiées et que le traumatisme des situations conflictuelles Boko-Haram a affecté la santé mentale des soldats Camerounais revenus de guerre.

## ABSTRACT

This thesis is entitled *Trauma of Conflict Situations Boko-Haram and Psychic Handicaps in Soldiers Returning from the Far North of the country Cameroon: A Case of the Post Traumatic Stress Syndrome*. In a traumatic perspective, more specifically mental and psychological trauma, the trauma to which Cameroonian soldiers engaged in the fight against Boko-Haram is subjected. They were confronted with an opponent who used not only terror, hence his definition by "terrorist" political scientists but trauma as a means of combat, because the terrorist's favorite weapon is the traumatic factor and It would be one of its strengths in asymmetric combats. We know that everywhere on this Earth, when terrorists strike, politicians and men of culture who call to resist have only one word in mouth: "we must yield neither panic nor fear ... Because that's what the terrorists want".

Such considerations led us to the following research question: *"Is the trauma of conflict situations Boko-Haram affecting the mental health of Cameroonian soldiers who have returned from the Far North Cameroon?"*

The general hypothesis formulated to answer this question is as followed *"The trauma of Boko-Haram conflict situations affects the mental health of Cameroonian soldiers who have returned from war"*

From this general hypothesis arise three of the research hypotheses (HR) which are:

✚ HR1: "Physical reactions are the result of the physiological trauma suffered by Cameroonian soldiers during the Boko-Haram conflicts".

✚ HR2: "The sleep and consciousness disorder is the consequence of the mental trauma suffered by the Cameroonian soldiers during the Boko-Haram conflicts".

✚ HR3: - "The psychological trauma of the Boko-Haram armed conflict has an effect on the mood and affectivity of Cameroonian soldiers who have returned from war."

To verify our hypotheses we met as part of their cure at the Military Hospital Region N°1 of Yaounde, four veteran's soldiers of the war against Boko-Haram and we interviewed them and submitted to the Rorschach's test. The results of our survey have been analyzed and interpreted in the light of the theories set out in the first part of this paper.

Interviews have held that the importance of emotional experiences, the shake of consciousness. Facts experienced in combat situations were not forgotten and were able to

continue to re-emerge through various symptoms while the subjects had already regained their back bases, were hospitalized at the Military Hospital in Yaounde.

From Rorschach we retain the diagnostic hypothesis, the same for all subjects: "paranoid schizophrenia". This is understandable in the light of Rorschach's test theories such as Herman Rorschach developed them.

At the end of this research, it appears that our three hypotheses of research are verified and that *the Boko-Haram conflict trauma has affected the mental health of the Cameroonian soldiers who have returned from the Far North of our country Cameroon.*

# **INTRODUCTION GENERALE**

De toutes les catastrophes qui causent le traumatisme, nous pouvons citer la guerre qui se manifeste par un conflit armé. Au Nord du Cameroun, Boko Haram qui à l'origine est un groupe de musulman islamistes engagés dans la propagation de l'enseignement du Prophète, s'est engagé dans la pratique de la Jihad. On entend par Jihad la guerre sainte ; c'est la défense des enseignements fondamentaux de l'Islam et qui est loisible de se terminer par la mort de celle ou de celui qui s'y engage ainsi que de celle de leur adversaire. Les actes du jihadiste sont teintés de pessimisme et de mélancolie. Celui qui meurt en pleine jihad selon les doctrinaires de ces actes est couvert d'une gloire divine qui le mène droit au paradis.

Boko-Haram ou littéralement le rejet (arabe « haram » ; « hari » (Phatraonique) = « guerre » ; mais aussi « illicite, interdit ») du livre (« boko » hausa « book » (anglais)=livre) est l'appellation popularisée d'un mouvement politico-culturel qui s'est donné pour tâche de combattre tout ce qui va à l'encontre du livre, du Coran, le livre sacré des confessions musulmanes. Il s'institue en particulier contre tout ce que les hommes de la culture du livre occidental, de l'école occidentale ont apporté et contre toute africanité qui ne se soumet pas à l'Islam ou encore ne disparaît pas devant celle-ci. Et plus d'une fois Islam est identifiable dans le discours et dans la pratique arabo-islamique. Sous l'appellation de Boko-Haram, il ne s'agit donc pas de lutter contre l'aliénation culturelle à la manière de la Négritude qui défend l'aliénation des cultures africaines et qui prône leur revitalisation. Il s'agirait plutôt d'un conflit qui engage les promoteurs d'une modalité de sous-culture islamique à d'autres acteurs qui eux défendent d'autres cultures.

Sous son appellation arabe le mouvement se définit comme « Jama'atu Ahlu Sunna Lidda'awati Wal Jihad ». Fondé par Mohamed Yusus en 2002, il a pour objectif l'application de la sharia sur tous ses territoires de référence : d'abord le nord du Nigéria puis tout le pays, ensuite les zones sahéliennes adjacentes au Nigéria, enfin le Cameroun comme terre devant elle faire allégeance à l'Emir de Kano. Pour y aboutir, il promeut un islamisme radical et intolérant, combattant pour autant qu'il le puisse les chrétiens et le reste des populations qui lui résiste.

Ce mouvement à cause de ces écarts de conduite nombreux qui montrent qu'il essaie d'asseoir son influence et de la maintenir par la terreur est qualifié par la science politique moderne de terroriste. Récemment il a étendu sa zone d'action jusqu'au Cameroun, au Tchad et au Niger. Ces pays voisins du Nigéria, à cause de la porosité des frontières héritées de la colonisation avaient souvent servi aux miliciens de Boko-Haram de lieux de refuges clandestins lorsque l'armée nigériane les poursuivait. Aujourd'hui « persona non gratta » dans ces Etats, il est devenu pour une source constante de problèmes. De ce fait, le

mouvement terroriste répond par les moyens qui lui sont appropriés à la guerre que nombreux pays lui ont déclarée. Des violences diverses sont son lot commun : enlèvements des populations notamment des filles et des femmes, non respect des lois de la guerre, génocides et purification ethniques, destructions des biens et des personnes par la pratique des boucliers humains et des attentats meurtriers, etc.

C'est dire que sur le plan de la handicapologie, il n'y a pas que la possibilité de multiplication des handicaps physiques, mais aussi celle des handicaps mentaux et psychiques. Sur ce plan des interrogations surgissent relatives aux traumatismes. Car l'arme favorite du terroriste est le facteur traumatogène et ce serait l'une de ses forces dans les combats asymétriques. Partout sur cette Terre, lorsque les terroristes frappent, les politiques et les hommes de culture qui appellent à résister non que ce mot à la bouche : « il ne faut pas céder ni à la panique, ni à la peur... car c'est ce que veulent les terroristes ».

Voilà des indications d'une perspective qui a aiguillonné notre recherche. D'où la question suivante : « *le traumatisme des situations conflictuelles Boko-Haram affecte-t-il la santé mentale des soldats Camerounais revenus de l'Extrême-Nord Cameroun ?* ».

En guise de réponse provisoire, nous avons fait l'hypothèse générale que : « *Le traumatisme des situations conflictuelles Boko-Haram affecte la santé mentale des soldats Camerounais revenus de l'Extrême-Nord Cameroun guerre* ».

De cette hypothèse générale découlent trois des hypothèses de recherche (HR) qui sont :

✚HR1 : - « *Les réactions physiques sont la résultante du traumatisme physiologique qu'on subi les soldats camerounais durant les conflits Boko-Haram* ».

✚HR2 : - « *Le trouble du sommeil et de la conscience est la conséquence du traumatisme mental qu'on subi les soldats camerounais durant les conflits Boko-Haram* ».

✚HR3 : - « *Le traumatisme psychique du conflit armés Boko-Haram a un effet sur l'humeur et l'affectivité des soldats camerounais revenus de l'Extrême-Nord Cameroun* ».

Dans son économie générale, cette recherche comporte deux parties : le « Cadre théorique et contextuel de la recherche » et le « Cadre méthodologique et opératoire ». Dans la première on trouve le chapitre 1 (« Boko-Haram et traumatismes : Une problématique pour l'étude »), le chapitre 2 (« Le handicap ») et le chapitre 3 (Sur le traumatisme et le stress post-traumatique »). La deuxième contient trois subdivisions : « Méthodologie » (chapitre 4), « Présentation, analyse des résultats » (chapitre 5) et « Interprétation des résultats et suggestions » (chapitre 6).

# **PREMIERE PARTIE : CADRE THEORIQUE ET CONTEXTUEL DE LA RECHERCHE**

# CHAPITRE 1 : BOKO-HARAM ET TRAUMATISMES : UNE PROBLEMATIQUE POUR L'ETUDE

Le présent chapitre étaye la problématique et donne un éclaircissement sur la signification des concepts de l'étude. Il est question, en effet, dans le cadre de ladite problématique de faire ressortir entre autre : le contexte de l'étude, le constat, le problème, la question et les hypothèses de recherche, les objectifs, la pertinence, l'intérêt et la délimitation de l'étude.

## 1.1.CONTEXTE DE L'ETUDE

### 1.1.1. De l'origine du conflit

Boko-Haram n'est pas à l'origine un mouvement politique camerounais. Il est une sorte de tribune politique et culturelle et un mouvement contestataire faisant parfois usage de brutalité et de violences armées à l'intérieur du Nigéria. Il ne semble pas poser de problèmes culturels et politiques qui justifient ses affrontements militaires actuels avec l'armée camerounaise. Dans le cadre du Nigeria ses revendications sont d'ordres culturel (le rejet de toutes cultures fondées sur des paradigmes non sahéliens islamisés), politiques (la revendication d'une territorialité politico-culturelle placée sous le primat d'un émirat unique, celui de Kano) et social (application intégrale de la Sharia dans le nord du Nigéria, notamment dans l'Etat fédéré du Bornou). Toutefois pendant plus d'une dizaine d'années des excursions des armées de Boko-Haram en territoire camerounais existaient, mais évitaient tout affrontement contre l'armée camerounaise.

La tournure historique qui a conduit à la situation actuelle mérite d'être rappelée. Il y a eu un premier traumatisme à l'échelle internationale, on peu dire. Il y a l'enlèvement de 274 de plus de 300 élèves de sexe féminin du Lycée de chibok dans le nord du Nigeria dans la nuit du 14 au 15 avril 2014 avec toutes les exactions culturelles et sexuelles qui ont suivi. Il y a eu l'insistance toujours renouvelée des parents à récupérer leurs enfants et qui à soulever les émois dans les communautés africaines et internationales. Enfin il y a eu les réactions des Etats africains et de la Communauté Internationale pour apporter des solutions efficaces aux menaces de Boko-Haram. L'une de celles-ci est la conférence de Paris en 2014 à laquelle le Gouvernement du Cameroun était conviée et à l'issue de laquelle, le Président de l'Etat du Camerounais déclarait solennellement la guerre à Boko-Haram. Ultérieurement le Chef de

l'Etat camerounais dira « des Boko-Haram » pour signifier qu'on a affaire à une nébuleuse, mais non à un unique mouvement clairement circonscrit et définissable.

La guerre contre Boko-Haram a exigé du Cameroun un effort de guerre considérable, au regard de ses moyens économiques. La guerre contre Boko Haram nécessite, en effet, des moyens financiers colossaux de sources diverses comme les caisses du gouvernement Camerounais, les dons et legs de la communauté internationale car le gouvernement nippon vient à accorder un financement de 6,21 millions de dollars US au Cameroun, la communauté internationale quant à elle s'est engagée à verser 250 millions de dollars à la Force du bassin du lac Tchad l'Union européenne, les Etats-Unis, les communautés régionales africaines et bien d'autres ont y apportent leurs contributions.

Cette guerre contre les Boko-Haram s'est matérialisée dans la conscience collective par des changements d'habitudes. Il y a eu la multiplication des contrôles des forces armées et polices sur les routes de voyages et dans certaines localités du Cameroun. On a vu se multiplier des comités de vigilance qui sont des groupes de personnes volontaires qui se plaçant sous le contrôle des autorités collaborent avec celles-ci en matières de sécurisation des personnes et des biens. On a aussi vu à l'intérieur des villes la multiplication des « check points » et d'emplacements interdits de circulation. Tous ces éléments qui devaient concourir à la sécurisation des populations et à l'élévation du sentiment de sécurité ont malheureusement rimés avec la multiplication de catastrophes et de situations d'urgence. Le mouvement terroriste qui à l'origine donnait l'impression de faire une guerre classique (affrontement régulier entre armées) a préféré régresser et se livrer aux affres d'une guerre asymétrique. Celle-ci est caractérisée par la recherche d'invisibilité de l'agresseur ce qui a pour but d'accroître l'anxiété des populations et des troupes qui les protègent, mais aussi par la multiplication d'actes qui doivent semer la terreur dans la population et dans la troupe. Dans le deuxième aspect il y a une volonté de déstabiliser la conscience de l'adversaire en l'arrimant sur des « alarmes apprises » pour parler comme Jones et Barlow. L'alarme apprise est un reflexe conditionné, la conséquence d'un apprentissage opérant qui a pour but de jouer sur les résultats du traumatisme en assurant chez la victime des conduites préparatoires. Parmi celles-ci la diffusion de brutalité de guerre, les images brutales de personnes égorgées comme des animaux qu'on mène à l'abattoir, des scènes filmées et rapportées des personnels des forces de sécurité que l'on démembrés en écartelant leurs membres avec des voitures comme aux pires époques du Moyen-âge. Un autre aspect conduisant aux « alarmes apprises » est lié à la peur de tous et de chacun de se trouver à côté d'une bombe humaine. Dans ce contexte de guerre asymétrique essentiellement fondée sur la capacité à faire peur et

l'aptitude à ressentir la peur et à mal la gérer les terroristes de Boko-Haram essayaient de donner comme image d'eux à la population, la représentation des personnes saintes et vierges, fières de mourir pour leur cause. Une telle stratégie consiste en réalité à accroître les traumatismes. C'est l'application pratique de l'ébranlement des certitudes : Tous ceux qui s'opposent à Boko-Haram doivent reconnaître qu'ils sont les méchants et que ce qui leur arrive de mal est de leur faute ; puisqu'ils choisissent de se trouver aux mauvais endroits aux mauvais moments.

Sur le plan des retombées sociales la guerre contre Boko-Haram mérite d'être soulignée. Il y a des migrations de migrations, des actes de barbaries, des violations des droits de la personne et des abus sexuels en tout genre. De très nombreux décès même si on n'hésite à la comptabiliser sont liés à la guerre contre Boko-Haram. Des femmes restent veuves et des enfants orphelins à cause de la perte de leur mari ou encore de leur père comme conséquence de la guerre contre Boko-Haram.

Il y faut citer à l'actif de cette guerre, des soldats qui meurent au front dans le but de préserver l'intégrité nationale, les recrutements militaires devenus de plus en plus fréquents, on pour but de renforcer la présence militaire des Camerounais dans la zone de combat. Nous n'allons pas terminer sans parler des recyclages de plus en plus continus pour que les soldats restent toujours "*parés*" comme le veut le slogan de la Garde Présidentielle.

Le conflit contre Boko-Haram a une incidence sur la santé et la médecine des armées. Ceci est nécessaire pour répondre aux difficultés et souffrances de ceux revenus du front. Maints hommes de troupes à leur retour se rendent compte de la perte au moins d'un de leurs proches en leur absence. Il y a ceux nombreux qui ont été victimes de tirs par balles, d'éclats d'obus, d'explosion de bombes et que parfois les traumatologues pressés classent « blessures corporelles ». C'est sur ce plan que les handicaps mentaux et psychiques s'invitent dans la clinique militaire. Les praticiens n'hésitent pas à se poser les questions de savoir comme ces combattants durement éprouvés parviennent à trouver des réponses à leur drame et à gérer leurs conflits.

Il se pose alors le problème de la compréhension des différentes pathologies traumatiques chez les militaires qui reviennent de la guerre. C'est ce qui nous pousse à conduire cette étude sur les différentes pathologies susceptibles d'affecter les soldats ayant affronté les Boko Haram. C'est pourquoi en rapport avec le problème de cette étude, nous avons formulé la question de recherche suivante : *le traumatisme des situations conflictuelles Boko-Haram affecte-t-il la santé mentale des soldats Camerounais revenus de l'Extrême-Nord Cameroun ?*

### 1.1.2. La perspective traumatologique en handicapologie

La perspective traumatologique en handicapologie est aussi un élément fondateur de cette étude.

Le terme “traumatisme“ est souvent utilisé à la place du mot “stress “, comme dans la phrase suivante : j’ai eu une journée traumatisante au travail. Ça c’est inapproprié et banale. On peut dire que tous les événements traumatisants sont stressants, mais l’inverse n’est pas vérifié. Les symptômes du stress peuvent être annulé et enlevé temporairement avec l’aide des massages et des méditations. Le traumatisme, au contraire, est une fracture substantielle. Il s’agit du manque de contact avec nous même, notre famille et le monde autour de nous. C’est en ce sens que (Bergeret, 1995) déclare que le traumatisme est « une conséquence de l’agression, une punition “talionique“ sur le mode de la frustration ». Ce manque est souvent difficile à reconnaître, parce que son processus prend beaucoup de temps. La personne s’adapte intérieurement à cet imperceptible changement sans être conscient. Le traumatisme nécessite une recherche plus approfondie en rapport au stress, et sa guérison comporte une transformation dans un délai plus long et significatif.

La définition officielle du traumatisme utilisée par les psychologues et les psychiatres selon Lorenzo Perucchien (2008), consiste à dire qu’il est causé par « un événement hors du commun et qui provoquerait des symptômes évidents de détresse chez la plupart des individus ». Cette définition englobe les situations suivantes:

- ✓ une menace sérieuse pour la vie ou l’intégrité physique;
- ✓ un danger ou un malheur important pour ses enfants, son conjoint, d’autres parents proches ou des amis;
- ✓ une destruction soudaine de son domicile ou de son quartier;
- ✓ la découverte de quelqu’un de gravement blessé ou mort dans un accident ou des suites d’une agression physique.

Cette description peut servir de point de départ, mais elle est incomplète et trompeuse. Qui peut dire ce qui est “en dehors du champ de l’expérience humaine habituelle“ ou “significativement angoissant pour qui que ce soit“ ? Les événements qui sont mentionnés plus haut donnent des indications utiles mais laissent dans l’ombre beaucoup d’autres événements potentiellement traumatisants. Même si les accidents, chutes, maladies et interventions chirurgicales peuvent être considérés comme faisant partie du “ champ habituel de l’expérience“, ces événements que le corps perçoit comme une menace à son intégrité sont souvent source de traumatisme. Par contre, viols, fusillades et autres tragédies sont fréquents

dans des nombreuses communautés et peuvent être considérés comme faisant partie de leur “expérience habituelle“. Cela n’ôte pas toutes fois leur caractère traumatisant. Ils seront cependant toujours traumatisants. Le traumatisme est peut-être la cause de souffrance humaine la plus ignorée, sous-évaluée, niée, incomprise et laissée sans soins. Tout en étant source de souffrance et de détériorations graves, il ne s’agit pas d’un trouble ou d’une maladie, mais de la conséquence d’un état détérioré. Nous entrons dans cet état altéré appelons-le “modalité de survie” quand nous percevons que notre vie est en danger. Si nous nous sentons accablés par le sentiment d’un danger éminent et nous sentons incapables de nous défendre de manière efficace, nous pouvons rester pris au piège par la “modalité de survie“. Cet état de surexcitation a simplement le but de permettre les actions de défense à court terme; mais s’il n’est pas soigné dans le temps, il commence à produire les symptômes du traumatisme. Ces symptômes peuvent envahir chaque aspect de notre vie et ils sont suffisamment puissants pour déformer les tissus même de nos aspirations culturelles, économiques, politiques, religieuses et spirituelles. Ce qui est probablement le plus important à comprendre sur le traumatisme, est que les personnes, particulièrement les enfants, peuvent rester bouleversées par ce qu’habituellement nous considérons des évènements communs, normaux.

Jusqu’à il y a peu de temps, la compréhension que la psychiatrie du traumatisme se limitait à l’expérience des soldats qui souffraient de “psychose traumatique de bombardement“ et des victimes de catastrophes ou de lésions graves. Cependant, cette vision restreinte ne comprend pas toute la réalité. Avec le temps, toute une série de soi-disant accidents d’entité légère peuvent avoir sur une personne le même effet néfaste que les évènements traumatiques de vaste ampleur comme une guerre ou un viol. En ce sens la plupart de nous a subi un traumatisme, directement ou indirectement. Les évènements sociaux épouvantables, les catastrophes naturelles inimaginables, déclenchent des réactions humaines qualifiées, à tort ou à raison de traumatiques. Mais, l’intensité événementielle du trauma relative aux faits sociaux, ou environnementaux susceptibles de susciter l’émotion populaire, ne doit pas faire oublier la signification du trauma dans au minimum six domaines. Les Médias, L’Armée, le Politique, le Juridique, le Médical et la Psychopathologie. C’est ainsi que le trauma revêt plusieurs traductions et se présente comme ambiguë.

Au fil de l’histoire notamment récente, les traumatismes se multiplient, s’intensifient et se projettent, comme on le dirait dans les faits divers présentés dans les chaînes de télévisions Camerounaise, à chaque civilisation son chaos. La civilisation humaine à son stade

d'évolution actuel est confrontée à la menace du terrorisme. Au Cameroun, cette menace a un nom, une appellation : Boko Haram.

### **1.1.3. Objectifs et intérêts de l'étude**

On entend par objectifs ici, les visées de l'étude dans le but de préciser les attentes et la portée de l'étude.

#### **1.1.3.1. Objectifs de l'étude**

Notre travail poursuit un objectif principal et trois objectifs spécifiques majeurs.

##### **1.1.3.1.1. L'objectif principal**

Il s'agit de comprendre l'incidence que la situation conflictuelle Boko-Haram a sur le vécu post-traumatique des soldats Camerounais en situation de guerre afin de proposer des pistes concrètes pour la réinsertion sociale, facilitant la reconstruction de sa personnalité, et de ses identifications;

##### **1.1.3.1.2. Les objectifs spécifiques**

Il sera question ici de :

- Comprendre pourquoi certains soldats Camerounais durant le conflit ont des pieds qui tremblent ou encore ont une sensation de fourmillement au niveau de la plante de pieds;
- Comprendre pourquoi même après la guerre, les soldats Camerounais ont des troubles du sommeil;
- Expliquer pourquoi les soldats Camerounais qui sont revenus du conflit connaissent des humeurs et affectivités changées;

##### **1.1.3.2. Intérêts de l'étude**

La réalisation de cette étude constitue un avantage sur plusieurs plans.

###### **1.1.3.2.1. Sur le plan académique**

Nous pensons qu'à partir de ce travail nous allons améliorer notre spécialisation dans la prise en charge du syndrome post traumatique, ce qui peut nous être d'un apport dans l'enseignement, l'accompagnement et la pratique clinique en Education Spécialisée.

###### **1.1.3.2.2. Sur le plan Scientifique**

Il est question ici de mettre en évidence la problématique du handicap psychique qui est jusqu'à nos jours un concept peu connu du monde de la prise en charge car, se confondant

même par certains praticiens avec le handicap mental. Il tient compte bien sûr du psychisme du sujet, de son schéma psychique, de ses représentations psychiques conscientes, préconscientes et même inconscientes. Une telle recherche suppose une réévaluation des contenus théoriques qui peuvent rendre compte de ces descriptions comme il est le cas ici pour l'approche psychodynamique.

#### **1.1.3.2.3. Sur le plan Social**

Au Cameroun, la paix a été le partage décennal des populations, ce qui suppose une nouveauté en matière de conflit. Notre recherche commencera à nous familiariser à tout type de situations sachant qu'une condition de paix peut en un clic se transformer en une situation de guerre.

## CHAPITRE 2 : LE HANDICAP

Selon l’OMS, le handicap regroupe à la fois les déficiences, les limitations d’activités et les restrictions de participation à la vie sociale. Il désigne les aspects négatifs de l’interaction entre un individu ayant un problème de santé et les facteurs contextuels dans lesquels il évolue (environnementaux et personnels). Ainsi dans la loi de 2005 «pour l’égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées» le handicap est défini comme suit: «constitue un handicap, au sens de la présente loi, toute limitation d’activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d’une altération substantielle, durable ou définitive d’une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d’un polyhandicap ou d’un trouble de santé invalidante».

Selon la définition de l’Organisation Mondiale de la Santé (OMS), « est handicapée toute personne dont l’intégrité physique ou mentale est passagèrement ou définitivement diminuée, soit congénitalement, soit sous l’effet de l’âge ou d’un accident, en sorte que son autonomie, son aptitude à fréquenter l’école ou à occuper un emploi s’en trouvent compromises ». Selon la nouvelle définition donnée par la loi française du 11 février 2005 portant sur l’égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées constitue « un handicap, au sens de la présente loi, toute limitation d’activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d’une altération substantielle, durable ou définitive d’une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d’un polyhandicap ou d’un trouble de santé invalidant. ». Le terme handicap désigne la limitation des possibilités d’interaction d’un individu avec son environnement, causée par une déficience provoquant une incapacité, permanente ou non. Il exprime une déficience vis-à-vis d’un environnement, que ce soit en termes d’accessibilité, d’expression, de compréhension ou d’appréhension. Il s’agit donc plus d’une notion sociale que d’une notion médicale. Selon le Comité National pour la Coordination de l’Action des Handicapés (2016) en France, on peut ainsi répertorier:

## **2.1. LE HANDICAP MENTAL (OU DEFICIENCE INTELLECTUELLE)**

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit le handicap mental, ou déficience intellectuelle, comme « un arrêt du développement mental ou un développement mental incomplet, caractérisé par une insuffisance des facultés et du niveau global d'intelligence, notamment au niveau des fonctions cognitives, du langage, de la motricité et des performances sociales ». Il est marqué d'une prépondérance de sexe masculin. Les causes du handicap sont multiples :

- ✚ A la conception (maladies génétiques, aberrations chromosomiques, trisomie, syndrome de l'X fragile, incompatibilité sanguine...);

- ✚ Pendant la grossesse (radiation ionisante, virus, médicaments, parasites, alcool, tabac...);

- ✚ A la naissance (souffrance cérébrale du nouveau-né, prématurité...);

Après la naissance (maladies infectieuses, virales ou métaboliques, intoxications, traumatismes crâniens, accidents du travail ou de la route, noyades, asphyxies...). La trisomie 21 est la forme la plus connue de handicap mental, et vient d'une anomalie chromosomique. Elle concerne 50 000 à 60 000 personnes en France (soit 10 à 12% des personnes handicapées mentales françaises) et touche 1 000 nouveaux nés chaque année.

## **2.2. LE HANDICAP PSYCHIQUE**

La notion de handicap psychique a été retenue dans la loi du 11 février 2005 dite loi sur le handicap. Il se distingue du handicap mental de la façon suivante : le handicap psychique, secondaire à la maladie psychique, reste de cause inconnue à ce jour (alors que le handicap mental a des causes identifiables). Il apparaît souvent à l'âge adulte alors que le handicap mental apparaît lui à la naissance. Les capacités intellectuelles sont indemnes et peuvent évoluer de manière satisfaisante. C'est la possibilité de les utiliser qui est déficiente. La symptomatologie est instable, imprévisible. La prise de médicaments est souvent indispensable, associée à des techniques de soins visant à pallier, voire à réadapter, les capacités à penser et à décider. Le handicap psychique est la conséquence de diverses maladies :

- ✓ les psychoses, et en particulier la schizophrénie (désorganisation ou dissociation -perte de l'unité psychique-, délire paranoïde -perception erronée de la réalité-, symptômes déficitaires ou négatifs avec une diminution des réactions émotionnelles et apparition de troubles cognitifs) ;

- ✓ Le trouble bipolaire (trouble maniaco-dépressif) ;

- ✓ les troubles graves de la personnalité (personnalité « borderline », par exemple) ;
- ✓ certains troubles névrotiques graves comme les TOC (troubles obsessionnels compulsifs).

La loi de 2005 «pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées» a reconnu de façon officielle les troubles psychiques comme pouvant être à l'origine d'un handicap.

De façon indirecte, elle fait exister une nouvelle catégorie de personnes autrefois amalgamée sous la catégorie du handicap mental.

Cette reconnaissance invite l'ensemble des professionnels du handicap et de la mise en œuvre des politiques sociales à reconsidérer leurs dispositifs et leurs actions au regard de la problématique singulière de ce handicap:

- Quelle est la situation des personnes handicapées psychiques dans les entreprises?
- Quel peut être le rôle attendu de l'entreprise par rapport à l'insertion professionnelle des personnes atteintes de troubles psychiques?
- Quels sont les dispositifs d'accompagnement existants et/ou à envisager?
- Dans quelle mesure l'entreprise doit-elle développer une politique spécifique à ce handicap?
- Quelles sont les limites admises de l'entreprise face aux salariés handicapés psychiques?

Le handicap psychique est difficile à définir du fait de la complexité des troubles qui en sont à l'origine. Contrairement à d'autres types de handicap, par exemple moteurs ou sensoriels, pour lesquels l'origine du handicap est clairement localisée et identifiée, le handicap psychique souffre de la difficulté à cerner la diversité des troubles psychiques qui en sont à l'origine.

Michel Charzat est le premier à avoir évoqué la complexité du handicap psychique dans son rapport à madame Ségolène Royal, alors ministre déléguée à la famille, à l'Enfance et aux personnes Handicapées, «pour mieux identifier les difficultés des personnes en situation de handicap du fait de troubles psychiques et les moyens d'améliorer leur vie et celle de leurs proches» (Charzat, 2002) qui interroge la définition du handicap psychique dans la présentation de ses conclusions. Il part des troubles psychiques comme causes du handicap:

«Le trouble psychique ne touche pas une partie de soi, mais il touche la personnalité dans son ensemble. Il met donc en cause l'identité de la personne, la blesse; sa nature est souvent l'objet d'un déni par la personne elle-même, parfois par une partie de son entourage (...) Les causes du handicap sont diverses: troubles dépressifs graves états psychotiques ou

névrotiques, états limites, détérioration mentale liée à l'âge, à des intoxications ou à des affections neurologiques». L'organisation mondiale de la santé (oms) identifie le handicap psychique à partir des déficiences psychiques (troubles du comportement, de l'humeur, de la conscience...). Or définir le handicap psychique c'est justement dépasser la simple prise en compte des déficiences pour les inscrire dans le vécu social de la personne en termes d'activités et de participation. Prenons un exemple: dans quelle mesure le fait d'avoir des difficultés à me concentrer m'empêche de faire mon travail en temps et en heure, de suivre l'activité de mon équipe de travail et donc de me maintenir dans mon emploi? Ce qui caractérise le handicap psychique c'est «un dysfonctionnement de la personnalité caractérisé par des perturbations graves, chroniques ou durables du comportement et de l'adaptation sociale» (Zribi, 2003, p.10).

Le handicap psychique et le déplacement du pôle pathologique vers la santé mentale et le handicap psychique redéfinit l'expérience de santé mentale dans un référentiel plus large: celui de la capacité de la société à prendre en compte des besoins différenciés. La société, et à plus petite échelle, l'entreprise, en tant qu'espaces de construction du lien et du collectif deviennent des acteurs à part entière du processus de production du handicap psychique

### **2.3. HANDICAP AUDITIF**

Le handicap auditif atteint des personnes atteintes de surdité, qui est un état pathologique caractérisé par une perte partielle ou totale du sens de l'ouïe. Ce handicap peut être présent dès la naissance ou acquis durant la vie de la personne. Les causes de la surdité peuvent être génétiques, virales ou parasitaires (pendant la grossesse), dues à des maladies comme la méningite, toxicité médicamenteuse, accidentelles ou par un traumatisme sonore. Les déficiences auditives ne sont pas visibles, mais souvent stigmatisantes. Les aides techniques, même très perfectionnées, ne font pas disparaître le handicap, et sont utiles lorsqu'il existe une zone d'audition résiduelle suffisante chez la personne sourde. Plus de 4 millions de personnes sont atteintes de handicap auditif en France, dont près de 300000 sont malentendantes profondes à sourdes. La langue des signes française (LSF) est une langue visuelle qui est la langue des signes utilisée par les sourds français et certains malentendants pour traduire leur pensée. La LSF est une langue à part entière et un des piliers de l'identité de la culture sourde. L'oralisation est la capacité de la personne sourde à s'exprimer verbalement. Elle est souvent associée au langage parlé complété. Elle sert à communiquer avec les entendant.

## **2.4. HANDICAP VISUEL**

Les personnes qui ont un handicap visuel sont souvent atteintes de cécité (personnes aveugles), ou de malvoyance. Les causes peuvent être des maladies comme la cataracte (opacification d'une lentille interne) ou le glaucome (touchant le nerf optique), ou héréditaires. La plupart des personnes atteintes de la cécité développent plus profondément leurs autres sens comme celui du toucher. Le toucher qui va servir pour l'apprentissage et la maîtrise de l'alphabet Braille. Cet alphabet permet à ces personnes de déchiffrer les lettres, les chiffres... grâce à l'assemblage de points en relief. Il existe aussi d'autres sortes d'aides mises en place pour les personnes aveugles

## **2.5. HANDICAP MOTEUR**

Un handicap moteur encore connu sous le nom de déficience motrice recouvre l'ensemble des troubles (troubles de la dextérité, paralysie,...) à mesure d'entraîner une atteinte partielle ou totale de la motricité, notamment des membres supérieurs et/ou inférieurs (difficultés pour se déplacer, conserver ou changer une position, prendre et manipuler, effectuer certains gestes). Les causes peuvent être très variées: maladie acquise ou génétique, malformation congénital, traumatisme dû à un accident, un vieillissement...

## **2.6. PLURIHANDICAP**

Le plurihandicap est l'association d'atteintes motrices et/ou sensorielles de même degré, ce qui ne permet pas de déceler l'une plutôt que l'autre en déficience principale. La surdi-cécité (sourds-aveugles) tient une place particulière dans ce type de handicap.

## **2.7. POLYHANDICAP**

Le polyhandicap est un handicap grave à expressions multiples, dans lequel une déficience mentale sévère et une déficience motrice sont associées à la même cause, entraînant une restriction extrême de l'autonomie.

Souvent les personnes polyhandicapées souffrent aussi d'insuffisance respiratoire chronique, de troubles nutritionnels, de troubles de l'élimination et de fragilité cutanée. Les personnes polyhandicapées ne peuvent rien faire par elles-mêmes et ont besoin de l'assistance constante d'une tierce personne pour tous les actes de la vie quotidienne. Elles ne marchent pas, ne parlent pas et donc ne communiquent pas. Elles sont sujettes à des crises d'épilepsie (dans la moitié des cas) ; parfois, elles ne peuvent pas avaler les aliments et doivent être alimentées par sonde gastrique. Cependant, les personnes polyhandicapées comprennent

sûrement beaucoup plus de choses qu'elles ne peuvent en dire et il n'est pas toujours facile de saisir ce qu'elles voudraient exprimer. Nous pensons que le polyhandicap est dû à différentes causes: 30% de causes inconnues, 15% de causes périnatales (dont un nombre très réduit de souffrances obstétricales par rapport aux souffrances fœtales ou grandes prématurités – dysmaturités), 5% de causes postnatales (traumatismes, arrêts cardiaques), et 50% de causes prénatales (malformations, accidents vasculaires cérébraux prénataux, embryopathies dont le CMV (cytomégalovirus) et le HIV (virus du SIDA)).

## **2.8. DIFFERENCES ENTRE HANDICAP MENTAL ET HANDICAP PSYCHIQUE**

### **2.8.1. Le handicap mental**

Il est causé par d'une déficience intellectuelle.

Le handicap mental va de paire avec la déficience intellectuelle, et la conséquence de cette déficience au quotidien pour la personne handicapée.

Du coup, la personne handicapée mentale aura besoin de compenser sa ou ses déficiences...

L'accompagnement humain évolutif et adapté, compensera les déficiences, et permettra à la personne de vivre mieux dans une approche sociétale. Le handicap mental ne peut pas être soigné. L'accompagnement est donc permanent tout au long de la vie.

### **2.8.2. Le handicap psychique**

Il est la conséquence d'une maladie mentale.

La personne malade mentale souffre de troubles d'origines diverses qui entravent et compliquent son mode de comportement. La maladie psychique est plus ou moins grave et peut être plus ou moins longue sur la durée. Par contre, le handicap psychique n'affecte pas directement les capacités intellectuelles. En principe, la maladie psychique est prise en charge par des spécialistes qui prodiguent des soins adaptés.

**Tableau 1 : La loi du 11 février 2005 facilite la distinction entre handicap psychique et mental.**

<b>Handicap mental</b>	<b>Handicap psychique</b>
L'origine des incapacités est : - Endocrinienne / génétique - Néonatale / traumatique	L'origine des incapacités est une maladie psychique dont l'origine biologique ne peut être mise en évidence Etiologie triple : biologique, psychologique et sociale
Il se manifeste dès le plus jeune âge	Il se manifeste généralement à l'adolescence ( + ou – 20 ans)
La principale conséquence est la déficience intellectuelle	Les principales conséquences sont les désorganisations de la pensée et les troubles du comportement
Les incapacités sont généralement fixées	Les incapacités sont généralement non fixées
Bas niveau de la formation initiale et de la qualification	Souvent bon niveau de formation initiale et de qualification (diplôme)
Pas ou peu médicalisé	Traitement médicamenteux et psychothérapique
Stabilité de la situation	Grande variabilité de la situation dans le temps
Acceptation des tâches répétitives et adaptabilité à celles-ci	Refus des tâches répétitives et morcelées, par ailleurs plutôt déconseillées
Acceptation voire valorisation du travail protégé	Refus du travail protégé
La RQTH faisant souvent suite à la CDES et plus facilement acceptée par la personne, sa famille et le monde du soin	La RQTH, souvent demandée tardivement sur préconisation de tiers (AS, médecin, etc.) est difficilement acceptée et jugée stigmatisante par la personne, sa famille et les soignants.

## 2.9. PATHOLOGIES LIEES AU HANDICAP PSYCHIQUE

Les principaux critères de déficiences pris en compte pour le handicap psychique sont les suivants:

- Troubles de la volition :

Apragmatisme, négativisme, compulsions obsessionnelles, ambivalence, inhibition.

- Troubles de la pensée :

Idées obsessionnelles, fuite ou incohérence des idées, lenteur de la pensée, radotage, appauvrissement de la pensée, délire.

- Troubles de la perception :

Illusions, hallucinations, déréalisation.

- Troubles de la communication :

Troubles de la forme, du contenu du langage et de l'expression gestuelle, troubles fonctionnels (mutisme, bégaiement...).

- Troubles du comportement :

Agressivité, agitation, théâtralisme, automutilation, comportements phobiques, rites obsessionnels, instabilité, timidité.

- Troubles de l'humeur :

Troubles dépressifs ou hypomaniaques plus ou moins francs et entravant la vie quotidienne.

- Trouble de la conscience et de la vigilance

- Troubles intellectuels : troubles de la mémoire, du jugement, de l'attention, de l'orientation temporelle et spatiale.

- Troubles de la vie émotionnelle et affective : anxiété, angoisse, doute, indifférence affective, instabilité affective, trouble du caractère, immaturité affective, timidité.

- Expression somatique des troubles psychiatriques : avec altération plus ou moins grave de l'état général.

## 2.10. Le handicap à l'heure des Boko Haram

Ci-dessous nous exposerons des perspectives de handicapologie camerounaise expressément formulées en cette heure de lutte contre le terrorisme au Cameroun. Elles ressortent des travaux

Dans un des chapitres de son livre *Quatre essais de psychopathologie africaine* paru en 2017, aux éditions Dianoa, Mayi revient sur les *Conflits armés, crise humanitaire et souffrance psychique* (pp. 45-59). Il insiste sur la définition du conflit armé, sur « les traditions

*guerrières et les vécus historiques* », sur « *les trois contributions de la guerre* (et qui sont) *les pleurs, le sang, les larmes* », sur « *une approche psychologique des crises humanitaires* », sur « *les traumatismes* » et sur « *la souffrance psychique : la question de la prise en charge* »

« Les conflits armés supposent l'utilisation des armes que celles-ci soient ou non blanches » (p. 45). L'auteur distingue dans cet ordre d'idées (p. 45) « le quidam qui se défend de son agresseur », « les petits et grands délinquants lorsqu'ils agressent leurs victimes avec des armes blanches ou non et/ou lorsqu'ils s'affrontent entre eux (guerres de gangs, c'est-à-dire entre bandes de délinquants organisées), ou encore lorsqu'ils bravent les forces de l'ordre par les mêmes procédés », « les acteurs de revendications et d'engagements sociopolitiques qui font usage des mêmes moyens, même si ce n'est pas toujours dans les mêmes conditions », « les forces de l'ordre, c'est-à-dire celles habilités par les régimes politiques à utiliser les voies de violences publiques internes et externes à l'Etat et susceptibles d'agir ou non sous des couverts officiels d'armées ou de polices ».

Différenciant différents types de conflits armés et de guerres, l'auteur distingue les guerres entre Etats, les guerres civiles, et des « guerres plus fines et moins définies par les oppositions de peuples, de territoires et d'Etats. Elles tendent à correspondre à des velléités idéologiques et politiques aux contours plus ou moins clairement énoncés par leurs auteurs. Elles sont aussi une partie du quotidien historique. Sous la flamme d'une idéologie religieuse ou politique, un groupe d'hommes décide de combattre un Etat ou un ensemble de puissances politiques. A notre moderne époque, on parle alors de *terrorismes* voire de *banditisme armé*. » (p. 47).

Les faits de guerre chez l'auteur vont aussi de pair avec les traditions guerrières. Selon lui, chaque peuple et civilisation essaie de guerroyer à sa manière et surtout selon des principes qui lui semblent moralement supportables. Ceci est important parce qu'au plan psychologique il est aussi question de supporter l'angoisse liée à la culpabilité d'avoir combattu alors que moralement c'était interdit, d'avoir supprimé une personne ou des peuples partiellement ou entièrement, etc. C'est parce que la problématique de la culpabilité et de la gestion qu'elle implique est au cœur de la pratique guerrière que l'on donne souvent à la guerre des traductions religieuses, convoquant la religion pour justifier l'agressivité et le tort fait à autrui ou encore qu'on vous fait. Ainsi, les traditions guerrières en Afrique datent de l'Antiquité. On citera les trois plus connues: le « fétiche du courage et de l'invulnérabilité, la danse rituelle à la guerre et la guerre sur rendez-vous » (p. 49). Elles introduisent la guerre dans l'ordre des faits de civilisation. C'est ainsi qu'on note avec l'égyptologue, « (qu')un usage, commun aux Egyptiens et à leurs voisins, voulait que le combattant manifestât rituellement son état en piquant dans ses cheveux, une ou plusieurs plumes d'autruches. La 'plume de guerre', on la

verra presque toujours fichée sur la tête du hiéroglyphe signifiant 'le soldat', sur les enseignes, et parfois dans la main de l'ennemi terrassé qui capitule. Autre pratique primitive : la danse de guerre. Dans une tombe peinte du Moyen Empire, par exemple, des gaillards emplumés jaillissent comme des diables, se reçoivent sur les genoux et rebondissent ; tendent au ciel une poignée de flèches et font tourner l'arc devant eux. Troisième habitude, peut-être moins archaïque : dans les luttes entre Egyptiens tout au moins, il convenait de batailler sur rendez-vous, en venant du principe : 'N'attaquez pas de nuit à la manière d'un joueur. Combattez quand on peut vous voir. Annoncez la bataille d'avance ! » (Jean Yoyotte 1988 repris par Mayi pp. 49-50).

Pour Mayi, les guerres qui participent à l'expression de la violence sur notre planète ont en commun une conclusion triste. Si jamais « *la guerre joyeuse* » (p. 50), c'est-à-dire celle conduite par des groupes d'individus éprouvant du plaisir pour les violences armées et les torts faits à l'adversaire existe, la guerre elle-même est porteuse de séquelles et souffrances. « Ici, nous souhaiterions user des termes empruntés à Churchill : elle n'a rien à offrir d'autres que des pleurs, du sang et des larmes. Elle laisse, en effet, les peuples et les populations meurtris et les combattants des deux côtés de *la ligne du front* blessés dans leur chair et leur personnalité. Peut-être est-ce là, l'une des raisons encore entretenue par les traditionalistes que la guerre sur rendez-vous et le mépris des prêtres antiques égyptiens pour la *guerre joyeuse*. (p. 59).

Mayi cite deux catégories de catastrophes dont toute guerre est porteuse : les crises humanitaires et les traumatismes. « On sait d'ailleurs qu'un des arguments souvent évoqué chez les politiques et les stratèges militaires en faveur de guerres qui ont leur assentiment et qui ne manque pas d'intérêt est l'idée qu'une guerre propre, qui ferait un minimum de dommages humains, que ceux-ci soient ou non collatéraux aurait la légitimité d'être menée. Mais à la vérité, puisque la guerre signifie essentiellement l'effort de réduction de l'autre et qu'elle ne court le risque de s'achever que si ce dernier a plié l'échine, entendu raison et s'est rendu (ce qui n'est nulle part une valeur des armées), cette doctrine demeure une perspective illusoire. Car on peut alors allègrement penser que la guerre est humaine tant que les hommes survivent même si leurs comforts sont dramatiquement remis en cause. » (p. 51).

Il se découvre ainsi que « la souffrance est au cœur de la problématique de la guerre. Elle commence là où les endomorphines sont activées à jouer leur rôle. Car leur présence même trahit ce qu'elles veulent réduire : le déplaisir et la douleur. Il faut aller encore plus loin. La guerre n'est pas seulement le fait d'une suite d'actes physiques et biologiques, mais aussi humains, interhumains » (p. 53).

L'auteur qui insiste sur la souffrance souligne que « parce que les endomorphines, les autres processus métabolisant la douleur, de même que les régulateurs diencéphaliques du plaisir et du déplaisir n'ont que la finalité biologique de réduire et de contenir les excitations supportables, elles ne peuvent en définitive qu'avoir une action très limitée sur ces capacités de résistance à la souffrance. La souffrance est un fait psychique et non biophysique comme la douleur. Et si la douleur est animale, la souffrance est typiquement humaine. Si la première est liée au registre des hormones et des capteurs neurologiques susceptibles d'informer l'organisme sur ce qui lui advient de désagréable, la seconde a une nature sentimentale. Le sentiment est une fonction de rapport qui nous permet d'évaluer ce qui nous marque et nous impressionne. Il est susceptible de nous contraindre selon deux lignes de forces touchant à la constitution du Moi, et qui sont la dépression et l'exaltation. Soit dans un cas : la dysphorie, la tristesse, l'affliction, le chagrin, la dépression, le dépérissement ; dans l'autre : l'exaltation, la vitalité, l'allégresse, l'euphorie, le bonheur, la joie » (p. 53-54).

C'est ainsi que parce qu'humaine, parce existante parce que confrontant l'homme à l'homme et le soumettant à des situations d'autant plus éprouvantes pour lui qu'il est question de sa liquidité, la guerre est productrice de traumatismes. « On comprendra alors pourquoi, parce que la guerre est cause de malheurs collectifs et individuels, elle est souffrance. L'homme souffre à cause de ce qu'il a vu, senti, touché, entendu, goûté et vécu ; soit les cinq sens et la fonction du sentiment. Il souffre parce cette fonction de relation qualifie les choses, leur confère du sens et de la radicalité. De fait, le sentiment et la sentimentalité font exister les choses, parce qu'elles leur confèrent une existence qui a un sens pour le sujet. Elles les rendent moins absurdes, c'est-à-dire moins traumatogènes » (p. 54).

Le traumatisme est défini par l'auteur sur une base psychologique comme « la conséquence d'un potentiel d'énergie négatif exprimé aussi par ce qu'on appelle *signal d'angoisse*. Le signal d'angoisse est déclenché par tout ce qui rappelle l'*angoisse de la naissance* des psychanalystes. Sur ce plan, il conviendrait de considérer l'angoisse comme ce qu'elle est en réalité : le sentiment dépressif et sans limite de disparition de soi comme être conscient. C'est pour cela qu'il faut comprendre aussi que la seule vraie angoisse est l'angoisse de mort, celle infligée par le sentiment à une personne que sa vie est en danger et qu'on ne peut rien y faire. La mort dont il s'agit n'est pas celle physique, mais le sentiment déprimant d'une mort qui échappe à toute possibilité de figuration claire. Le sujet la vit parce qu'elle le vise de l'intérieur d'autant qu'il ne sait pas en réalité à quoi il veut échapper. Elle cette *chose*, cette ombre intérieure qui sans cesse met en péril son équilibre psychique et le contraint à une vie

de misère. Cette mort échappant à toute possibilité de figuration définitive, elle devient constitutive de ses états de conscience » (pp. 54-55).

Il existe donc un lien fondamental entre l'angoisse, le traumatisme et les capacités de mentalisation chez une personne. « Car l'angoisse elle-même, en ce qu'elle possède un caractère de décharge énergétique disruptive, met en péril l'équilibre psychique du sujet et signifie sa relation narcissique à son porteur. Il n'est pas inutile de rappeler ici que l'angoisse consiste en une force psychique qui dépasse les capacités de gestion de la majorité des individus » (p. 55).

C'est ainsi qu'il est question de souffrance psychique et de prise en charge. L'auteur met alors l'accent sur l'ESPT ou Etat de Stress Post Traumatique caractéristique de la psychologie et de la psychiatrie militaires. « C'est ici l'occasion de signaler l'existence de l'*état de stress post-traumatique (ESPT)* du soldat et qui n'est qu'une variante sur thème du *syndrome de répétition traumatique (SRT)*. L'ESPT se caractérise ainsi par une conscience traumatique et traumatogène de l'événement traumatique (sous la forme d'images, de pensées, de rêves, d'épisodes de *flashback*), et de symptômes spécifiques (difficultés de sommeil, irritabilité, difficulté de concentration, ...). Cette conscience a généralement des répercussions sur le fonctionnement social et professionnel de la personne. Pour le DSM-5 (5<sup>ème</sup> édition), l'ESPT n'est pas un trouble de l'anxiété, mais un des *cinq troubles liés à des traumatismes et des facteurs de stress ('Trauma and Stressor-Related Disorders')*. Son diagnostic se fonde sur huit critères ou groupes de critères qu'il classe en trois grandes catégories : *l'intrusion, l'évitement et l'hypervigilance* » (p. 56).

Pour l'auteur, « il est nécessaire de rappeler que si certaines personnes victimes de troubles et de difficultés psychiques plus ou moins handicapantes en viennent parfois à bout toutes seules par on ne sait quel mécanisme (la nature ayant horreur du vide) la majorité des individus n'y parvient qu'avec le soutien d'autres personnes. Celles-ci sont soit des praticiens (les professionnels en psychologie du handicap ou non, les psychiatres, les psychanalystes, ...), soit des personnes susceptibles de manipuler avec succès les variables et mécanismes transférentiels relatifs à la socialisation des symptômes (religieux, traditionalistes, parentés du sujet). La socialisation des symptômes travaille sur la pénibilité du symptôme et la force du sujet à le supporter, et non pas sur sa capacité de le juguler et de le faire disparaître absolument comme cela est envisagé dans les pratiques scientifiques standards » (p. 58).

Cette constatation conduit alors Mayi à insister sur l'importance du « colloque psychologique » à la fois singulier et privé. Celui-ci est nécessaire pour optimiser les résultats et la fiabilité de l'efficacité thérapeutique. « Le dire est important dans des milieux

socioculturels dominés par l'hétéronomie du Moi. Chez beaucoup de soldats et de policiers, la parole individuelle a besoin de l'autorisation de l'autre pour pouvoir s'exprimer. En retour, le colloque psychologique auquel nous faisons référence est placé sous le sceau professionnel du secret médical. Cela veut dire que si le patient peut dire tout ce qu'il a à dire et surtout ce qui a rapport à son intimité dans ce qu'il rapporte comme étant ce qu'il a dit ou encore ce qu'il considèrerait comme à dire, la clinique lui apporte la garantie qu'elle n'est ni un confessionnal, ni un lieu de récriminations où on ferait des reproches, mais un lieu contexte d'écoute où on lui permet de parler, et parfois de dire avec son corps et/ou par toutes autres méthodes ce matériel qu'il ne parvient pas à verbaliser » (pp. 58-59).

## **CHAPITRE 3 : SUR LE TRAUMATISME ET LE STRESS POSTRAUMATIQUE**

### **3.1.-TRAUMATISME ET CLINIQUE DU PSYCHOTRAUMATISME**

Dans ce paragraphe nous allons aborder la définition du traumatisme avant d'apporter des informations relatives à la psychopathologie du traumatisme.

#### **3.1.1. Le traumatisme**

Laplanche et Pontalis (1967) définissent le traumatisme comme : « évènement 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 termes économiques, le traumatisme se caractérise par un enjeu d'excitations qui est excessif, relativement à la tolérance du sujet et à sa capacité de maîtriser d'élaborer psychiquement ces excitations »

Autrement dit, les auteurs stipulent que le traumatisme est inévitable dans la vie du sujet ce qui requiert dans son aspect pathologique une intensité; c'est-à-dire la force avec laquelle il s'impose au sujet; ce qui induit une réponse variant d'un individu à l'autre selon la capacité de mentalisation ou même de coping chez ces derniers. Et si la force de la stimulation est de nature à bouleverser l'organisation psychique du sujet, il créera un déséquilibre qui pourra en fonction de la tolérance du sujet, le plonger soit dans une situation pathologique légère ou encore durable.

#### **3.1.2.-Quelques éléments du traumatisme**

##### **3.1.2.1.-Le traumatisme psychique**

Le Grand Dictionnaire de la Psychologie(1999) définit le traumatisme psychique comme : «un évènement subit par le sujet qui en ressent une très vive atteinte affective et émotionnelle, mettant en jeu son équilibre psychologique et entraînant souvent une décompensation de type psychotique ou névrotique ou diverses somatisations.» C'est encore un ensemble des perturbations résultant d'un violent choc émotionnel ; un évènement déclenchant chez le sujet un afflux d'excitations dépassant le seuil de tolérance de son appareil psychique.

Mayi (2007) pense que le terme traumatisme semble plus se rapporter aux aspects extérieurs, aux conséquences. Ces conséquences étant liées à un traumatisme quelconque et déteint

progressivement sur des multiples secteurs d'ajustements comportementaux liés à la sensibilité ou prestance, au vécu psychosexuel, à la sensibilité psychosexuelle, à la relation sexuelle, au désir à l'autre comme désir de l'homme selon l'instruction du psychiatre et psychanalyste français Jacques Lacan.

Jusqu'aujourd'hui, les auteurs ne sont pas unanimes sur la définition du traumatisme psychique. Certains pensent que la définition du traumatisme psychique est liée au concept de stress, pour d'autres, elle est indissociable de la psyché et pour d'autres encore, elle produit un handicap psychique. Ce qui nous emmènera à nous appesantir sur certains aspects particulier du traumatisme, cause du handicap psychique.

### **3.1.2.2.-Le traumatisme de la naissance**

Le psychologue Otto Rank, pense que la naissance est un évènement traumatique. Il est important de préciser que de tous les psychanalystes, il est l'un des premiers à la pratiquer bien que n'étant pas médecin. Dès les années 1910, le traumatisme à la naissance a été proposé comme le prototype de l'angoisse chez l'être humain. C'est un point de vue qui considère une fusion originelle entre la mère et l'enfant.

Au moment de la naissance de l'enfant il y aurait donc une rupture de cet état qu'Otto Rank qualifie de traumatique. Cette vision a été corrigée par Jacques Lacan qu'il qualifie de mythe. "Ce mythe en quelque sorte problématique, car il n'est pas freudien, il a été introduit sous un biais énigmatique, celui du traumatisme de la naissance, grâce à Otto Rank; vous savez que faire entrer la naissance sous le biais du traumatisme, c'est lui donner fonction signifiante. En plus, considérer une fusion entre la mère et son enfant est en soi discutable, puisque rien ne prouve la véracité de ce phénomène. C'est un postulat que Lacan interroge.

### **3.1.2.3.-La traumatisation-menace**

Dans la théorie du traumatisme, l'évènement traumatique est relégué au second plan. Et est pris en compte un extérieur menaçant. C'est une menace de castration, ciblée sur l'organe phallique, qui va être déterminante pour Freud dans la structuration psychique et qui sera présente tout au long de son œuvre. A partir de la menace de castration énoncée par les parents telle qu'énoncé par Freud dans le complexe d'œdipe, l'angoisse de castration de l'enfant est une forme de réponse à la menace qui amène progressivement l'enfant à se détacher de l'objet qu'il désire. Ce complexe est au fond un processus qu'il est possible d'appeler traumatisation-menace de castration. Cet aspect du trauma nous intéresse tout particulièrement car il met en avant l'énoncé d'une parole structurante pour la vie psychique

avec l'édification du complexe d'Oedipe. Nous allons reprendre cette théorie dans l'œuvre de Freud en reprenant l'exemple clinique d'un enfant (le cas du petit Hans).

#### **3.1.2.4. Le traumatisme et identification**

Géza Roheim est la référence en matière d'anthropologie psychanalytique. Roheim va être missionnée par Freud pour apporter une contradiction aux travaux de Bronislaw Malinowski dont les travaux remettent en question l'universalité du complexe d'Oedipe. Pendant dix mois, il va résider à l'est de la Nouvelle Guinée pour étudier ses habitants. Il parvient à des conclusions opposées à celle de Malinowski et démontre la force et l'existence du complexe d'Œdipe. L'anthropologie psychanalytique est prise sur ses fondements sur l'idée freudienne qu'il existe un acte meurtrier à l'origine des sociétés humaines. Ce qui est inobservable et n'est pas démontré scientifiquement. Il est conçu comme un mythe qualifié de "mythe de la horde primitive", mythe dont nous reprendrons. Nous pouvons indiquer que cet acte mythique, fondateur des civilisations, est organisé autour de l'interdit du meurtre et de l'interdit de l'inceste. Pour mettre de l'emphase sur cet acte traumatique un certain nombre de rituels s'observent. C'est ce que Théodore Reik dans son livre sur le rituel, composé des quatre conférences sur la couvade en 1914, les rites de puberté en 1915, le Kol Nidre en 1918, et Le Schofar en 1919, va tenter de nous démontrer. Il s'opposera notamment aux thèses socio-historiques de Johann Jakob Bachofen, nous laisse croire que la couvade est le signe de la soumission de l'homme au pouvoir de la femme régnante, en un mot, la protestation masculine contre la domination féminine. Les deux premières conférences sont des textes d'anthropologie générale. Les deux autres conférences se centrent sur les rituels religieux. Reik établit un lien logique entre motivations inconscientes traumatiques et les élaborations secondaires humaines ritualisées.

Dans notre étude, nous allons parler du traumatisme psychique qui a pour conséquence le handicap psychique.

### **3.2. QUELQUES ELEMENTS DE LA CLINIQUE DU PSYCHOTRAUMATISME**

#### **3.2.1. Le Syndrome de Stress Post Traumatique (SSPT)**

##### **3.2.1.1. Essai de définition**

Selon la cinquième édition du *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (DSM-5), le syndrome de stress post-traumatique est un trouble qui apparaît après un choc émotionnel très violent, lors d'un événement ou d'une situation très stressante, menaçante pour sa vie ou son intégrité physique : guerre, attentat, catastrophe naturelle, accident, viol,

etc. La nouvelle édition du DSM apporte des changements importants au diagnostic de TSPT. Le TSPT est passé de la catégorie des troubles anxieux à une nouvelle catégorie, celle des “ troubles liés aux traumatismes et au stress “. Cette catégorie comprend aussi le diagnostic du trouble de stress aigu. La création d’une nouvelle catégorie résulte de la constatation clinique de manifestations de détresse propres aux événements traumatisants.

### **3.2.1.2.-Les critères diagnostiques du DSM-5 sont exposés ci-dessous.**

#### **3.2.1.2.1. Critère A :**

##### **3.2.1.2.1.1. Facteur de stress**

Exposition à la mort, à des blessures graves ou à la violence sexuelle, réelle ou potentielle :

1. Vivre l’événement.
2. Être témoin de l’événement.
3. Apprendre le vécu de l’événement par un proche ou un ami. S’il y a eu mort ou danger de mort, l’événement doit avoir été violent ou accidentel.
4. Être exposé de façon répétée ou extrême aux détails sordides d’événements, en général au cours d’activités professionnelles

##### **3.2.1.2.1.2. Trouble de stress post-traumatique**

Ligne, rassemblement de restes humains, exposition à des détails de violence. Cela ne comprend pas l’exposition non liée au travail par le truchement de médias électroniques, de la télévision, de films ou de photographies.

Les trois groupes du *Manuel diagnostique et statistique IV* (DSM-IV) sont répartis en quatre groupes dans le DSM-5, comme indiqué ci-dessous. Ce changement s’est révélé justifié à la suite d’analyses factorielles, et il faut maintenant constater un symptôme d’évitement pour poser un diagnostic de TSPT.

#### **3.2.1.2.2. Critère B : Symptômes d’intrusion**

Reviviscence persistante de l’événement traumatisant (**une occurrence exigée**) :

1. Souvenirs récurrents, involontaires et intrusifs.
2. Cauchemars traumatisants.
3. Réactions dissociatives (souvenirs) pouvant s’inscrire sur un continuum, allant de courts épisodes de perte de conscience à des pertes de conscience entières.
4. Détresse intense ou prolongée à la suite d’une exposition à des souvenirs traumatisants.

5. Réaction physiologique prononcée à la suite d'une exposition à des stimuli liés au traumatisme.

### **3.2.1.2.3. Critère C : Évitement**

Évitement volontaire persistant de stimuli pénibles liés au traumatisme à la suite de l'événement (**une occurrence exigée**) :

1. Pensées ou sentiments liés au traumatisme.
2. Souvenirs extérieurs liés au traumatisme ( personnes, lieux, conversations, activités, objets ou situations).

### **3.2.1.2.4. Critère D :**

#### **3.2.1.2.4.1. Modifications négatives des cognitions et de l'humeur**

Altérations négatives des cognitions et de l'humeur débutant ou s'aggravant à la suite de l'événement traumatisant (**deux occurrences exigées**) :

#### **3.2.1.2.4.2. Trouble de stress post-traumatique**

1. Incapacité de se souvenir d'éléments essentiels de l'événement (généralement amnésie dissociative non liée à une lésion à la tête ou à la consommation d'alcool ou de drogues).
2. Pensées et attentes négatives persistantes (et souvent déformées) à propos de soi ou du monde (« Je suis une mauvaise personne », « Le monde entier est dangereux »).
3. Condamnation d'autrui ou sentiment de culpabilité déformé persistant pour avoir provoqué l'événement traumatisant ou ses conséquences.
4. Sentiments négatifs persistants liés au traumatisme (peur, horreur, colère, culpabilité ou honte).
5. Sentiment de détachement ou d'éloignement des autres (détachement ou séparation).
6. Sentiment d'étranglement : incapacité persistante à ressentir des sentiments positifs.

### **3.2.1.2.5. Critère E : Modifications de l'éveil et de la réactivité**

Modifications du degré de vigilance et de la réactivité ayant débuté ou s'étant intensifiées à la suite de l'événement traumatisant (**deux occurrences exigées**) :

1. Comportement irritable ou agressif.
2. Comportement autodestructeur ou imprudent.
3. Hypervigilance.
4. Réaction exagérée en sursaut.

5. Problèmes de concentration.

6. Trouble du sommeil.

#### **3.2.1.2.6. Critère F : Durée**

Persistance des symptômes pendant plus d'un mois.

#### **3.2.1.2.7.-Critère G : Importance fonctionnelle**

Importante perturbation ou déficience fonctionnelle liée aux symptômes (sociale, professionnelle).

#### **3.2.1.2.8.-Critère H : Exclusion**

La perturbation n'est pas causée par des médicaments, la prise de substances intoxicantes ou d'autres troubles de santé.

Le DSM-5 propose plusieurs spécificateurs liés à des symptômes dissociatifs ainsi qu'au moment de l'apparition des symptômes traumatiques. La sous-catégorie dissociative est nouvelle. Le sujet présente des degrés de dissociation élevés liés à l'un ou à l'autre des éléments suivants en réaction aux stimuli liés au traumatisme.

1. **Dépersonnalisation** : sentiment d'observer ce qui lui arrive ou d'être détaché de soi (avoir l'impression que « cela ne m'arrive pas » ou de rêver le vécu).

2. **Déréalisation** : impression d'irréalité, de distance ou de distorsions (« les choses ne sont pas réelles »).

**Préciser si** Avec expression retardée.

Le sujet ne remplit pas tout à fait les critères diagnostiques du SSPT jusqu'à au moins six mois après le traumatisme bien que des symptômes aient pu se manifester immédiatement.

#### **3.2.2. Conséquences des révisions dans le DSM-5**

Selon l'analyse des critères du DSM-5, il ne devrait pas y avoir de changement dans la prévalence du SSPT comparativement à ce qu'elle était avec le DSM-IV. Le seul élément retiré de la catégorie des facteurs de stress dans le DSM-5 est le décès d'un proche de causes naturelles, et cela pourrait influencer sur la prévalence du SSPT. Comme c'était le cas à l'usage du DSM-IV, la prévalence du SSPT devrait être plus élevée chez les femmes que chez les hommes ainsi qu'à la suite d'événements traumatisants multiples.

### 3.2.2.1. Trouble de stress aigu

Avant le DSM-IV, il n'existait ni entité diagnostique ni terme clinique pour les symptômes traumatiques se manifestant juste après le traumatisme. En contexte militaire, le terme « réaction de stress de combat » servait à désigner les traumatismes aigus liés à la guerre. En ce qui concerne le trouble de stress aigu, les symptômes apparaissent et disparaissent dans les quatre semaines suivant l'événement traumatisant. Si les symptômes persistent plus de quatre semaines, un diagnostic de SSPT est posé. Le trouble de stress aigu n'a pas été bien étudié jusqu'à maintenant, mais des recherches supplémentaires pourraient permettre de comprendre qui finit par présenter un SSPT. Il faut cerner les interventions adaptées au trouble de stress aigu pouvant réduire le risque de SSPT. La séance de verbalisation du stress dû à un incident critique habituellement offerte à la suite d'un traumatisme important sur les lieux du travail est plus ou moins bénéfique. Certaines études semblent indiquer qu'elle peut être nuisible dans certaines circonstances, en particulier si sa prestation est retardée. Pour certains, la thérapie cognitivo-comportementale axée sur le traumatisme est l'intervention appropriée pendant la période suivant immédiatement le traumatisme.

### 3.2.3. -Eléments d'histoire du Syndrome de Stress Post-Traumatique

À la fin du XIXe siècle, une dichotomie est née à la suite des demandes de dédommagement de la part de victimes d'accidents de chemin de fer, pour leurs "troubles nerveux" à l'époque. Les experts, qui défendaient les chemins de fer, parlèrent de simulation, de théâtralisation, de "névrose de dédommagement" et de "névrose hystérique". C'est alors qu'à cette époque, survient le neurologue allemand Hermann Oppenheim qui proposa le concept de "névrose traumatique", remplacé aujourd'hui par l'expression "Syndrome de Stress Post-Traumatique" (SSPT). Le mot "stress" a été utilisé en 1936 par le physiologiste canadien Hans Selye pour désigner "*la réponse non spécifique de l'organisme à toute sollicitation*". Depuis les années 50, ce mot, au sens sus-défini, a été abondamment utilisé. Selye a montré qu'une très large variété de stimuli qui est soit un changement de la température externe, soit une infection, menace, soit un défi, soit un traumatisme, ou encore une bonne nouvelle, etc. activent des processus physiologiques identiques comme une augmentation de la sécrétion d'adrénaline, des processus qui favorisent l'adaptation de l'individu et la survie de l'espèce. Toutefois, l'individu exposé plus ou moins longtemps à des agents nocifs finit par s'épuiser, puis subit des troubles de plus en plus graves qui peuvent mener à la mort.

Des événements très stressants ou traumatisants peuvent être à l'origine d'un "Syndrome de Stress Post-traumatique". Les critères actuellement requis pour poser ce diagnostic sont les

suivants : La personne a été exposée à un événement qui a menacé son intégrité physique ou psychique, ou elle a été témoin d'un tel événement subi par une autre personne. Elle a éprouvé une peur intense, un sentiment d'impuissance ou d'horreur. Durant l'événement ou peu après, la personne a présenté des symptômes dissociatifs (impression de déréalisation, de dépersonnalisation, d'être dans le brouillard ou détaché de la réalité). Ensuite, l'événement est fréquemment revécu sous forme de souvenirs pénibles ou de cauchemars. Des stimuli associés au traumatisme provoquent de l'angoisse et sont systématiquement évités. L'activation neurovégétative est intensifiée, ce qui se manifeste par des difficultés de concentration, de l'irritabilité, des troubles du sommeil, etc. La personne éprouve des difficultés dans son fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines.

Environ 40% des personnes présentant un état de stress aigu connaissent ensuite un SSPT. Celui-ci se définit par un ensemble de symptômes comparables à l'état de stress aigu, mais persistant au-delà de trois mois. À noter toutefois que, pour poser le diagnostic tel que défini dans le DSM-4, on ne doit pas observer la présence des symptômes dissociatifs qui caractérisent l'état de stress aigu. Par contre, ce diagnostic requiert un émoussement de l'affectivité : la personne a le sentiment de devenir étranger aux autres ; elle s'isole ; elle se trouve incapable d'éprouver des sentiments tendres ; ses intérêts pour des activités importantes se réduisent nettement ; elle a le sentiment que l'avenir est bouché. Dans certains cas, les troubles sont peu nombreux juste après la survenue du traumatisme, mais se manifestent après six mois ou encore plus tard. On parle alors d'un « SSPT à survenue différée ».

Il faudra noter que le fait de ne pas présenter tous les critères du diagnostic d'un état de stress aigu ou d'un SSPT ne signifie nullement une absence de souffrances. Dans une étude irlandaise sur des victimes de viol, 70% de ces femmes présentaient le syndrome typique, mais environ 80% des autres femmes souffraient de plusieurs troubles tels que des souvenirs intrusifs récurrents ou un appauvrissement de la vie affective.

La guerre n'est pas la seule

#### **3.2.4. Le Syndrome de Stress Post Traumatique chez les militaires**

Le "stress post-traumatique" a été présent dans la plupart des guerres dans le monde, dans le sens où des militaires souffraient d'un mal psychique suite aux opérations sur le terrain. Toutefois, le terme officiel de "syndrome de stress post-traumatique" ne fût pas tout de suite utilisé. En effet, bien qu'aujourd'hui il soit un trouble connu et reconnu dans le domaine médical le syndrome de stress post-traumatique a un diagnostic assez récent.

### **3.2.4.1.-L'apparition du syndrome de stress post-traumatique et symptomatologie d'après guerre.**

Les armées notèrent de nombreux troubles psychologiques ressentis par leurs soldats, au fur et à mesure des conflits et de l'augmentation du nombre de personnes atteintes. Ainsi, (Gabriel. 1991, P.10) nous explique qu' « au cours de la Seconde Guerre mondiale, les troupes américaines perdirent 504 000 hommes du fait de traumatismes mentaux, soit l'effectif total de 50 divisions ». De plus, « [...] dans tous les conflits engagés depuis la Première Guerre mondiale, les Américains ont déploré un nombre de pertes pour causes psychiatriques supérieures à celui de leurs morts par balle ou obus » (Gabriel. 1991, P.28). Les termes utilisés pour désigner cette « défaillance » psychique passèrent alors de trouble affectif du soldat, au terme de « soldier's heart » (Anciens combattants, 2006) ou encore de « névrose de guerre », et ce n'est que dans les années 1980 que le terme de « syndrome de stress post-traumatique » voit le jour dans un contexte social bien particulier : l'après guerre du Vietnam. Comme nous l'explique (Baeriswyl. 2011, P.1), « Un chiffre à lui seul résume l'ampleur du problème : 25 ans après la guerre du Vietnam, en 1997, l'armée américaine a recensé 102 000 cas de suicides de vétérans, soit deux fois plus que l'ensemble de ses pertes au combat... ». C'est donc dans ce contexte que l'association américaine des psychiatres recense le SSPT dans son ouvrage de classification, le « Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux », le DSM-III (Andru-Dutailly. 2009, P.48). Dès lors est défini le possible déclencheur du trouble (un stress intense, notamment par contact avec la mort) ainsi que les catégories de symptômes qui peuvent apparaître des mois voire des années après le retour de combat et être persistant. Depuis que le syndrome de stress post-traumatique est défini médicalement, dans un ouvrage de référence, il est possible de préciser les catégories de symptômes que peuvent développer les personnes atteintes de ce trouble. On catégorise ces symptômes en trois grands types : l'intrusion, l'évitement et l'hyperéveil. L'intrusion consiste en des images, des pensées, etc. qui remémorent l'événement traumatique. L'évitement représente les différents moyens mis en place par le malade pour éviter tous les stimuli ressemblant au traumatisme tels que l'évitement phobique, le retrait ou encore la dissociation. Enfin, l'hyperéveil amène la victime à un état de constante vigilance pouvant se manifester par de l'irritabilité, de la colère, etc. (Bras et al. 2011, P.681). Ces symptômes sont à l'origine d'une détresse intense chez les victimes qui ressentent alors des émotions comme la culpabilité, la peur ou la colère. Une des principales caractéristiques de cette maladie psychologique est une forte anxiété qui « [...] s'accompagne souvent d'une série de symptômes physiques qui sont en soi très effrayants. Dans certains cas, les personnes qui

éprouvent ces symptômes craignent de mourir d'une crise cardiaque ou de perdre la raison » (Anciens combattants. 2006, P.12). Pour être officiellement diagnostiqué comme étant atteint de ce trouble, le patient doit développer suffisamment de symptômes afin que tous les critères du diagnostic se manifestent (Paré, 2011). Les symptômes doivent avoir occurrence depuis au minimum un mois. Les militaires atteints de syndrome de stress post-traumatique sont donc soumis à plusieurs épisodes douloureux tant psychologiquement que physiquement rendant leur vie personnelle très difficile.

Le SSPT désigne une réaction psychologique à un événement traumatique intense, en particulier lorsque la vie est menacée. Ce trouble peut affecter n'importe qui, peu importe l'âge, le milieu culturel ou le sexe. Ce n'est que depuis quelques années que l'on entend davantage parler du SSPT, mais on sait que ce trouble est connu depuis au moins l'Antiquité grecque et a été désigné de bien des façons. Pendant la guerre de Sécession, cette affection était connue sous le nom de "*soldier's heart*" qui est un trouble affectif du soldat; lors de la Première Guerre mondiale, elle était désignée par les termes de "traumatisme dû au bombardement", et au cours de la Seconde Guerre mondiale, elle était appelée névrose de guerre. Bon nombre de soldats qui présentaient des symptômes associés à l'ESPT pendant le combat étaient considérés comme souffrant d'épuisement au combat. Au cours de la guerre du Vietnam, c'est l'expression stress de combat qui a été employée pour désigner ce phénomène. Certains sujets qui en étaient atteints ont fini par présenter une affection qui, en 1980, a été appelée syndrome de stress post-traumatique. Le stress post-traumatique peut être perçu comme une réaction normale de l'être humain à des expériences intenses. Dans la majorité des cas, les symptômes s'estompent ou disparaissent au bout de quelques mois, surtout lorsque le sujet bénéficie du soutien de membres de sa famille et d'amis bienveillants. Dans les autres cas, malgré tout nombreux, les symptômes ne semblent pas se résorber rapidement. En fait, ils ont parfois des répercussions indésirables sur la vie de l'individu, jusqu'à la fin de ses jours. De plus, il n'est pas rare que l'intensité des symptômes varie au fil du temps. Ainsi, certains sujets connaissent de longues périodes de répit, mais font une rechute lorsqu'ils sont confrontés à un autre événement stressant de la vie. Dans de rares cas, les symptômes ne se manifestent que des mois, voire des années, après le traumatisme.

#### **3.2.4.2.-Un trouble de plus en plus présent**

80 % des militaires blessés sur le plan physique souffrent aussi d'un stress aigu. Un tiers d'entre eux conservera un stress chronique, le Syndrome de Stress Post Traumatique (SSPT). Ces statistiques justifient une prise en charge multidisciplinaire dans les hôpitaux de l'armée.

Même sans blessure apparente, nombreux sont les soldats qui développent un trouble mental. Chaque année, des milliers d'avis techniques sont rendus concernant des blessures. Une minorité (4-5 %) concerne un stress post-traumatique, mais une augmentation des dossiers présentés à ce titre semble se dessiner, notamment pour ce qui concerne l'armée de terre.

### **3.2.5. Précisions sur la caractérisation de SPT à l'hôpital militaire camerounais**

L'Hôpital Militaire de Yaoundé, Région N°1, qui est l'hôpital de référence en matière de santé militaire au Cameroun et l'un des meilleurs de la ville. Il est doté de presque tous les services qu'on peut trouver dans un hôpital régional ou de statut national. Il est sollicité par toutes les couches de la population aussi bien civiles et militaires pour la qualité de ses services, ses plateaux techniques et la disponibilité de ses personnels médicaux et paramédicaux.

Dans cet hôpital, on traite de SPT. Les patients qui consultent sont reçus suivant des critères retenus par les spécialistes de l'hôpital.

L'hôpital militaire a un service en charge de la réception, du diagnostique et de la prise en charge des patients souffrants de SPT. Il s'agit d'un service de psychiatrie et qui est un des services délocalisés de l'enceinte principale de l'hôpital militaire. Il est situé entre le stade militaire et le Quartier Général.

Ainsi situé dans les locaux du deuxième secteur militaire, le service de psychiatrie est composé de deux bureaux et une salle d'hospitalisation et d'un autre bureau dans les locaux principaux de l'HMR1 de Yaoundé. A la tête de ce service se trouve un psychiatre qui est secondé par deux psychologues.

Habituellement, le patient consulte à l'hôpital militaire pour raison de santé. Après être passé chez le médecin généraliste, il est référé au service de psychiatrie pour qu'il lui soit établi un bilan psychologique si le médecin généraliste fait le constat que les plaintes du patient n'ont pas de fondements biologiques avérés.

Le psychiatre et son équipe reçoivent les malades posant des problèmes de santé mentale. S'ils notent des liens possibles entre l'état de ces derniers et le vécu traumatique d'événements antérieurs, ils peuvent s'engager vers un diagnostic de SPT. Le diagnostic de SPT fait par les psychologues respecte le protocole suivant :

- Etape 1 : Entretien à visée diagnostic il est basé sur les critères diagnostiques de l'état de stress post-traumatique du DSMIV (1994, pp. 209-211)
- Etape 2 : la deuxième étape est l'évaluation du degré de traumatisme sur la base de l'Échelle de Traumatisme de Davidson (ETD), en anglais *Davidson Trauma Scale ( DTS )* -

échelle en annexe. Il s'agit d'un outil d'évaluation mis au point par Jonathan R. T. Davidson et ses collaborateurs en 1997. Il se fonde sur la reconnaissance par les auteurs de multiples expériences traumatiques antérieures diverses, sur les critères diagnostiques notamment ceux portant sur la symptomatologie de l'ÉSP et sur les descriptions du DMS-IV. Aux patients, l'on demande de répondre à dix-sept questions relatives au traumatisme qui fut le plus bouleversant pour eux. Celles-ci sont relatives t aux divers critères diagnostiques d'un ÉSPT, et donnent pour chaque symptôme éprouvé pendant la semaine antérieure une valeur selon une échelle de type Lykert.

Une fois le diagnostic d'ESPT établi le patient est pris en charge. Les coutumes de l'armée sont susceptibles d'apparenter la couverture médico-sanitaire à une obligation que les soldats doivent respecter. Les patients doivent respecter l'obligation de se soigner et les prescriptions faites par leurs médecins traitant. La notion de grade influence les comportements quand elle entre en résonance avec certains comportements parfois décriés dans la relation soignant-soigné. L'on ne discute pas les directives d'un chef de service qui est colonel, car c'est le colonel qui parle, « c'est le médecin qui connaît, le patient suit ». Du point de vue de la prise en charge en psychothérapie et en psychiatrie aurait pour conséquence que le patient ne discute pas le diagnostic établi, les rendez-vous avec les praticiens sont suivis pour l'essentiel à la carte et à la lettre. C'est une habitude à une approche directive de la prise en charge.

Dans les services psychiatriques, dans un premier temps les malades sont hospitalisés afin que les premiers soins soient correctement assurés. Pour les militaires, la prise en charge est gratuite étant financé par le budget des armées. Dans un deuxième moment, les patients peuvent être suivis en externe,, le traitement est ambulatoire. Le degré d'autonomie accordée au malade dépend des responsables du service aux injonctions desquels les soignés doivent se soumettre.

Les personnes qui consultent pour SPT sont fréquentes. C'est ce que l'observation indique, bien que les statistiques ne soient pas établies. Le personnel médical dans ses ambitions thérapeutiques dit qu'il « accompagne ces gens, qu'il soulage leurs souffrances, et qu'il les amène à vivre avec leurs traumatismes ». Ce qui revient à dire qu'il reconnaît qu'il ne soigne pas dans le sens biomédical du terme mais que la psychothérapie consiste à faire retrouver au patient une partie de sa liberté et de son autonomie psychologique et psychosociale perdue.

### **3.3.-Les théories du traumatisme**

De prime abord, nous allons aborder la différence qui existe entre auteur et modèle. Sans plus tarder, nous allons préciser qu'un auteur est une personne qui écrit, monte ou réalise un

ouvrage ou une œuvre alors qu'un modèle est une représentation théorique d'un système d'éléments et de relations plus ou moins complexes.

### **3.3.1.-Le fait de traumatisme dans les orientations de certains auteurs**

Le traumatisme est un des thèmes exploré ces derniers temps à cause des catastrophes qui surviennent tous ces derniers temps. Des auteurs ont parlé du traumatisme; et parmi ces auteurs, nous en avons recensé quelques uns à cause de la quintessence de leurs propos et la vision qu'ils ont du traumatisme.

### **3.3.2. Sigmund Freud (1856-1939)**

Freud a donné au traumatisme psychique un rôle déterminant dans l'étiologie de l'hystérie. Ainsi, en 1892, il développe tout d'abord dans son ouvrage les Etudes sur L'Hystérie (1895), une théorie dite pan-traumatique cité par (Barrois, 1988) ; la névrose hystérique et névrose traumatique étaient avaient toutes deux les mêmes signes et symptômes par conséquent, se confondaient du point de vue de la psychopathologie.

« Dans la névrose traumatique, la maladie n'est pas vraiment déterminée par une passagère blessure du corps, mais bien par une émotion : la frayeur, par un traumatisme psychique » (Freud, 1895).

« Il y a une analogie existant, au point de vue de la pathogénie, entre l'hystérie banale et la névrose traumatique et justifie une conception d'hystérie traumatique » (Freud, 1895).

Par cette théorie, Freud met en exergue la représentation de l'évènement vécu comme un corps étranger interne. Et donc, la situation responsable du traumatisme serait donc l'émotion liée à cet événement psychique. Puis Freud décida d'élaborer la Théorie de la Séduction (1895-1897) dans laquelle le traumatisme était à l'origine une effraction traumatique, sexuelle, passive et passée, d'un adulte sur un enfant. Ce dernier décompose le traumatisme en deux scènes:

La première scène, est qualifiée de séduction: elle fait état d'un enfant qui subirait de façon passive les abus d'un adulte. Elle serait à l'origine du refoulement de la sexualité.

La deuxième, aurait effet durant la période puberté et se manifesterait de manière sournoise ; c'est d'elle que la première tire sa valeur traumatique et engendrerait les troubles, soit la constitution de la névrose. Ainsi, dans la Théorie de la Séduction, Freud s'éloigne de la question des névroses traumatiques. L'étiologie de l'hystérie, de nature sexuelle, se trouvait dans un événement traumatique. C'est en 1897 que Freud abandonne le modèle où l'action traumatique est externe pour développer un autre postulat reposant sur le fait que le

traumatisme est interne, fantasmée. C'est ce qui est l'objet de son explosion intellectuelle de 1905 à 1920, dans *Les Trois Essais sur la Théorie Sexuelle*, sur les théories sexuelles infantiles où les traumatismes apparaissaient comme la résultante de fantasmes inconscients.

Les théories de Freud concernant le traumatisme ont progressivement évolué vers une conception économique de l'appareil psychique où le traumatisme n'apparaissait plus lié à un excès de séduction interne ou externe. Le tournant de la pensée Freudienne sur le traumatisme psychique et les névroses traumatiques a eu lieu en 1916 lors de La 18ème Conférence d'Introduction à la Psychanalyse, intitulée "Fixations to Trauma, the Unconscious". Freud détermina le traumatisme comme «un événement vécu qui, en l'espace de peu de temps, apporte dans la vie psychique un tel surcroît d'excitation que sa suppression ou son assimilation par les voies normales devient une tâche impossible, ce qui a pour effet des troubles durables dans l'utilisation de l'énergie » (Freud, 1916).

Pour Freud, les névroses hystériques ou obsessionnelles névroses spontanées présentaient le même modèle de fixation que pour la névrose de guerre « l'assimilation des unes aux autres est complète sur un point: les névroses traumatiques sont, tout comme les névroses spontanées, fixées au moment de l'accident traumatique » (Freud, 1916). Ensuite, dans son *Au-Delà du Principe de Plaisir* (1920), l'un de ses ouvrages phare, Freud tenta de redéfinir la névrose traumatique.« Le tableau clinique de la névrose traumatique se rapproche de celui de l'hystérie par la richesse en symptômes moteurs similaires, mais en règle générale il le dépasse par ses signes prononcés de souffrance subjective, comme dans les cas de mélancolie ou d'hypocondrie, et par un affaiblissement et une désorganisation très prononcés de presque toutes les fonctions psychiques » (Freud, 1920). Pour Freud, dans ce texte la névrose traumatique était distincte de la névrose de guerre parce qu'elle pouvait se produire en dehors de « toute violence mécanique brutale ». Freud, dans le même ouvrage, élaborait une conception évolutive de la névrose traumatique commune. De ce fait, il «établit une comparaison de l'appareil psychique à une vésicule recouverte d'une membrane qui dirait-il, la protégerait, mettant ainsi en valeur ce qui s'entendrait par pare-excitations. L'ensemble des afflux d'excitations extérieures, susceptibles de rompre la barrière protectrice de l'appareil psychique qui représentait le pare-excitations, ont été appelés traumatiques. La névrose traumatique commune résulterait «d'une effraction étendue du pare-excitations ». Freud souligna l'importance du facteur étiologique purement psychique que serait l'effroi, par opposition à la commotion physique qui résulterait de « l'action d'un danger auquel on n'était pas préparé par un état d'angoisse préalable ». De même, la répétition du traumatisme à travers les rêves a conduit Freud à élaborer la notion de compulsion de répétition. Celle-ci

tenterait d'évacuer les stigmates d'expériences trop excitantes en les remettants en scène. Ainsi, ce phénomène de répétition serait pour l'organisme une tentative de contrôle active de ce qu'il aurait vécu dans la passivité ce qui rejoint la pensée d'un psychologue qui s'exclama en ces termes : « l'homme se défend contre la terreur par l'angoisse ». Ensuite, c'est grâce au renouvellement de la théorie de l'angoisse dans l'ouvrage *Inhibition, Symptômes, Angoisse* (1925) que la notion de traumatisme, et non plus uniquement celle de la névrose, ont pris une valeur. « L'angoisse, réaction originaire à la détresse dans le traumatisme, est reproduite ensuite dans la situation de danger comme un signal d'alarme. Le moi qui a vécu passivement le traumatisme, en répète maintenant de façon active une reproduction atténuée dans l'espoir d'en diriger le cours à sa guise (...) il cherche à maîtriser psychiquement les impressions de sa vie ». Freud reprécisa dans cet ouvrage que les névroses traumatiques de guerres « ont avec les névroses actuelles des caractères communs ».

En 1939, Freud est revenu sur les traumatismes infantiles et leurs rôles étiologiques dans les névroses. Ceux, dans *L'homme Moïse et la Religion Monothéiste*. Il distingue deux types de traumatismes: les traumatismes positifs et les traumatismes négatifs. Dans les traumatismes positifs il met l'accent sur la répétition « contrainte de répétition » et la remémoration « fixation au traumatisme »; les traumatismes négatifs quant à elles ne pourraient être remémorés ou répétés ; elles seraient à l'origine « d'inhibition » « d'évitement » ou de « phobies ». Deux nouvelles notions viennent compléter sa théorie: les blessures narcissiques et le caractère perceptif des événements traumatiques. « Les traumatismes sont soit des expériences touchant le corps même du sujet, soit des perceptions sensorielles, affectant le plus souvent l'ouïe, il s'agit donc d'expériences ou d'impressions ». Enfin, Freud (1940) est revenu, vers la fin de sa vie sur la question de la névrose traumatique, en laissant ouverte la question de leur particularité. « Il semble que les névroses ne s'acquièrent qu'au cours de la prime enfance, bien que leurs symptômes puissent être bien plus tardifs... Il est possible que ce qu'on appelle névroses traumatiques déclenchées par un sentiment trop intense de peur ou des chocs somatiques graves tels que des collisions de trains, éboulement, constituent une exception: toutefois leurs relations avec le facteur infantile se sont jusqu'ici soustraites à nos investigations ».

Le traumatisme psychique, du point de vue psychanalytique apparaît aujourd'hui comme purement économique et énergétique. Ce modèle final du traumatisme psychique chez Freud sera abordé d'un point de vue psychanalytique par la suite par d'autres auteurs et utilisée par d'autres auteurs.

### 3.3.3. Pierre Janet (1859-1947)

Pour Pierre Janet, la théorie du traumatisme psychique qui est à l'origine cognitivo-émotionnelle connaît actuellement un d'intérêt plus important. Dans l'Automatisme Psychologique (1889) de Pierre Janet, ce dernier défend l'origine traumatique de certaines hystéries. Quel que soit l'origine du traumatisme, il pense que, le rôle de l'émotion et des sentiments associés est capital. Janet a distingué deux niveaux de vie psychique: un niveau supérieur, conscient, et un niveau inférieur, qui est celui de l'Automatisme Psychologique. Il pense que la pensée normale serait la synthèse des deux niveaux conscient et inconscient, ce qui permettrait de rendre plus uni le Moi. Les émotions extrêmes, l'épuisement pourraient être à l'origine d'un rétrécissement du domaine d'action de la conscience. Janet met de l'emphase sur les prédispositions individuelles. Chez certains sujets, le rétrécissement du champ de la conscience ne favoriserait plus une synthèse correcte. Certains éléments seraient synthétisés par la conscience, tandis que les autres seraient l'apanache de l'inconscient. Il s'opère alors une dégénérescence psychologique ou encore division qui expliquerait que certaines pensées, émotions ou comportements, pourraient alors fonctionner sans pour autant avoir besoin d'être stimulés. Les pensées isolées qui ne font pas partir du fonctionnement global sont appelées par Janet idées fixes. Elles se développeraient en dehors de la volonté de la conscience c'est-à-dire d'elles-mêmes. « La puissance de semblables idées dépend de leur isolement, elles grandissent, s'installent dans la pensée à la façon d'un parasite et ne peuvent plus être arrêtées dans leur développement par les efforts du sujet, parce qu'elles sont ignorées, qu'elles existent à part dans une seconde pensée séparée de la première » (Janet, 1889). Janet pense que s'il ya une dissociation, les traumatismes en seraient l'origine. Ainsi, ils affaibliraient la capacité de synthèse et provoqueraient un état de faiblesse psychologique, dans lequel les éléments dissociés pourraient revenir à la conscience. L'idée fixe quant à elle, inconsciente, ressort ici comme une conséquence de cet affaiblissement. Pour Janet, la recherche de ces idées fixes inconscientes est capitale ; elle se fera en utilisant des voies telles que l'hypnose. C'est par le cas de Marie que Janet illustra sa thèse. Il présenta le cas de Marie comme suit : Marie était une jeune hystérique de 19 ans considérée comme folle et inguérissable. Lors de ses crises convulsives et de délire, elle présentait ce que nous appellerions aujourd'hui des symptômes de reviviscence, conséquences de traumatismes antérieurs mis à jour par Janet grâce à l'hypnose. « Quand une personne, tourmentée par un mauvais souvenir, part en voyage pour l'oublier, le chagrin monte en croupe et galope avec lui » (Janet, 1889). (Kédia, 2009) renchérit en disant que Janet a abouti à trois résultats fondamentaux:

- les symptômes de certains patients pourraient être en relation avec des événements traumatiques;
- une dissociation de la conscience surviendrait chez eux à certains moments et pourrait laisser émerger une personnalité seconde, liée à une idée fixe inconsciente;
- la modification d'un souvenir traumatique sous hypnose pourrait faire disparaître les symptômes.

C'est pourquoi (Kedia, 2009) en guise de conclusion affirme que la conception que Janet a de la dissociation psychique présente aujourd'hui une importance majeure dans le champ de la psychotraumatologie

### **3.3.4. Sandor Ferenczi (1873-1933)**

Ferenczi, médecin militaire a apporté sa contribution à la notion de traumatisme grâce à la névrose traumatique, et par rapport à la notion de traumatisme psychique, pendant la première guerre mondiale. Pendant la guerre, Il fut mobilisé en tant que médecin chef de service de neurologie dans un hôpital militaire. Il fut amené à traiter un grand nombre de cas de soldats névrosés de guerre. Par l'observation d'anomalies de la marche, il étudia la relation existant entre traumatisme psychique et physique. Il examina ainsi le cas d'un homme qui présentait le côté gauche atteint de façon permanente de tremblement «soufflé par un obus sur sa gauche, si le cerveau qui fonctionne de manière asymétrique, était réellement endommagé, c'est le côté droit de son corps qui aurait dû entrer dans un dysfonctionnement total. L'homme semble donc trembler par peur rétroactive de l'explosion qui a eu lieu sur son côté gauche» (Ferenczi, 1918). Dans les suites du traumatisme, Ferenczi étudia aussi le temps de latence des névroses. Il démontra les disparités qui pouvaient exister entre l'intensité du trauma et l'importance des manifestations psychiques. Il fit valoir ainsi certaines différences de prédisposition aux névroses chez les patients. Au cours du Vème Congrès International de Psychanalyse organisé à Budapest, Ferenczi fit une critique des théories organicistes, mais aussi des théories psychogénétiques simples qui considéraient les névroses traumatiques comme des hystéries simulatrices, à la recherche de compensations financières. Ses apports théoriques concernaient notamment l'appartenance des névroses traumatiques au groupe des psychonévroses narcissiques. Il insista sur la notion de régression au stade infantile de l'amour de soi, révélé par les changements de caractère, et les troubles du contrôle émotionnel. « La personnalité de la plupart des traumatisés correspond donc à celle d'un enfant gâté, sans inhibitions et méchant à la suite d'une frayeur. »Ferenczi insista sur l'importance du facteur événementiel en disant que personne n'était à l'abri d'une névrose

traumatique puisque le stade narcissique est un point de fixation important du développement libidinal de tout être humain. » La première théorie pan traumatique de Freud qui énonce “Le traumatisme sexuel comme facteur pathogène “fut reprise par Ferenczi. Ces traumatismes surviendraient de façon précoce, souvent même avant l’acquisition du langage et seraient directement responsables des troubles, sans période de latence. Il exposa sa théorie dans son ouvrage *Confusion de Langues entre Adultes et Enfants* publié en 1932. «Un adulte et un enfant s’aiment, l’enfant a des fantasmes ludiques (...) il n’en est pas de même chez les adultes ayant des prédispositions psychopathologiques (...) ils confondent les jeux des enfants avec les désirs d’une personne ayant atteint la maturité sexuelle et se laissent entraîner à des actes sexuels sans penser aux conséquences» (Ferenczi, 1932). Cette confusion de langues serait à l’origine d’un traumatisme constitutif chez l’enfant et aurait des effets désorganisateur sur l’enfant du fait de sa personnalité faiblement développée. De plus, l’enfant présenterait une identification à l’agresseur en lien avec l’introjection de la culpabilité de celui-ci. «La personnalité encore faiblement développée réagit au brusque déplaisir non pas par la défense mais par l’identification anxieuse et l’introjection de celui qui la menace ou l’agresse » (Ferenczi, 1932). Concernant la clinique du traumatisme, Ferenczi l’exposa en deux temps. Le premier temps ou celui de la commotion ou choc initial. Il constituerait le moment de rupture de l’intégrité du Moi. Les effets seraient immédiats, profonds, destructeurs et durables. Le deuxième temps, celui de «l’auto clivage narcissique», ou le Moi fragmenté, en errance, abandonnerait le corps constituant une forme de défense par clivage: «Une partie de leur personnalité, le noyau même de celle-ci est restée fixée à un certain moment». Ferenczi insista, sur l’effet “traumatogène“ des rêves de répétition «la tendance à la répétition dans la névrose traumatique a aussi une fonction utile, elle va conduire le traumatisme à une résolution si possible définitive, meilleure, que cela n’avait été possible au cours de l’événement originaire commotionnant » (Ferenczi, 1932).

La théorie de Ferenczi, pour laquelle il fut en total désaccord avec Freud prôna l’importance de l’origine sexuelle du traumatisme. Le traumatisme résulterait donc, selon lui, d’une absence de réponse de l’objet ou d’une réponse inappropriée visant à satisfaire les besoins de l’adulte, face à une situation de détresse ressentie par l’enfant. C’est de façon posthume en 1933, qu’a été publié le texte réflexions sur le traumatisme(1931) où il détailla les caractéristiques de la commotion psychique définie par :

- l’anéantissement du sentiment de soi,
- la perte du sentiment de son enveloppe, de sa forme,
- l’absence de préparation,

- la précession du sentiment d'être sûr de soi,
- l'irreprésentabilité de l'événement,
- la survenue immédiate de l'angoisse qui se transforme en peur folie,
- l'incompréhension de l'entourage.

### **3.3.5. Otto Fénichel (1897-1946)**

Otto Fénichel en 1945, publia *The Psychoanalytic Theory of Neurosis* dans laquelle il fit une place au traumatisme et à la névrose traumatique. Il décrit un modèle de traumatisme essentiellement économique, issu des conceptions Freudiennes. Quant aux névroses traumatiques, leur place serait dans les psychonévroses selon Fénichel.

L'appareil psychique devrait être en mesure de rétablir un équilibre psychique si celui-ci a été perturbé par un élément extérieur selon la pensée de Fénichel. S'il y a échec ou impossibilité à rétablir l'équilibre, il y aurait alors constitution d'un état de danger déterminé par une tension trop élevée. Cela pourrait survenir notamment lorsque l'intensité de l'événement est trop importante, ou bien si l'économie psychique de l'individu est trop faible ou altérée. Fénichel (1972) décrit ainsi les symptômes des névroses traumatiques :

- le blocage ou l'affaiblissement des diverses fonctions du Moi,
- les crises émotives incoercibles,
- les insomnies, avec des perturbations graves du sommeil et des rêves où sont revécus le traumatisme,
- la répétition mentale,
- et enfin, des complications névrotiques secondaires.

### **3.3.6. Les modèles théoriques**

Dans les lignes ci-dessous, nous allons présenter les contributions de certaines écoles de pensée. Il s'agit de modèles théoriques explicatifs du traumatisme qui sont : la perspective phénoménologique, le modèle des deux facteurs de Mowrer, le modèle biopsychosocial de Jones et Barlow, le modèle d'action cognitive de Chemtobetal, le modèle des conceptions fondamentales ébranlées de Janoff-Bulman, les modèles biologiques

#### **3.3.6.1. La perspective phénoménologique**

##### **3.3.6.1.1. Une approche spécifique en philosophie et dans les sciences du comportement**

Après les premières théories psychologiques, en particulier grâce à des médecins psychiatres militaires français qui se référaient à Freud ou à Lacan, un modèle phénoménologique du

trauma s'est développé. Puisque nous donnons le sens de "*l'étude des phénomènes tels qu'ils se présentent à la conscience*" à la phénoménologie, nous pouvons dire d'après ces théories, que l'événement traumatique ne pourrait trouver son sens qu'en fonction d'un contexte préalable. Il serait alors à l'origine d'une reconfiguration complète de ce même contexte. Il générerait ainsi un anéantissement des assises interprétatives du sujet ou encore un effondrement du monde, comme possibilités à partir desquelles s'élabore un sens. C'est autour de la rencontre avec « *le réel de la mort* » et du « *non sens du trauma* » qu'une nouvelle élaboration de la névrose traumatique est née telle que nous allons la décrire dans les paragraphes suivants.

### **3.3.6.1.2. Quelques contributions**

#### **3.3.6.1.2.1. Claude Barrois**

Selon Claude Barrois (1988), les névroses traumatiques sont la résultante non pas d'un événement mais d'un « *accident vécu comme brutal et soudain* », une « *catastrophe intime, singulière* » qui conduit l'homme dans le *tragique*. Le facteur traumatisant apparaît comme un « *dévoilement, une révélation* » pour le sujet. La *scène traumatisante* contient une donnée constante, qui est la rencontre de la personne avec le *réel de la mort* mais elle présente aussi « *quelque chose de l'apparition* ». Le sujet entend alors « *l'oracle de son destin* » et connaît l'*effroi*, « *la mort de soi comme vérité ultime* ». « *L'affect d'effroi, avec l'attaque et le dévoilement, la révélation, sont l'annonce faite au sujet qu'il n'est finalement rien* » (Barrois, 1988). L'accident, loin d'être oublié, sera à l'origine du syndrome de répétition. « *Il constitue par excellence l'éternel revenant dans le syndrome de répétition* ». Les symptômes de la névrose traumatique tenteront d'arrêter ce processus mortifère ou de graver la *scène traumatisante*.

#### **3.3.6.1.2.2. Louis Crocq**

Louis Crocq (1999) dès 1965 prône une vision phénoménologique du trauma, reposant sur trois éléments : « *l'aliénation traumatique* », « *le bouleversement de la temporalité* », et « *le non sens impliqué par le trauma* ». Il envisage la névrose traumatique non pas comme la conséquence de certains processus, mais comme « *une construction factice du monde, dans un bouleversement de la temporalité, marquée du sceau de l'omniprésence du trauma horrifiant* ». La névrose traumatique se caractérise par *l'aliénation traumatique* ou encore le changement de personnalité « *un être nouveau est en eux, un être en qui ils ne se reconnaissent pas* ». Elle apparaît dans ce sens, selon Crocq comme l'« *expression*

*inauthentique d'une personnalité bouleversée dont la mémoire est parcellaire et mal informée* ». Ceci explique les vécus de dépersonnalisation que peuvent exprimer les personnes. Cette expérience « *infiltré le présent* », « *obstrue l'avenir* », « *réorganise le passé qui s'est arrêté à l'expérience du trauma* », elle est ainsi à l'origine d'un bouleversement de la temporalité, « *chez le traumatisé, l'écoulement harmonieux du temps s'est arrêté* ». Crocq réinterroge la question du « *sens et du non sens* » du trauma. Pour lui, il s'agit d'une expérience de *non sens* avec un ébranlement des trois convictions narcissiques du sujet : « *invulnérabilité; environnement protecteur ; autrui secourable* ». Cette épreuve constitue pour le sujet un « *bouleversement profond de l'être, dans ses rapports avec le monde, et avec lui-même* ».

### **3.3.6.1.2.3. François Lebigot**

Pour François Lebigot (2001), la clinique du traumatisme est une clinique d' « *une rencontre non manquée avec le réel de la mort* ». Selon lui, nous vivons comme si nous étions immortels, et lors de l'effraction traumatique, il n'y a rien pour recevoir l'image de la mort « *la mort ne figure pas dans l'inconscient, et d'ailleurs, par quoi pourrait être représenté le néant ?* ». Cette effraction traumatique génère l'expérience d'effroi qui est capitale. Lebigot décrit l'effroi comme « *ces soldats qui n'ont pas eu le temps d'avoir peur* ». L'effroi serait une expérience d'absence de mot, d'émotion et de support pour la pensée. A l'effraction traumatique peut être ajoutée une effraction de perceptions des organes des sens. L'instant traumatique est caractérisé par sa soudaineté et sa brièveté. Lebigot souligne certaines exceptions, notamment les agressions sexuelles. L'image traumatique de mort s'inscrit dans le psychisme de l'individu et celle-ci « *réapparaîtra telle qu'elle est au temps présent* ». Cette image de mort générera angoisse et dépression. Par la suite se produit une « *transformation* » du sujet (sentiment d'abandon, troubles du caractère). Enfin, la culpabilité apparaît omniprésente, renforcée par le syndrome de répétition « *le traumatisme équivaut à une plongée dans l'originale, c'est-à-dire à une transgression ... chaque réapparition de la scène sera connotée de culpabilité* ». Malgré les différences existantes entre les théories phénoménologiques que nous venons d'exposer, et les théories psychologiques de Freud Janet et Ferenczi, il nous semble qu'elles présentent certaines similarités. C'est le cas du modèle économique de l'appareil psychique décrit par Freud que nous retrouvons dans la théorie de François Lebigot (2001).

### **3.3.6.2. Les approches comportementales et cognitives**

#### **3.3.6.2.1. Le modèle des deux facteurs de Mowrer (1960)**

Ce modèle comportemental est fortement inspiré des travaux de Pavlov et de Skinner sur les mécanismes d'apprentissage. Il a été adapté par Keane et al. (1985) ainsi que par Kilpatrick et al. (1985) pour la problématique du TSPT suivant un traumatisme militaire ou sexuel. Selon ce modèle, le conditionnement classique (apprentissage des réponses de peur) et le conditionnement opérant (apprentissage des comportements d'évitement) expliquent le développement et le maintien du TSPT. Les symptômes du TSPT s'expliquent d'abord par un conditionnement classique aversif. Les stimuli neutres (bruits, objets, odeurs, cognitions, sensations physiques) qui sont présents en même temps que le stimulus inconditionnel (l'événement traumatisant) acquièrent les propriétés aversives de ce stimulus. Leur seule présence provoquera subséquemment une réponse conditionnée, c'est-à-dire une réponse anxieuse similaire à celle provoquée par l'événement traumatisant original. Les stimuli neutres deviennent donc des stimuli conditionnels.

Ces stimuli conditionnels acquièrent eux aussi la capacité de conditionner d'autres stimuli placés en contiguïté temporelle ou qui leur sont similaires et ce, par les mécanismes de conditionnement «de second ordre» et de «généralisation des stimuli». Ainsi, une grande quantité de stimuli neutres acquièrent les propriétés aversives de l'événement original, c'est-à-dire la capacité de provoquer des réponses émotives et Physiologiques intenses d'anxiété, de détresse et de peur. Parallèlement à cet apprentissage, l'individu apprendra face à un conditionnement opérant à utiliser des comportements d'évitement afin de ne pas être exposé aux stimuli conditionnels perçus comme aversifs: c'est le principe de renforcement négatif. Plusieurs comportements d'évitement et d'échappement qui possèdent le potentiel de diminuer ou d'éliminer les réactions aversives.

Le modèle des deux facteurs, en intégrant le conditionnement classique, parvient à expliquer les réactions anxieuses, de la victime à des stimuli antérieurement et actuellement inoffensifs mais qui ont été associés à l'événement traumatique. Ce modèle permet aussi de mieux comprendre pourquoi la victime développe des réponses anxieuses à des stimuli qui étaient pourtant absents lors du trauma. En agissant dans le temps, ces principes expliquent le maintien et l'aggravation de la symptomatologie puisque de plus en plus de stimuli provoqueront des réponses conditionnées aversives. De plus, l'inclusion de la notion de renforcement négatif permet d'expliquer le développement de comportements d'évitement, de retrait social, de détachement émotif, d'agressivité ou de consommation abusive de drogues

ou d'alcool qui seront fonctionnellement répétés car ils sont incompatibles avec l'anxiété. Un aspect plus limitatif de ce modèle provient des difficultés à expliquer le développement différentiel du TSPT puisqu'aucune variable médiatrice n'est envisagée entre l'exposition au traumatisme et le développement des symptômes. De plus, selon Foa et al. (1989), la principale faiblesse de ce modèle constitue son incapacité à différencier le développement et les symptômes du TSPT de ceux de la phobie. Modèle de traitement émotionnel de l'information de Foa et al. (1989) et Foa et Kozak(1986). Ce modèle s'appuie sur la conceptualisation bio-informationnelle de Lang (1977, 1979,1985) et sur sa notion de structure cognitive propositionnelle de peur. Selon cet auteur, la peur se décrit selon trois systèmes de réponses : cognitive, affective, comportementale et physiologique qui s'inscrivent dans une structure cognitive dans la mémoire à long terme. Cette structure trouve son inscription dans le système neuronal et crée un réseau stable reliant entre eux le souvenir de l'événement, les réponses physiologiques et le comportement. Le modèle de TSPT de Foa et de ses collaborateurs intègre cette notion de structure cognitive stable et postule qu'un élément supplémentaire en fait partie: l'interprétation de danger entre les stimuli traumatisants et les réponses. Ils conçoivent cette structure de peur comme un réseau complexe d'interconnexions dont l'objectif premier est de préparer l'individu à une éventuelle réaction de défense ou de fuite face à un danger. Selon leur modèle, c'est l'attribution d'une signification de danger à un lien stimulus-réponse autre fois considéré comme sécuritaire ou neutre qui serait à la base du développement du TSPT. Foa et al. (1992) insistent sur le caractère «nocif»(pathogène) des caractéristiques d'imprévisibilité et d'incontrôlabilité du stimulus aversif original(pour une recension exhaustive des recherches menant à cette notion, voir Mineka et Kihlstrom, 1978). Ils considèrent qu'une victime développera davantage de symptômes de TSPT si l'événement traumatique est perçu comme une expérience incontrôlable et imprévisible. En effet, cette perception ébranle fortement la croyance de la victime qu'elle est capable de discriminer entre un élément (situation, endroit, individu, etc.) sécuritaire et un élément dangereux. Conséquemment, plusieurs liens stimuli-réponses auparavant neutres ou perçus comme sécuritaire s'acquièrent une signification de danger. Ceci fait en sorte que de nouveaux liens ayant maintenant une attribution de danger sont incorporés à la structure de peur. Cette transformation de la structure de peur a pour conséquence de provoquer un plus grand nombre de réactions anxieuses et de comportements d'évitement chez les individus souffrants de TSPT.

Selon ces auteurs, la structure cognitive des individus présentant un TSPT diffère de celle des individus souffrant de phobie selon trois aspects: les réponses sont plus intenses, la structure

est plus complexe, étendue et organisée et elle est plus facilement accessible. Ces caractéristiques font en sorte que la structure de peur est rapidement et facilement réactivée puisque l'exposition à des stimuli (internes ou externes) similaires à ceux enregistrés dans la structure, active tout le réseau d'interconnexions d'informations. Cette activation déclenche des symptômes intrusifs (reviviscences, cauchemars...) et les réactions affectives, physiologiques et comportementales associées.

La principale contribution de ce modèle réside dans son intégration du concept de «signification de danger» attribuée au lien stimulus réponse. Cet apport cognitif intéressant permet d'expliquer la généralisation de la peur de la victime à des situations et stimuli qui ne sont pas reliés à l'événement traumatique original. Une autre contribution novatrice concerne les caractéristiques spécifiques de la structure cognitive de peur des individus souffrant d'un TSPT, ce qui permet d'expliquer pourquoi ces individus évitent certains éléments davantage et de façon plus généralisée que les individus souffrant d'autres troubles anxieux. De plus, cet ajout permet d'expliquer l'apparition des symptômes intrusifs vécus par les victimes. Cependant, la difficulté de ce modèle d'expliquer les symptômes d'hyperactivité neurovégétative communs au TSPT pourrait constituer une limite non négligeable.

### **3.3.6.2.2. Le modèle d'action cognitive de Chemtobetal.(1988)**

Chemtobetal. (1988) propose un modèle conceptuel découlant des travaux de Roitblat (1986,1987) et des modèles de Lang (1979), de Foa et al. (1986), d'Horowitz (1986) et de Beck et Emery (1985). S'inspirant des récents travaux de psychologie cognitive fondamentale, les auteurs conçoivent le cerveau comme un assemblage complexe de nœuds simples de traitement d'information. Les pensées, images, actions, émotions et comportements sont tous représentés et interconnectés dans un réseau d'information neuronal hiérarchisé. Chacun des nœuds d'information interagissent entre eux par potentiel d'excitation et d'inhibition. L'activation d'un nœud (qui peut être une pensée, un comportement ou une action) est contrôlée à la fois par les stimuli qu'il reçoit de l'environnement et par activation (ou l'inhibition) reçue d'un nœud de niveau supérieur.

Les auteurs considèrent que chez les individus ayant vécu un traumatisme, la perception de menace (de danger) est toujours activée (même minimalement). Cette activation est normalement contrôlée par une action inhibitrice envoyée par des nœuds incompatibles. Il suffit qu'un minimum d'information de danger soit détecté pour qu'il y ait inhibition de l'action de ces nœuds incompatibles, ce qui entraîne alors une réactivation de la menace de danger. Cette réactivation va conséquemment activer l'anticipation du danger ainsi que tous

les nœuds d'information qui y sont reliés, ce qui provoque des pensées et images intrusives et des réponses comportementales et physiologiques d'alerte. La conscience par l'individu de l'activation de ses réponses comportementales et physiologiques lui procure une autre «preuve» de la présence d'un danger. Il est en état d'alerte et centre toute son attention à rechercher des signaux internes ou externes indiquant le danger. Cette hyper vigilance augmente la vraisemblance qu'un stimulus soit interprété de façon catastrophique. Conséquemment, il y a augmentation de la perception de menace de danger, ce qui perpétue le cercle vicieux. Ce mécanisme de rétroaction positive est considéré par les auteurs comme sous-jacent à l'induction d'un épisode de TSPT. Les mécanismes impliqués dans cette boucle (détection de stimuli reliés au danger, biais confirmatoire) sont théoriquement présents chez tous les individus et non seulement chez ceux qui souffrent d'un TSPT. Cependant, ce modèle précise les caractéristiques neuronales qui distinguent les individus souffrant de TSPT des autres:

- 1) ils présentent une activation de base de la menace de danger, ce qui les prédispose à chercher et interpréter les évidences de ce danger ;
- 2) ils possèdent une prédisposition pour activer le cycle de rétroaction positive ;
- 3) ils atteignent des niveaux d'activation de la menace de danger plus intenses. Les individus souffrant de TSPT atteignant des niveaux d'activation anormalement élevés, les informations représentant des alternatives à l'interprétation de danger seront moins efficaces pour inhiber cette perception.

Cette conceptualisation est utile afin d'expliquer certains symptômes du TSPT: les pensées et images intrusives sont causées par l'activation «en cascade» des nœuds supérieurs de menace de danger aux nœuds inférieurs représentant des éléments qui y ont été associés (émotions, comportements, pensées, etc.). Enfin, la boucle de rétroaction positive permet d'expliquer les symptômes d'hyper vigilance et d'hyperactivité neurovégétative. Cependant, le modèle de Chemtobetal. (1988) ne considère aucune variable modératrice. Le développement différentiel du TSPT est expliqué par les caractéristiques spécifiques à la structure de peur qui prédisposeraient certains individus à souffrir de TSPT suite à l'expérience d'un événement traumatique.

### **3.3.6.2.3. Le modèle des conceptions fondamentales ébranlées de Janoff-Bulman (1985)**

Le modèle de Janoff-Bulman (1985) met l'accent sur l'impact bouleversant de l'expérience traumatique sur les conceptions de la réalité de la victime. Selon ce modèle, l'événement

traumatique ébranle ou invalide spécifiquement trois conceptions fondamentales de la victime:

1) Sa conception de sa relation avec le monde ;

2) Sa perception du monde

3) Sa perception d'elle-même. C'est l'invalidation de ces conceptions par l'événement traumatisant et la difficulté pour la victime d'assimiler l'écart entre ces conceptions de base et l'expérience de victimisation qui favorisent le développement et le maintien des symptômes de TSPT.

La première conception fondamentale, c'est-à-dire sa perception de sa relation avec le monde, se rapporte à la croyance en son invulnérabilité personnelle (Janoff-Bulman, 1979;1985). La personne n'ayant pas vécu d'événement traumatisant surestime a probabilité de vivre des événements positifs et sous-estime a probabilité de vivre des événements négatifs. Cette conception se traduit souvent par une impression inconsciente que «cela ne m'arrivera pas à moi».

La deuxième conception fondamentale consiste en une perception du monde comme étant logique, intelligible, contrôlable et juste. La personne n'ayant jamais vécu d'événement traumatisant prend pour acquis qu'il existe une certaine contingence entre les événements et le comportement ou la valeur des gens qui les subissent. Cette croyance procure un sentiment de contrôle et de compréhension de la réalité, puisqu'elle prône que chacun subit ce qu'il mérite et qu'il suffit conséquemment de «bien» se comporter pour être protégé du malheur. Les événements négatifs sont perçus comme des punitions et les événements heureux comme des récompenses au comportement ou à la valeur de l'individu. Enfin, la perception de soi-même comme une personne de valeur, aimable et compétente constitue la troisième conception fondamentale. Chaque individu possède en général un degré acceptable d'estime de soi et se considère comme quelqu'un qui ne mérite pas un événement traumatisant. L'expérience de victimisation confronte de plein fouet ces trois conceptions de la réalité. Ainsi, le sentiment d'invulnérabilité personnelle fait place à un sentiment intense de détresse, de vulnérabilité et de peur de revivre l'événement traumatisant. La conception d'un monde bienveillant, logique et juste est totalement remise en question par l'expérience d'un traumatisme qui se caractérise le plus souvent par son aspect injuste, méchant et néfaste. Enfin, l'expérience de victimisation provoque un changement important dans l'image de soi de la victime. Celle-ci peut maintenant vivre des symptômes inhabituels et incapacitants et peut se percevoir comme un être confus, incompetent et dépendant. De plus, selon sa vision des actions qu'elle a posées

lors de l'événement traumatisant, la victime peut se juger faible, lâche ou coupable. L'expérience de victimisation ébranle profondément 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. La victimisation la place dans une situation de déséquilibre cognitif et émotif qui entraîne les symptômes post-traumatiques. Le modèle de Janoff-Bulman est le seul à se centrer sur les conceptions et valeurs pré trauma de la victime et sur le choc du traumatisme sur celles-ci. Cette conceptualisation rend bien compte du vécu phénoménologique des victimes suite au traumatisme: impression de bouleversement cognitif, énorme sentiment de vulnérabilité et de détresse, remises en question de valeurs fondamentales. De plus, en mettant l'accent sur les conceptions individuelles de la réalité, ce modèle explique le développement différentiel du TSPT.

Des données empiriques viennent supporter les conceptions fondamentales identifiées dans ce modèle (Perloff, 1983); ainsi que la notion selon laquelle vivre un traumatisme quand on adhère fortement à certaines conceptions fondamentales de la réalité entraîne des symptômes plus pathologiques (Epstein, 1990). Il convient de noter, cependant, que ces recherches n'ont pas vérifié spécifiquement les croyances identifiées par le modèle de Janoff-Bulman (1985). Notons en terminant qu'une limite importante de ce modèle provient de sa difficulté à expliquer les symptômes d'hyperactivité neurovégétative et d'évitement manifestés par les individus souffrant de TSPT.

#### **3.3.6.2.4. Les modèles biologiques et biopsychologiques**

##### **3.3.6.2.4.1. Le modèle biopsychosocial de Jones et Barlow (1990;1992).**

Le modèle conceptuel du TSPT proposé par Jones et Barlow (1990,1992) intègre à la fois des facteurs étiologiques de nature biologique, cognitive et comportementale. Ce modèle comprend cinq principaux facteurs qui, en se conjuguant, expliquent le développement et le maintien du TSPT. La vulnérabilité biologique et psychologique de la victime précédant le traumatisme constitue le premier facteur. Le modèle considère ainsi la présence de maladies mentales dans l'histoire familiale de la victime comme une prédisposition génétique au développement du TSPT. L'individu issu de cette famille serait génétiquement prédisposé à répondre au stress par une hypervigilance et une hyperactivité chronique du système nerveux autonome ou une labilité noradrénergique. Quant à la vulnérabilité psychologique, les auteurs considèrent le lieu de contrôle interne ou externe, la présence de désordres émotionnels précédant l'expérience traumatique (dépression, trouble panique ou obsessionnel-compulsif) et

l'expérience d'événements malheureux antérieurs au trauma comme des indices de vulnérabilité psychologique qui prédisposent au TSPT. Le deuxième facteur du modèle constitue la nature même du traumatisme, sa sévérité et ses conséquences, ses caractéristiques incontrôlable et imprévisible ainsi que son potentiel de menace à la vie de l'individu. Ces caractéristiques influencent significativement le développement de TSPT, parce qu'ils rendent l'expérience traumatique plus aversive et influencent l'apparition d'une «alarme vraie». L'alarme «vraie» est une réponse de peur très intense qui se produit quand un individu fait face à un événement objectivement dangereux. Le rôle joué par l'alarme «apprise» constitue le troisième facteur du modèle. L'alarme «apprise» est une réponse conditionnée à des stimuli intéroceptifs ou externes qui ont été associés à l'alarme vraie. Ces alarmes apprises apparaissent en l'absence de véritable danger et se manifestent par des attaques de panique et des symptômes intrusifs. Pour ces auteurs, le TSPT résulte d'un conditionnement se produisant lors de l'alarme vraie. Cependant, la présence d'alarmes apprises n'est pas suffisante pour développer un TSPT: il faut qu'il y ait anxiété d'appréhension concernant l'éventuelle apparition de ces alarmes apprises. En effet, l'individu considère l'alarme vraie et les alarmes apprises subséquentes comme des événements aversifs incontrôlables et imprévisibles très anxiogènes. Afin de prévenir ces événements, l'individu adoptera des comportements d'évitement à l'égard des éléments associés à la première alarme vraie tout en développant de l'hyper vigilance et une hyperactivité neurovégétative envers les différents indices externes et intéroceptifs. Cette hyper vigilance et ces biais d'attention provoqueront à leur tour des alarmes apprises, des pensées et images intrusives par un mécanisme de rétroaction (feed-back) positive. Enfin des variables modératrices, c'est-à-dire qui influencent le développement du TSPT, sont considérées. Un des points positifs de ce modèle est son intégration de facteurs prédisposant et de variables modératrices, ce qui permet d'expliquer le développement différentiel du TSPT. Cependant, les vulnérabilités génétique et psychologique comme facteurs prédisposant, même si elles reposent sur quelques données empiriques.

Enfin, l'anxiété d'appréhension, notion importée de la conceptualisation du trouble panique (Barlow,1988), constitue un ajout conceptuel qui se révèle original et intéressant dans la compréhension du TSPT. Cette notion permet d'expliquer les symptômes d'hyperactivité neurovégétative et de matériel intrusif que le modèle de Mowrer (1960) ne pouvait expliquer aussi bien.

#### **3.3.6.2.4.2. Les théories instables**

Cette théorie considère des troubles neurologiques à minima passés inaperçus. Ces lésions minimales, voire hypothétiques trouvent leur origine au 19<sup>e</sup> siècle avec notamment les catastrophes ferroviaires. Les collisions ferroviaires au début du 19<sup>e</sup> siècle sont fréquentes, elles sont liées au manque de fiabilité des structures des trains de l'époque. Certains passagers, victimes de ces accidents, décrivent des symptômes dont il est impossible de trouver une cause organique, proche de la neurasthénie ou de l'hystérie. John Eric Erichsen (1863) en Angleterre a étudié les premiers effets des accidents de chemins de fer sur le système nerveux. Il pose les premiers fondements de la névrose traumatique qui seront repris plus tard par Herman Oppenheim (1888) de façon controversée. En effet, selon Louis Crocq dans un ouvrage intitulé « Die Traumatische Neurosen » a opté définitivement pour la thèse psychogénique dans les troubles du mal de dos rencontrés, consécutifs aux accidents de chemin de fer. Erichsen, était lui plutôt favorable à l'existence de lésion réelle au niveau du cerveau ou de la moelle épinière. Il considère le « rail way spine » comme résultant des désordres neurobiologiques secondaires à l'ébranlement cérébral. C'est une problématique théorique qui fonde les bases de la distinction par l'école de Charcot entre trouble de conversion et troubles neurologiques. Elle établit en quelque sorte comme un corps étranger dans leur pensée et dont ils ne peuvent pas se soustraire. Sigmund Freud, quelques années après, a lui aussi, réactualisé la théorie du choc émotif en faisant une relation entre trauma et séduction précoce. Ce premier état de la théorie freudienne, nous dit François Sauvagnat, suppose un sujet non préparé, envahi par une excitation intrusive venue de l'extérieur. C'est un événement qui peut-être oublié pendant un certain temps et ressurgir à travers différents symptômes. Les études sur l'hystérie de Freud et Breuer présentent les phénomènes hystériques comme associés à des événements traumatiques oubliés.

#### **3.4. ESSAI DE SYNTHÈSE THÉORIQUE**

Des contributions des auteurs et des courants de pensée ci-dessus, nous retenons 10 enseignements fondamentaux qui valent rappel. Ce sont les suivants.

1-Selon Freud l'émotion liée à l'événement traumatique serait responsable du traumatisme psychique. Il souligna l'importance de l'effroi, par opposition à la commotion physique qui résulterait de « l'action d'un danger auquel on n'était pas préparé par un état d'angoisse

préalable ». La répétition du traumatisme serait liée à une tentative de contrôle active de ce qu'il aurait vécu passivement

2-Pour Janet, les émotions extrêmes, l'épuisement pourraient être à l'origine d'un rétrécissement du champ de la conscience. Dans un contexte où on peut parler de dissociation psychique, Janet insiste sur les prédispositions individuelles. Il faut selon lui, rechercher ces idées fixes inconscientes en utilisant des voies telles que l'hypnose.

3-Pour Férécczi, il existe un lien entre l'intensité du trauma et l'importance des manifestations psychiques. Ferenczi met l'accent sur la dimension narcissique du traumatisme. Ceci emporte les sentiments d'anéantissement de soi, de perte de son enveloppe et de sa forme, d'absence de préparation, de précession que l'on est sûr de soi, d'irreprésentabilité de l'événement, que le sujet peut devenir « fou », que le sujet est incompris par l'entourage.

C'est ainsi que pour Ferenczi, le traumatisme résulterait d'une absence de réponse de l'objet ou d'une réponse inappropriée visant à satisfaire les besoins de l'adulte, face à une situation de détresse ressentie par l'enfant.

4-D'après les théories phénoménologiques, l'événement traumatique ne pourrait trouver son sens qu'en fonction d'un contexte préalable. Il serait alors à l'origine d'une reconfiguration complète de ce même contexte.

5-Pour le modèle des deux facteurs de Mowrer, l'individu apprend face à un conditionnement opérant à utiliser des comportements d'évitement afin de ne pas être exposé aux stimuli conditionnels perçus comme aversifs: c'est le principe de renforcement négatif. Ainsi, la structure cognitive des individus présentant un TSPT diffère de celle des individus souffrant de phobie selon trois aspects: les réponses sont plus intenses, la structure est plus complexe, étendue et organisée et elle est plus facilement accessible. Ces caractéristiques font en sorte que la structure de peur est rapidement et facilement réactivée puisque l'exposition à des stimuli (internes ou externes) similaires à ceux enregistrés dans la structure, active tout le réseau d'interconnexions d'informations. Cette activation déclenche des symptômes intrusifs (reviviscences, cauchemars...) et les réactions affectives, physiologiques et comportementales associées.

6-Comme l'affirme le modèle d'action cognitive de Chemtobetal, les pensées et images intrusives sont causées par l'activation «en cascade» des nœuds supérieurs de menace de danger aux nœuds inférieurs représentant des éléments qui y ont été associés (émotions, comportements, pensées, etc.). Enfin, la boucle de rétroaction positive permet d'expliquer les symptômes d'hyper vigilance et d'hyperactivité neurovégétative.

7-Comme l'enseigne Janoff-Bulman, l'événement traumatique ébranle ou invalide spécifiquement trois conceptions fondamentales de la victime: sa conception de sa relation avec le monde, sa perception du monde, sa perception d'elle-même. Le sentiment d'invulnérabilité personnelle fait alors place à un sentiment intense de détresse, de vulnérabilité et de peur de revivre l'événement traumatisant.

8-Du point de vue biologiques et biopsychologiques, les relevés anamnestiques biologiques et psychologiques indiquent, selon Jones et Barlow, que la vulnérabilité biologique et psychologique de la victime précédant le traumatisme constitue le premier facteur d'effondrement dans le traumatisme. Il y aurait ainsi une prédisposition génétique au développement du TSPT. A ce premier facteur s'associe un deuxième constitué par la nature même du traumatisme, sa sévérité et ses conséquences, ses caractéristiques incontrôlable et imprévisible ainsi que son potentiel de menace à la vie de l'individu. C'est ce qui conduit alors à parler d'alarme «apprise» et qui est une réponse conditionnée à des stimuli intéroceptifs ou externes qui ont été associés à l'alarme vraie. C'est ainsi que pour prévenir les événements susceptibles de remettre en cause son assurance et de lui créer de l'anxiété et de l'angoisse, l'individu adopte des comportements d'évitement à l'égard des éléments associés à la première alarme vraie tout en développant de l'hyper vigilance et une hyperactivité neurovégétative envers les différents indices externes et intéroceptifs.

9-Selon les théories instables, un évènement qui peut-être oublié pendant un certain temps et ressurgir à travers différents symptômes.

**DEUXIEME PARTIE : CADRE  
METHODOLOGIQUE ET OPERATOIRE**

## CHAPITRE 4 : HYPOTHESES ET APPROCHES METHODOLOGIQUES DE L'ETUDE

### 4.1. QUESTION DE RECHERCHE ET HYPOTHESES

Dans ce chapitre, il est question de faire le tour de notre sujet en ressortant tour à tour les différentes variables, les modalités, les indicateurs sans oublier les indices.

#### 4.1.1. Bref rappel de quelques éléments méthodologiques

Dans la partie problématique de l'étude, nous avons énoncé quelques éléments importants dont le rappel est capital pour rendre plus cohérent notre chapitre sur l'opérationnalisation des variables.

##### 4.1.1.1. Rappel de la question de recherche

Ici, nous allons rappeler la question principale et l'hypothèse générale de notre recherche.

###### 4.1.1.1.1 Question principale de recherche

La question principale de recherche de cette étude est : « *Quelle influence le traumatisme des situations conflictuelles Boko-Haram a sur la santé mentale des soldats Camerounais revenus de guerre ?* ».

###### 4.1.1.1.2. Questions spécifiques de recherche

A la suite de la question principale, nous allons formuler des questions spécifiques ; c'est pourquoi, de façon spécifique nous aurons :

**Q.R.1 :** -« *Est-ce que les manifestations neuro-végétatives sont la résultante du traumatisme physique qu'on subit les soldats camerounais durant les conflits Boko-Haram ?* »

Il s'agit précisément ici d'examiner les réactions physiologiques (cœur qui bat vite, le sentiment d'avoir une boule à la gorge, la transpiration...) que les soldats camerounais manifestent après les conflits et essayer de comprendre s'ils résultent du traumatisme dont ils ont fait face durant la guerre.

**Q.R.2 :** « *Le trouble du sommeil et de la conscience est il la conséquence du traumatisme mental qu'on subit les soldats camerounais durant les conflits Boko-Haram ?* »

Pour cette deuxième question spécifique, nous allons vérifier si le fait d'avoir un sommeil perturbé (cauchemars, insomnies, réveils avec sursaut) est du au traumatisme mental que les soldats camerounais ont traversé lors du conflit armé Boko-Haram

**Q.R.3 :** « *Est-ce-que le traumatisme psychique des conflits armés Boko-Haram ont un effet sur l'humeur et l'affectivité des soldats camerounais revenus de guerre* ».

Pour la dernière question spécifique, nous allons vérifier si le fait de manifester de la dépression, l'agressivité et un intérêt pus poussé à l'endroit de sa famille est du au traumatisme psychique que les soldats camerounais ont traversé durant du conflit armé Boko-Haram

#### **4.1.1.2. Hypothèse générale**

Plus haut, nous avons libellé l'hypothèse générale comme suit:« *Le traumatisme des situations conflictuelles Boko-Haram affecte la santé mentale des soldats Camerounais revenus de guerre* ».

#### **4.1.1.3. Hypothèses de recherche (HR)**

A la suite de l'hypothèse générale, nous allons apporter quelques réponses anticipées aux questions spécifiques de notre recherche. Nous aurons donc :

HR1 : - « *Les réactions physiques sont la résultante du traumatisme physiologique qu'ont subi les soldats camerounais durant les conflits Boko-Haram* ».

HR2 : - « *Le trouble du sommeil et de la conscience est la conséquence du traumatisme mental qu'ont subi les soldats camerounais durant les conflits Boko-Haram* ».

HR3 : - « *Le traumatisme psychique du conflit armés Boko-Haram a un effet sur l'humeur et l'affectivité des soldats camerounais revenus de l'Extrême-Nord Cameroun* ».

#### **4.1.1.4. Les variables de l'étude**

Notre sujet de recherche est composé de deux variables dont l'une manipulée et connue sous le nom de variable indépendante(VI) et l'autre étant la variable sur laquelle la variable manipulée s'applique ; elle est encore connue sous le nom de variable dépendante(VD). Nous aurons donc comme

**Tableau 2: Récapitulatif de Recherche**

Thèmes	Niveaux	Modalités		Indicateurs
<b>Traumatisme des situations conflictuelles Boko-Haram</b>	<b>Traumatisme des situations conflictuelles</b>	Traumatismes Physiologique	Traumatismes morphologique	<ul style="list-style-type: none"> <li>- pieds qui tremblent</li> <li>- fourmillement dans les jambes</li> <li>- affrontements antagonistes</li> </ul> Modification du système veille-sommeil Modification du système alimentaire
			Traumatisme neuro-végétatif	<ul style="list-style-type: none"> <li>- l'armement de l'adversaire</li> <li>- les tortures infligées par l'adversaire</li> <li>- avoir un ennemi invisible (inconnu)</li> <li>- Savoir répondre au différent stimulus</li> </ul>
		Traumatismes mentaux	Traumatismes cognitifs liés aux processus perceptifs élaborés	
		Apprentissages et conditionnement castratifs	Traumatismes psychiques	Dynamique conflictuelle

			Economie psychique	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mécanismes de défenses</li> <li>- Angoisse</li> <li>- Etat du Moi</li> <li>- régression</li> </ul>
<b>Santé mentale du soldat</b>	<b>Syndrome de Stress Post Traumatique</b>	- les réactions physiologiques		<ul style="list-style-type: none"> <li>- cœur qui bat vite <ul style="list-style-type: none"> <li>- le sentiment d'avoir une boule à la gorge</li> <li>- la transpiration</li> </ul> </li> </ul>
		- sommeil perturbé		<ul style="list-style-type: none"> <li>- cauchemars,</li> <li>- insomnies,</li> <li>- réveils avec sursaut</li> </ul>
		-Actions sur l'humeur et l'affectivité		<ul style="list-style-type: none"> <li>- l'agressivité</li> <li>- un intérêt particulier pour la religion</li> <li>- un intérêt plus poussé à l'endroit de sa famille</li> </ul>

## **4.2. LA METHODOLOGIE DE L'ETUDE**

Nous insisterons sur la détermination du type de recherche, la population d'étude, l'échantillon et la technique d'échantillonnage, la description de l'instrument de collecte de données, la présentation et la validation des données collectées par écoles.

### **4.2.1. Présentation du site de l'étude**

Cette étude s'est réalisée dans la région du Centre, département du Mfoundi dont le chef-lieu est Yaoundé. Cette métropole de plus d'un millions d'habitants regorge plusieurs institutions, tant administratives, politiques, pénitentiaires... qu'hospitalières. L'HMR1, faisant partie des centres hospitaliers de la ville, est le site où s'est déroulée la présente étude.

Situé à Yaoundé, L'hôpital militaire région N°1 de Yaoundé (HMR1), peint en jaune et à portails verts, est situé au cœur de cette grande ville, qui est la capitale politique camerounaise. Plus précisément dans le quartier appelé Ngoa-ékélé, dans l'arrondissement de Yaoundé 3<sup>e</sup>. L'HMR1 est situé entre la poste centrale et l'université de Yaoundé 1. Il est dans une zone close nommée, quartier générale, ayant pour structures voisines :

- L'assemblée nationale (en face) ;
- Le lycée Leclerc (à gauche) ;
- La voirie municipale (à sa droite) ;
- Une grande vallée quasiment inhabitable, le séparent en son arrière avec le quartier

Mvolyé (Eglise de Mvolyé).

L'HMR1 est très proche de trois des grandes structures hospitalières de la ville, à savoir : le centre hospitalier Universitaire (CHU), l'hôpital central, la fondation Chantal Biya (centre mère-enfant), et le centre Pasteur (spécialisé dans les examens médicaux). La proximité de l'HMR1 avec toutes ces grandes structures médicales, politiques et universitaires, trahit son importance d'une part et, les intentions qui ont poussées l'état camerounais à le mettre en place d'autre part. C'est la raison pour laquelle nous allons passer maintenant à l'historique de cette structure, qui est devenue aujourd'hui une référence, non seulement pour la ville de Yaoundé, mais pour toutes les villes camerounaises aussi.

L'hôpital militaire de région N°1 a connu, au fil des temps, plusieurs appellations. D'abord Infirmerie de la Garnison (IG) depuis la création de la garnison, il deviendra par la suite, dans les années 1980, le Centre Médical Militaire de Yaoundé (CMMY). En 1993, il deviendra suite au décret présidentiel No 93/213 du 04 août 1993, l'hôpital Militaire de Yaoundé. Plus

tard, le décret No 2001/185 du 25 juillet 2001 va transformer l'Hôpital Militaire de Yaoundé en Hôpital Militaire de Région N°1 (HMR1).

L'HMR1 est une formation hospitalière d'une capacité de 80 lits. Il s'étant sur une superficie de 5000 m<sup>2</sup> et abrite 08 bâtiments comportant 20 services, un bloc administratif, un service de psychiatrie (excentré de l'hôpital : juste après le stade militaire en venant du Lycée Leclerc) et une morgue délocalisée au quartier Ekounou pour causes sanitaires.

L'HMR1 est ouvert au grand public. Il assure en tout temps la prise en charge sanitaire des personnels des Forces de Défense, leurs familles et la population générale, ainsi que les missions d'Hôpital d'Instruction des Armées (HIA) par la recherche et l'encadrement des stagiaires.

#### **4.2.2. Population d'étude**

La population d'étude est considérée comme un ensemble d'éléments vivant ou non dans lequel on prélève l'échantillon. (Tsafak.2004, P.7) la définit à son tour « comme un ensemble fini ou infini d'éléments définis à l'avance pour lesquels portent les observations ». La population de cette étude est composée de l'ensemble des sujets concernés par les objectifs de l'étude. Il s'agit principalement des soldats revenus de la situation conflictuelle Boko Haram dans la zone de l'extrême Nord Cameroun.

##### **4.2.2.1. Echantillon**

Pour échantillon, nous avons choisi quatre soldats revus du conflit frontalier avec les Boko-Haram dans la zone de l'Extrême Nord Cameroun. Nos choix ont été faits de manière sélective considérant l'étendue de la population d'étude. Cette sélection a été faite lors de pré enquête et les sujets appartenant aux mêmes critères limites étaient donc les sujets retenus pour notre étude. Les caractéristiques des sujets concernés par l'étude sont les suivantes :

##### **4.2.2.2. Critères limites**

Etre de nationalité Camerounaise ;

Faire partie des forces de défenses Camerounaises ;

Ne pas être un officier ;

Etre un sujet adulte ayant entre trente et quarante ans ;

Sujet ayant vécu le traumatisme de la situation conflictuelle Boko-Haram dans l'Extrême-Nord Cameroun.

#### **4.2.2.3. Les facteurs limitatifs**

Notre étude étant axée sur l'influence qu'a le conflit armé Boko-Haram sur la santé mentale des soldats Camerounais revenus de guerre, et compte tenu du fait que nous avons à faire à un sujet épineux qui nécessite une grande discrétion tant des soldats concernés que de l'opinion publique, nous avons rencontré quelques contraintes dans la constitution de l'échantillon. Nous avons ciblé les Camerounais; car notre étude porte sur la population Camerounaise ; ces derniers devaient faire partie des forces de défenses du pays parce que nous travaillons avec les militaires Camerounais et ils doivent être sous-officiers et les soldats de rang parce qu'ils sont les plus nombreux et jouent le rôle de sentinelle exposés ; ils sont les plus exposés. Ils doivent être des sujets adultes ayant entre trente et quarante ans ; car ils peuvent exprimer sans crainte ce qu'ils veulent ou ce qu'ils ressentent. Enfin, le soldat sujet doit avoir vécu le traumatisme de la situation conflictuelle Boko-Haram dans l'Extrême-Nord Cameroun et plus particulièrement dans l'arrondissement de Fotokol.

Durant l'entretien et la passation du test de rorschach, nous avons eu quelques difficultés à regrouper les soldats réunissant tous les critères susmentionnés car nous avons effectué notre recherche pendant le temps dit d'accalmie.

Ayant utilisé à la fois l'entretien et le test du Rorschach, l'exploitation des résultats nécessite une grande connaissance et une maîtrise des entretiens et des tests; le test du Rorschach n'étant pas très utilisé en éducation, nous avons eu quelques difficultés de documentation.

#### **4.2.3. La collecte des données**

La collecte des données est une phase très importante dans la recherche ; elle rend compte de l'effectivité du travail que le chercheur voudrait mener ; la théorie est essentielle mais la collecte des données est indispensable pour mettre en exergue ce que nous tentons de vérifier de part notre théorie. Notre recherche nous impose deux types d'instruments de collecte de données : l'un, l'entretien, rend compte des aspects physiologiques et même cognitifs alors que l'autre, le test du Rorschach, rend compte des aspects et des variantes psychiques et comme nous travaillons dans le handicap mental qui induit le handicap psychique, et que notre étude va du mental au psychique, nous sommes donc tenus de travailler avec les deux instruments de collecte de données.

#### **4.2.4. Analyse du contenu des éléments du test de Rorschach**

Dans cette étude, nous avons fait usage du test du rorschach. Celui-ci est l'un des tests projectifs les plus utilisés dans le but de faire revenir en surface les angoisses tant latentes que manifestes du sujet. Il aide ici à l'analyse structurale des soldats testés. En effet, dans cette recherche, il est question de ressortir les conflits intra et extra psychiques liés au vécu post traumatique du soldat revenu de guerre et de son évolution.

##### **4.2.4.1. Obtenir des informations générales sur les sujets**

Nous avons ressenti le besoin de posséder les informations générales sur nos sujets. Par informations générales, nous entendons les éléments d'anamnèse sociale, psychologique, biologique et médicale. Les obtenir devait nous permettre de nous rassurer de la conformité de notre démarche avec les critères limites, c'est-à-dire les caractéristiques de base de notre population.

La méthode que nous avons utilisée pour obtenir de telles informations tient de l'entretien. L'entretien est une technique de recueil d'informations qualitatives permettant de rassembler des faits et opinions des personnes interrogées sur un sujet donné. Il existe trois types d'entretiens qui sont directifs, semi-directifs et non directifs.

L'entretien directif repose sur l'utilisation d'inductions identiques à des questions fermées. Elles ne donnent pas la possibilité au répondant de s'étendre selon ses désirs sur son point de vue. En effet, elle cible des informations précises, capitales pour la recherche.

L'entretien non directif est dit libre. En présence des inductions faites par le chercheur, le sujet interviewé est libre de s'étendre à sa guise sur des perspectives de son choix. Il peut même aborder des orientations que le chercheur ne lui a pas suggérées. Ceci repose sur l'idéal clinique qu'il lui est autorisé de se laisser aller à ses fantaisies, de laisser cours aux manifestations des contenus de son inconscient.

L'entretien semi-directif n'est ni entièrement ouvert, ni entièrement fermé. En général, le chercheur dispose d'un certain nombre de thèmes ou de questions guides, relativement ouvertes, sur lesquels il souhaite que l'enquêté réponde. Il ne pose pas forcément toutes les questions dans l'ordre dans lequel il les a notés et sous leur formulation exacte. Il y a davantage de liberté pour le chercheur mais aussi pour l'enquêté. Autant que possible, le chercheur laisse venir l'enquêté afin que celui-ci puisse parler ouvertement, dans les mots

qu'il souhaite et dans l'ordre qui lui convient. Le chercheur essaie simplement de recentrer l'entretien sur les thèmes qui l'intéresse quand l'entretien s'en écarte, et de poser les questions auxquelles l'interviewé ne vient pas de lui-même.

Celui-ci dans le contexte de notre recherche est directif. Ceci s'explique par les spécificités mêmes de la population. Les militaires, on ne le dit que trop souvent, sont «la grande muette». Ils ont un devoir de réserve. Celui-ci peut donner parfois dans la caricature. Surtout après un «engagement», une situation de conflit, ils peuvent ressentir le besoin de se taire et de taire tout devant un public non militaire. La notion de secret est étendue à tout ce qui existe, est à dire ou peut être dit.

La stratégie de leur poser des questions directes peut alors être intéressante. Elle les conduit à répondre par l'affirmative ou la négative, quitte à justifier leurs positions, à des questions précises. Les soldats du rang sont habitués à des réponses brèves et précises. En outre, la « culture militaire » possède une autre particularité. Si le militaire doit absolument répondre à son supérieur hiérarchique, il n'est tenu d'en faire de même pour tous les autres.

Partant sur cette base, nous avons élaboré une grille d'entretien devant guider notre entretien directif.

#### **4.2.4.2.La confection de la grille d'entretien**

La grille de l'entretien directif que nous avons utilisé nous renseigne dans un premier temps sur le patient en mettant en exergue les informations générales sur ce dernier à savoir:

- Nom: qui renseigne d'une part sur l'identité du patient. Mais dans notre étude, nous ne conserverons que l'un des prénoms par soucis d'anonymat.
- Age: pour nous rassurer que les soldats choisis respectent le critère limite "âge".
- Sexe: cette précision est nécessaire pour renseigner sur la masculinité du répondant car nous savons que les femmes se rendent difficilement dans les milieux à haut risque ;
- Niveau d'études : il est toujours important d'en parler pour être sûre de la personne à qui on s'adresse, surtout de son raisonnement car on pourra avoir besoin de reformuler plusieurs questions ou de faire certaines relances en fonction du niveau d'étude de l'enquêté ;
- Antécédents médicaux : nous renseigne sur la santé physique, mentale et même psychique du répondant avant la confrontation ;

- Antécédents familiaux : pour indiquer sur l'état émotionnel dans lequel le patient se rend au front ;
- Grade : c'est un des facteurs limites qui donne une indication précise sur le type de soldat participant à cette enquête.
- Région : la qualité du raisonnement peut être fonction de la région à laquelle l'enquêté appartient
- Situation Matrimoniale : pour nous indiquer de façon précise le statut familial de l'enquêté
- Religion : dans le but de se renseigner sur le degré d'implication religieux du patient
- Nombre d'enfants à charge : savoir si nous avons à faire à un responsable ou à quelqu'un qui prend des risques inutiles dans le but de satisfaire sa montée d'adrénaline.

Le contenu de notre protocole a été conçu non pas l'hypothèse générale, mais avec les variables de cette dernière à savoir : le traumatisme des situations conflictuelles d'une part et le Syndrome de Stress Post Traumatique d'autre part.

Dans le traumatisme des situations conflictuelles, nous aurons des questions liées aux modalités suivantes :

Les traumatismes Physiologiques qui se subdivisent en deux axes à savoir les traumatismes morphologiques et le traumatisme neuro-végétatif. Dans les traumatismes morphologiques, nous aurons des questions liées aux pieds qui tremblent et la sensation de fourmillement dans les jambes. Dans le traumatisme neuro-végétatif, nous aurons des questions liés aux affrontements antagonistes, à la modification du système veille-sommeil et à la modification du système alimentaire

Les traumatismes mentaux qui se subdivisent en deux : les traumatismes cognitifs liés aux processus perceptifs élaborés et les apprentissages et conditionnement castratif. Dans les traumatismes cognitifs liés aux processus perceptifs élaborés nous aurons des questions liés à l'armement de et aux tortures infligées par l'adversaire ; pour les apprentissages et conditionnement castratif, nous aurons des questions en rapport avec le fait d'avoir un ennemi invisible ou inconnu et le fait de répondre aux différents stimuli

Dans le Syndrome de Stress Post Traumatique, nous aurons notamment les réactions physiologiques, le sommeil perturbé et les actions sur l'humeur et l'affectivité. Dans les réactions physiologiques, nous aurons des questions liées au cœur qui bat vite au sentiment d'avoir une boule à la gorge et à la transpiration. Dans le sommeil perturbé, nous aurons des questions liées aux cauchemars, aux insomnies, et aux réveils avec sursaut. En ce qui concerne les actions sur l'humeur et l'affectivité, nous aurons- l'agressivité, un intérêt

particulier pour un intérêt plus poussé pour la religion à l'endroit de sa famille des questions liées.

#### **4.2.5. Le déroulement des entretiens**

Nous avons retenu 04 patients revenus de la confrontation armée Boko Haram à l'Extrême-Nord Cameroun, de l'arrondissement de Fotokol répondant aux caractéristiques limites suivantes: Ils étaient tous de nationalité Camerounaise, faisant partir des forces de défense. Ils sont soldats de rang et sous officiers ayant entre trente et quarante ans. Ils ont accepté volontairement nous soutenir dans nos enquêtes à but de recherche. Ils étaient tous hospitalisés à l'Hôpital Militaire Région N°1 de Yaoundé, au deuxième niveau du bâtiment D qui abrite une partie du service de psychiatrie à savoir le volet psychologique de l'HMR1.

La salle de consultation a servi de cadre opérationnel. C'est une enceinte rectangulaire, située près de la salle de conférence non loin du service de pédiatrie. Bien aménagée, les bâtiments qui l'abritent sont peints, le sol carrelé et une table de bureau. Nous veillons toujours à ce que la durée de chacun de nos entretiens soit comprise entre 25 et 45 minutes. Les entretiens se déroulaient dans la matinée, après la visite médicale et après qu'ils aient pris le petit déjeuner, généralement aux alentours de 10h et 11h30.

Nous avons réalisé cinq (04) séries d'entretiens avec chaque sujet et une passation du test de Rorschach. La première série d'entretien nous rend compte pour chacun des candidats sur les informations générales sur le sujet ; la deuxième série, sur les questions liées aux situations conflictuelles Boko-Haram ; la troisième série nous fait nous pencher sur les questions liées aux troubles mentaux. La quatrième et dernière série d'entretien rend compte des questions liées à la santé mentale du soldat. Et la passation du test de Rorschach s'en est suivie.

Les séances d'entretiens individuels se sont étendues sur une durée de deux semaines et demie ; pour ces entretiens, nous nous sommes servis du protocole d'entretien préalablement élaborée.

La passation du Rorschach s'est étendue sur une durée de deux semaines

Les diverses séances d'entretiens se présentaient comme suit au regard des contenus, buts et objectifs que nous visions successivement.

#### **4.2.5.1. Le premier entretien**

##### **4.2.5.1.1. Contenu:**

Outil de défrichage. Mise à l'aise du sujet. Entretien de prise de contact dite de préparation.

##### **4.2.5.1.2. But:**

Permet de créer un climat propice à l'entretien proprement dit.

- Aborder les perspectives les plus générales, les informations générales.
- Aborder les aspects liés à la l'expression du sujet, son état de santé physique et mental, etc. et prévoir les éventuelles difficultés dans la communication

#### **4.2.5.2. La deuxième série d'entretien**

##### **4.2.5.2.1. Contenu:**

Entretien de recherche sur le traumatisme des situations conflictuelles Boko-Haram

##### **4.2.5.2.2. But:**

Mettre en exergue tous les aléas du traumatisme du soldat

- Aborder les aspects du traumatisme physiologique dans le vécu du soldat.
- Aborder les aspects du traumatisme neuro-végétatif au regard du vécu du soldat.

#### **4.2.5.3. Troisième série d'entretien.**

##### **4.2.5.2.3. Contenu:**

Entretien sur les troubles mentaux du soldat

##### **4.2.5.2.4. But:**

Recherche des modalités liées aux troubles mentaux chez le soldat

- Aborder les thèmes liés les traumatismes cognitifs liés aux processus perceptifs élaborés
- Aborder les thèmes liés aux apprentissages et conditionnement castratifs

#### **4.2.5.4. Quatrième série d'entretien.**

##### **4.2.5.4.1. Contenu:**

Entretien sur Syndrome de Stress Post Traumatique

##### **4.2.5.4.2. But:**

Recherche des modalités liées au Syndrome de Stress Post Traumatique chez le soldat revenu de guerre.

5. Aborder les thèmes liés aux réactions physiologiques
6. Aborder les thèmes liés au sommeil perturbé
7. Aborder les thèmes liés à l'action sur l'humeur et sur l'affectivité

#### **4.2.5.5. La cinquième série se base sur le Rorschach**

##### **4.2.5.5.1. Contenu:**

Entretien sur les conflits psychiques liés au vécu post traumatique du sujet.

##### **4.2.5.5.2. But:**

Recherche des modalités du vécu conflictuel psychique et mental du sujet valorisées par la situation conflictuelle.

8. Ressortir les conflits intra et extra psychiques lié au vécu post traumatique du sujet et de son évolution.
9. Ramener à la surface forces pulsionnelle latentes et manifestes liées aux facteurs de résiliences et aux stratégies de coping en rapport avec la situation conflictuelle.

#### **4.2.3. Validation des instruments de collecte des données**

La validation de l'instrument de collecte des données est une démarche qui nous permet de s'assurer que les deux instruments de collecte des données utilisés dans le cadre de la présente recherche, sont conformes aux normes méthodologiques de la construction de ces instruments. Cette étape a permis de vérifier sur le terrain la pertinence des données sollicitées par rapport à nos deux centres d'intérêt, de réajuster la portée de l'enquête définitive. Il était donc question de s'assurer que nos deux instruments de recherche étaient fiables et valides. C'est dans cette optique qu'Amin (2006, p.284) affirme : « la validité et la fiabilité sont deux

concepts importants dans l'acceptabilité de l'utilisation d'un instrument pour le protocole du dossier des recherches. La validité se rapporte à la convenance de l'instrument tandis que la fiabilité se rapporte à son uniformité dans le but de mesurer ce qu'on n'est censé exactement mesurer ». Ainsi, nous sommes nous rassuré, tout au long de la recherche, que fiabilité et validité soient les caractéristiques essentielles des outils de collecte des données parmi tant d'autres, ce qui nous a permis d'obtenir effectivement les données ou informations recherchées sans ambiguïtés.

#### **4.2.3.1. L'analyse du contenu de nos entretiens**

Pour nos entretiens, nous avons utilisé l'analyse thématique des contenus. Il s'agit d'une méthode qui envisage la description et l'interprétation de chaque fond de communication dans le but de faire des inférences. On passe au crible de l'analyse en profondeur, des termes utilisés, de leur fréquence et leur mode d'agencement, de la construction du discours et de son développement.

L'analyse de contenu est axée sur la présentation des différents types de données issues des entretiens. Elle s'appuie sur les informations déjà réunies. Pour Angers (1992, P.166.), c'est *«une technique indirecte utilisée sur les des productions écrites, sonores, ou audiovisuelles, provenant d'individus ou de groupes portant sur eux, dont le contenu se présente sous forme non chiffrée et qui permet de faire un prélèvement quantitatif ou qualitatif »*. Dans le cadre de cette étude, nous avons réalisé l'analyse en plusieurs étapes. La première étape a consisté à recueillir, préparer, classer et évaluer le matériel à analyser. La deuxième étape quant à elle, a consisté à repérer les passages pertinents issus des entretiens. L'objectif ici est d'identifier les indicateurs élaborés lors de l'opérationnalisation du cadre théorique.

#### **4.2.3.2. Le Rorschach : le test de l'étude**

##### **4.2.3.2.1. Généralités**

Le test de Rorschach ne contient pas, en lui-même, les concepts qui orientent son exploitation. L'analyse des résultats et la démarche interprétative peuvent suivre des modèles théoriques différents. Le choix est vaste entre une orientation phénoménologique, génétique, expérimentale ou encore une approche psychiatrique, psychopathologique. Pour notre part, nous nous sommes référés au modèle psychanalytique afin d'approcher au plus près les opérations mentales mises en œuvre au cours de la passation, dont l'hypothèse est posée qu'elles traduisent le mode de fonctionnement psychique du sujet. Sollicité par le matériel composé de dix planches sur lesquelles sont représentées des taches d'encre mono ou

polychromes, certaines plus figuratives ou plus compactes, d'autres plus ouvertes, plus transparentes ou au contraire plus denses et par la consigne : "Dites-moi ce que cela pourrait être pour vous", le sujet se trouve confronté à une double exigence: il va nous montrer dans quelle mesure et comment il s'organise pour faire face à la fois à son monde interne et à son environnement; situation qui est à l'image de la vie puisqu'il s'agit de se conformer aux limites imposées par la réalité tout en laissant la place au possible, à l'imaginaire et au fantasme. Ainsi, face à cette situation peu structurée et ambiguë, le sujet va livrer dans ses réponses, ses tendances profondes, va nous donner à voir les moyens dont il dispose pour travailler les pulsions inhérentes à ses conflits intrapsychiques.

Le rorschach Comme toute épreuve psychologique (fût-elle même « psychométrique »), est employée en fonction des interrogations préalablement dégagées par l'analyse clinique d'une situation-problème faisant « demande ». Le recours au Rorschach est capital dans notre étude à cause du fait que, tant la dynamique conflictuelle que l'économie psychique ne sauraient être explorés de fond en comble avec les entretiens. La présence des mécanismes de défenses, certains aspects du conflit, surtout ceux qui sont latents ne sauraient être remis à la surface de manière consciente étant donné que certaines informations se sont déjà réfugiées dans l'inconscient ou même encore dans le préconscient. Mais, avec le test de Rorschach, toutes ces forces pulsionnelles peuvent être explorées de manière adéquate et judicieuse puisqu'il fait partir de la gamme des tests projectifs ayant pour but de projeter à la surface ce qui est enfoui dans l'inconscient du soldat testé même s'il n'en a plus conscience.

#### **4.2.3.2.2. Des consignes au Rorschach**

##### **4.2.3.2.2.1. Les consignes spatiales et posturales**

Les consignes spatiales et posturales correspondent à l'aménagement de la séance (setting). Le sujet est installé assis devant une table, aussi confortablement que possible. On veillera particulièrement à ce que l'éclairage de la pièce n'occasionne pas de reflets gênants sur la surface (brillante) des planches.

L'enquêteur est assis sur l'un des deux côtés de la table (à droite ou à gauche) par rapport au sujet, un peu à distance. Prêt à enregistrer par écrit les réponses du sujet, il dispose à portée de la main, préparées dans l'ordre de leur présentation, les planches qu'il va présenter au sujet. « On place entre les mains du sujet une planche après l'autre et on lui demande: "Qu'est-ce que cela pourrait être ? » Le sujet peut tourner et retourner la planche à volonté. On est conduit à insister autant que possible, mais bien entendu en évitant toute suggestion, pour que le sujet donne au moins une réponse à chaque planche. Mais par ailleurs on doit

noter les réponses tant que le sujet enfournait. Il s'est avéré inutile de fixer un temps d'exposition. Il est fondamental que l'expérience soit menée, autant que possible, hors de toute contrainte. « Aux sujets méfiants on doit occasionnellement montrer comment se réalisent de telles images. Mais, en général, il est relativement rare que cette épreuve soit refusée, même par des aliénés méfiants et bloqués. » Pour la prise de notes, nous allons user de bloc note après accord du sujet comme il se doit.

#### **4.2.3.2.2.2. Consignes verbales**

Avant de présenter la première planche au sujet, l'observateur lui énonce la consigne verbale. La citation ci-dessus indique la consigne préconisée par Hermann Rorschach, la plus simple : « Qu'est-ce que cela pourrait être ? » L'essentiel est de permettre au sujet d'entrer au mieux dans le travail interprétatif attendu.

#### **4.2.3.2.2.3. Consignes matérielles : les planches**

##### **4.2.3.2.2.3.1. Généralités**

Le test de Rorschach est un ensemble constitué de dix planches de 17 x 24 cm, sur lesquels sont reproduits, en noir et en couleurs, des taches d'encre réalisées au hasard. Leur seul point commun est leur construction symétrique : « La symétrie donne aux figures une partie du rythme nécessaire. Elle a bien le désavantage d'influer un peu sur l'interprétation dans le sens de la stéréotypie. Mais, par ailleurs, elle crée des conditions égales pour les droitiers et les gauchers ; elle semble aussi faciliter la réaction chez nombre d'inhibés et de bloqués. Enfin la symétrie invite à interpréter toute l'image comme une seule scène. » (Rorschach, 1992)

##### **4.2.3.2.2.3.2. Caractéristiques des planches du Rorschach**

Les caractéristiques du test de Rorschach facilitent, en effet, les mouvements régressifs et projectifs tout en sollicitant les mécanismes de perception et d'adaptation au réel. Cette double mobilisation peut être plus ou moins possible, plus ou moins difficile, plus ou moins équilibrée. Les planches sont organisées en une série type, leur ordre et leur orientation étant indiqués au verso par des chiffres romains. La moitié d'entre elles sont réalisées à l'encre noire (pl. I, IV, V, VI, VII), deux autres sont en noir et rouge (pl. II, III), et les trois dernières sont uniquement en couleur, sans noir (pl. VIII, IX, X).

##### **4.2.3.2.2.3.3. Présentation matérielle de chaque planche Rorschach**

Les planches de Rorschach ont fait l'objet de très nombreux commentaires. Nous n'en indiquerons ici que les caractéristiques essentielles.

**Première planche** proposée est qualifiée de planche d'entrée en matière », pour le sujet une première expérience qui se découvre comme engagement arbitraire et virtualité de contestation de toute réponse donnée.

### **Planche II**

« Eveille plus facilement que la planche I les kinesthésies. Elle contient une figure intermédiaire frappante. Elle introduit une couleur qui produit déjà parfois une ébauche de choc-couleur. Le rouge se superpose au noir. » (Rorschach, op. cit., p. 41)

### **Planche III**

« C'est la planche qui éveille le plus facilement les kinesthésies. Le rouge est séparé du noir.» (ibid., p. 41) « Contrairement aux planches précédentes, la IIIe planche renversée diffère de par sa nature du climat qu'elle dégage en position droite. Ici elle se décompose tout naturellement en parties, chacune de ces parties se prêtant à une réponse particulière...» (Minkowska, 1956, p. 188)

### **Planche IV**

« La IVe planche se caractérise par deux éléments :un élément sensoriel, elle donne l'impression de quelque chose de poilu, de velu : “peau de bête, tapis, descente de lit, fourrure” ; à cet élément vient s'ajouter un autre, celui du menaçant, du terrible, de l'impénétrable, du mystérieux :“chimpanzé, gorille, monstre, ogre, diable, énorme araignée velue”.»(Minkowska, p. 189) En position inversée, la densité de la partie inférieure s'écarte vers le haut en une forme plus aérée. L'ensemble est fréquemment interprété en réponse« globale limitée » par retrait secondaire de la partie médiane inférieure (G limitée).

### **Planche V**

Notoirement la planche la plus facile à interpréter, « la planche de la facilité et de la banalité» (Mucchielli). La planche V se remarque aussi par son extrême extension en largeur.

### **Planche VI**

« Elle donne le sentiment de la figure la plus difficile », selon Rorschach. Ce que Minkowska commente ainsi : « D'après nous, la raison en serait qu'habitué dans les deux planches précédentes à des réponses globales, l'individu cherche à donner à cette nouvelle planche une réponse du même ordre. Or, elle ne s'y prête guère, et le sujet testé se décourage. Ici intervient l'élément d'initiative. Il peut se manifester de deux façons différentes : ou par la séparation des deux parties hétérogènes de la planche [...], ou par une sorte d'ensemble respectant la dualité de la planche...» Prégnance de l'axe de symétrie. L'appréhension globale est plus facile en position inversée.

## **Planche VII**

Planche caractérisée par un large espace central (Rorschach en faisait « l'essentiel » de la planche) entre les deux côtés de la tache. La tache elle-même se remarque par sa tonalité grise et par sa structure étagée en trois parties distinctes, ce qui rend difficile une appréhension d'ensemble. Kinesthésies fréquentes : avec la pl. III, la planche VII est celle qui favorise le plus les réponses de mouvement humain.

## **Planche VIII**

Première des trois planches-couleur en fin de série, sans noir ni rouge, parfois dites : "planches-pastels". Les différentes taches sont juxtaposées, en contact proche, faciles à interpréter comme détails distincts, mais pouvant également suggérer un ensemble.

## **Planche IX**

A la différence de la précédente, cette planche présente des coloris aux contours incertains, diffus, qui s'interpénètrent. Présence d'un espace intermédiaire médian important, plus étroit et moins net que celui de la planche VII, et traversé par un axe de symétrie visible. La planche IX est celle qui suscite le plus de refus.

**Planche X :** Taches disparates. Interprétation globale rendue presque complètement impossible. « La VIIIe et la Xe [planches] se ressemblent quant à leur agencement : les couleurs sont différentes, et sont plus nombreuses que dans la IXe planche, mais dans les deux planches elles gardent un contact léger allant dans la Xe planche jusqu'à la dispersion. » (Minkowska, p. 191)

### **4.2.3.2.3. Particularités du test de Rorschach**

Le test de Rorschach, dans l'analyse que nous faisons du matériel proposé au sujet, nous considérons qu'au-delà des stimulations perceptives du contenu manifeste, il y a toute une résonance et une réactivation de contenus latents se réclamant de registres conflictuels divers qu'il importe de saisir et de resituer dans la dynamique du développement libidinal. C'est encore le modèle psychanalytique de la genèse et du développement psychique qui nous permet d'établir les repères de la construction de l'identité, des processus identificatoires et de l'élaboration des représentations de relations entre les objets. Le discours du sujet se prête en outre à une analyse du même ordre: les réponses ne sont plus seulement cotées en fonction du mode d'appréhension, du déterminant et du contenu, pour une systématisation des données; chaque élément est étudié dans la perspective dynamique de sa pluralité de sens et articulé dans sa relation intrasystémique aux autres indices du test. Etant donné que les modes d'appréhension supportent les mécanismes de défense du sujet dans l'abord de la réalité

externe et du monde interne - la maîtrise globalisante, l'envahissement par l'objet, les barrières imperméables, les découpages ou la fragmentation sont autant d'opérations perceptives qui déterminent l'activité défensive déployée par ailleurs et simultanément à travers les déterminants et les contenus - , il serait tout à fait réducteur et inconcevable d'approcher les conduites perceptives et cognitives en les isolant de l'ensemble de la psyché, puisque c'est à travers ces conduites que se mettent en place les limites entre dedans et dehors dans la constitution ou non d'une enveloppe, investi comme surface de rencontre et d'échange entre le sujet et son environnement. Les déterminants peuvent être interprétés, comme le suggère également Catherine Chabert (1983), selon les deux principes du fonctionnement mental: principe de plaisir et principe de réalité tels qu'ils ont été définis par Freud. Si les réponses formelles renvoient pour l'essentiel au principe de réalité actualisé de façon adéquate (la conformité minimale des percepts témoigne de l'intégration effective des contraintes de la réalité) ou mis en échec (les défaillances perceptives réitérées soulignent le primat de la compulsion à la répétition), les kinesthésies constituent, pour leur part, un facteur beaucoup plus complexe dont nous tenterons de développer les nombreuses significations et notamment celle qui lui confère un rôle de médiateur entre les exigences pulsionnelles et les contraintes externes. Les réactions sensorielles révéleraient davantage la sensibilité du sujet et son mode d'aménagement des excitations provoquées en lui par des stimuli à la fois externes et internes. Quant aux contenus, nous les considérons comme le résultat d'un travail d'élaboration assez proche de celui qui est mis en œuvre dans les rêves par les opérations de déplacement, de condensation et de symbolisation. Pour C. Chabert (1983, P.18), l'existence de contenus relevant de tels mécanismes constitue un indice précieux quant au fonctionnement du "préconscient" qui permet justement la figuration de représentations inconscientes et la mise en scène de scénarios particuliers. Ainsi, à travers notre recherche et la synthèse des données individuelles, nous nous sommes principalement inspirés du modèle du fonctionnement psychique tel qu'il a été élaboré, pour l'essentiel, par Freud.

#### **4.2.3.2.4. Procédure expérimentale**

Les analyses que nous avons réalisées ont porté sur les aspects quantitatifs et qualitatifs après le système de cotation traditionnel ; ceux-ci ont intégré les localisations, les déterminants et les contenus par rapport aux verbalisations inhabituelles, à la persévération et l'échec de l'intégration, aux particularités du contenu de la réponse, au caractère personnalisé de la réponse et enfin au phénomène particulier de couleur. Nous nous proposons dans notre analyse de cheminer de la manière suivante :

#### 4.2.3.2.4.1. La localisation

##### Critères d'appréhension

Le premier constat à faire, pour analyser une réponse Rorschach, est de considérer si le sujet a utilisé l'ensemble de la tache ou seulement une partie de celle-ci. Dans le premier cas, on parlera d'une appréhension globale (symbolisée par la lettre G) ; dans le second cas, d'une appréhension de détail (symbole D).

En fait, on s'aperçoit qu'il existe plusieurs façons de produire une réponse globale, et plusieurs façons aussi de produire du détail.

##### Réponses globales

On distingue principalement quatre types de réponses globales :

a) La **G simple** (ou G primaire) : lorsque la réponse correspond à une appréhension perceptive immédiate, directe, et le plus souvent unitaire, de la tache.

b) La **G combinée** (ou G secondaire, dite encore : **G organisée**) : lorsque la réponse correspond à un ensemble composé de plusieurs éléments associés ou articulés entre eux, la combinaison pouvant être simultanée ou successive.

d) La **G contaminée** : lorsque la réponse correspond à la fusion de deux (ou plusieurs) images intriquées, télescopées, et dont la combinaison est absurde. Certains auteurs ont distingué d'autres types de réponses G. Citons seulement :

e) La **réponse Gbl** : lorsque le sujet spécifie que l'ensemble interprété inclut les espaces intermaculaires (= espaces blancs internes à la tache ou entre deux parties de la tache).

##### Réponses de détails

Comme les réponses globales, les réponses de détail sont susceptibles d'apparaître de plusieurs manières :

a) La **réponse D** proprement dite : lorsqu'il s'agit de parties "qui s'imposent le plus", c'est-à-dire dont les qualités de structure perceptive (forme, position, contraste...) permettent facilement leur traitement comme sous-ensembles.

**La réponse Dd** (ou petit détail) : son caractère de perception plus arbitraire que pour la réponse D. Elle peut éventuellement avoir une signification affective ou "caractérielle" : évitement, prudence, vigilance, méticulosité, souci d'originalité...

**La réponse Dbl** (ou détail blanc) : lorsque le sujet interprète les espaces blancs à l'intérieur de la tache, ou parfois en bordure de la tache (Dbl de bordure). Pour Rorschach, le Dbl est une variante du Dd. Les auteurs contemporains distinguent : Dbl et Ddbl, selon qu'il s'agit d'un détail blanc clairement distinct.

La **réponse Do** (ou "détail oligophrénique") : ainsi dénommée par Rorschach parce qu'il l'a d'abord observée chez les oligophrènes, il s'agit d'une réponse traitant un élément isolé par rapport à un ensemble habituellement interprété en G ou en D.

#### 4.2.3.2.4.2. Les Critères esthétiques (ou déterminants)

Selon ANZIEU et CHABERT, la réponse peut être influencée par trois types différents de facteurs esthétiques (du grec : aisthêsis, sensation) :

- la **forme** (ou morphesthésie)
- le **mouvement** (ou kinesthésie)
- la **couleur** (ou chromesthésie).

À ces trois **déterminants** majeurs, Rorschach cité par ANZIEU et CHABERT ont suggéré ultérieurement d'ajouter le facteur du clair-obscur. Dans la nomenclature française, le clair-obscur de Rorschach est distingué en deux facteurs différents :

- le **clair-obscur**
- l'**estompage** (critère dérivé du "clair-obscur" de Rorschach).

#### Réponses-forme

On parle de réponses-forme (cotées **F**), lorsque ce sont les contours, la configuration de la tache (qu'elle soit vue en entier ou en partie) qui déterminent la réponse du sujet.

Dans la mesure où la réponse F est le type de réponses le plus fréquemment fourni, Hermann Rorschach (op cit) a suggéré d'en apprécier, de plus, la qualité d'adéquation perceptive aux caractéristiques du stimulus, en distinguant des **réponses F+** ("bonnes" formes) et des **réponses F-**.

Remarquons au passage le flou et la fragilité de ces critères chez Rorschach lui-même, qui n'indique ni la population exacte de son échantillon, ni le seuil choisi pour considérer qu'une réponse-forme peut être considérée comme F+ ou comme F- malgré les précautions prises, l'établissement des F+ est donc en partie empirique, et certains cliniciens préconisent même ne pas coter et de ne pas prendre en compte dans l'analyse du Rorschach la qualité des réponses-forme.

Dans certains cas, il sera difficile de départager entre une F+ et une F-, notamment lorsque le contenu de la réponse ne permet pas cette évaluation. On cotera alors la réponse en F±. H. Rorschach a en effet proposé de mettre en compte la proportion de bonnes formes par rapport au nombre des réponses-forme dans un protocole donné (ou **F+ %**).

#### Les réponses mouvement (**K**).

Grande kinesthésie (K) : mouvement d'être humain entier (ou mouvement « humain » d'ours ou singe entiers); sensation, projection d'un mouvement susceptible d'être exécuté par le sujet, explicite. Ne se contentent pas K les mouvements non ressentis intérieurement, telles les Dd, Ad, Obj, ombre, description intellectuelle.

Petite kinesthésie (k) : mouvement d'être humain partiel, d'animaux ou d'objets. la kinesthésie révèle les tendances introversives et l'intelligence.

- sujet intelligent : au moins un K.
- sujet ayant une activité motrice importante : pas de K
- K d'extension : forte vitalité, vie intérieure qui débouche sur le monde, bon pronostic pour le traitement de la névrose.
- K de flexion : faible vitalité, tendance à se replier loin du monde, complaisance aux difficultés intérieures.
- FK (nécessairement liée à H+) mouvement intégré par la forme, équilibré, signe de maturité et de sublimation
- KF : le mouvement détermine la forme.
- K (pure) : mouvement déchaîné (mouvement giratoire, tourbillon) signe de déséquilibre, d'inadaptation. Mouvement non formel.

la kinesthésie exprime aussi les motivations du sujet et les mécanismes de défense qui s'y opposent. Alors que F, C et E ont un support perceptif, K est projection pure de la vie et des désirs inconscients. Les kinesthésies sont liées au contenu des conflits de la vie psychique : elles expriment les désirs non réalisés dans la vie quotidienne réelle, et témoignent de compensations aux échecs, privations, frustration, ce par la vie imaginaire.

### **Les réponses couleur (C)**

— FC : la forme a été un élément prépondérant dans l'élaboration d'une réponse déclenchée par la couleur des taches. Forme précise et couleur de l'objet réel.

— FC intellectuel ou Impression Couleur : non intérieurement ressentie, masque « verbal » de la gêne pour donner l'illusion d'une maîtrise des affects.

— CF : La forme a été un élément secondaire dans l'élaboration d'une réponse (...)

— C : La forme a été un élément absent dans l'élaboration d'une réponse déclenchée (...)

— FC', C'F, C' : R déclenchée par le noir (signification générale dépressive), blanc (froide agressivité) ou gris. Se pondère normalement.

### **Type De Résonance Intime (T.R.I.)**

Proportion des attitudes d'introversion / d'extraversion (ressenties et non nécessairement conduites).

- $\sum K > \sum C$  ( $C=0$ ) = introversif pur : l'affect est « filtré », il imagine plutôt qu'il n'agit.
- $\sum K > \sum C$  ( $C>0$ ) = introversif dilaté : idem [de manière plus nuancée]
- $\sum K < \sum C$  ( $K=0$ ) = extratensif pur : affectivité immédiate, contact affectif aisé & superficiel, instabilité affective, facilité de perte de contrôle émotionnel face à un stimulus extérieur (type de plus fréquent).
- $\sum K < \sum C$  ( $K>0$ ) = extratensif dilaté : idem [de manière plus nuancée]
- $\sum K = \sum C$  = ambiéqual : bon équilibre, mais aussi ambivalence obsessionnelle.
- 0/0 = coarté, 1/1 = coartatif

Coartation = rétraction de la personnalité, des intérêts vitaux, des investissements psychiques (fort refoulement / opposition au test / psychotiques/ organiques / psychosomatiques / enfants/ vieillards).

#### 4.2.3.2.4.3. Contenu

##### Les Réponses Humaines

— H : être humain vu en entier. Capacité à s'identifier à une image humaine. Représentation de soi + des autres + de la relation humaine + de son appartenance à cette identité.

— Hd : partie humaine externe (bras, tête, etc.).

- S'il existe par ailleurs une image unifiée du corps propre, valeur symbolique possible (sexuelle ou agressive) : surinvestissement d'une partie « porte-parole » d'une représentation refoulée (appendices : nez, grands pieds, tête, etc.)

- Sinon : déficit de l'appréhension de l'intégrité, présomption d'angoisse de morcellement (membres coupés, corps tronqués, troués). Beaucoup de Hd/anat : angoisse majeure concernant le vécu corporel (préoccupations hypocondriaques, angoisse de désintégration).

— (H) : parahumain (fantôme, génie, sorcier, nain, ange, diable, caricature, fée, lutin, Dieux, etc.)

- En complément de H : richesse de la vie imaginaire.

- Sinon : présomption de déconnexion de la vie relationnelle authentique, réelle.

- Menaçant, destructeur : vécu paranoïde.

##### Les Réponses Animaux

— A : animal entier, peau de bête.

— Ad : partie extérieure d'un animal.

— (A) : monstre, animal mythologique, dessin animé, caricature d'animal, etc.

##### La conduite de la séance

La rencontre entre le sujet et le clinicien, médiatisée par un matériel et une consigne qui impliquent à la fois l'attachement à un objet perceptible et le recours à une dimension subjective, peut être considérée. Cette rencontre induit également la mobilisation de mouvements relationnels inconscients qui doit toujours nous inciter à une réflexion sur les processus de transfert et de contre-transfert.

La séance de test se déroule en deux étapes successives et distinctes :

- Dans un premier temps, l'observateur présente l'épreuve au sujet et recueille ses premières réponses aux dix planches présentées une à une. C'est la phase des réponses « spontanées ».
- Dans un second temps, immédiatement après le premier, l'observateur propose au sujet de revenir sur chacune de ses réponses. En les lui rappelant au fur et à mesure grâce à la prise de notes qu'il en a établie lors du premier temps, il lui demande de préciser ses réponses, voire éventuellement de les compléter, afin de s'assurer d'en bien saisir toutes les caractéristiques. Ce second temps de l'épreuve, tout aussi indispensable que le premier, est communément appelé : l'enquête. En France, il est courant d'ajouter à ces deux temps, une troisième phase dite : épreuve des choix, qui consiste à demander au sujet de choisir les deux planches qu'il préfère (celles « qui lui plaisent le mieux ») et les deux planches qui lui plaisent le moins, puis de justifier ses choix. Durant la phase des réponses « spontanées », l'observateur aura pour tâche principale de présenter les planches, de faciliter les réponses du sujet, et d'enregistrer celles-ci par écrit, en se réservant de les vérifier ensuite avec le sujet lors de l'enquête.

#### **4.2.3.2.5. Notation des réponses**

L'observateur prend note des interprétations produites par le sujet pour chacune des planches, mais il note aussi :

- toutes les caractéristiques de ces interprétations telles qu'elles ont été dites : avec leurs hésitations, leurs répétitions, leurs temps de silence, leurs particularités verbales (maladresses syntaxiques, erreurs grammaticales, lapsus)...
- tout ce que le sujet pourra dire en dehors de ses interprétations proprement dites : commentaires, hésitations, questions à l'observateur...
- tout ce que le sujet pourra manifester comme attitudes et comportements : postures, mimiques, commentaires gestuels, tenue de la planche, manipulations de la planche... - toutes les questions et interventions, in extenso, que le psychologue sera amené à poser. Pour la cotation rapide des rotations de la planche par le sujet, on emploiera le code suivant :

∧ = planche tenue à l'endroit

∨ = planche tenue à l'envers

> = planche tournée sur le côté droit

< = planche tournée sur le côté gauche

∪ = rotation complète par le côté droit

∩ = rotation complète par le côté gauche

#### **4.2.3.2.6. Interventions de l'observateur**

Pendant la première phase de l'épreuve, l'observateur intervient le moins possible dans la production des réponses. Toutefois, il peut (et doit) s'autoriser à intervenir :

- s'il paraît nécessaire de rappeler la consigne
- si le sujet se montre inhibé, hésitant, et paraît nécessiter une aide ou un encouragement ;
- pour vérifier si le sujet a bien donné toutes les réponses qu'il peut donner Bien entendu, ces interventions ne peuvent insister au-delà de la double limite :

-d'une part, des principes méthodologiques d'une réserve clinique de précaution exploratoire et de non jugement ;

-d'autre part, des empêchements propres au sujet, et qui deviendront alors significatifs du point de vue de l'analyse psychologique entreprise. L'enquête constitue une phase nécessairement plus active de l'épreuve du point de vue du psychologue. En ce sens, elle est à la fois le moment de l'expérience le plus difficile à mener et celui qui est le plus important de par l'anticipation interprétative qu'il comporte (et qui suppose par conséquent une bonne connaissance des critères de l'interprétation).

Au terme du dépouillement, nous avons regroupé les données selon les thèmes de l'étude. Ce regroupement a permis de procéder à l'analyse et à la présentation des résultats qui concernent le chapitre suivant.

## CHAPITRE 5: PRESENTATION, ANALYSE DES RESULTATS

### 5.1.ANALYSES DES ENTRETIENS

Simon est un homme marié de trente deux ans, vivant avec sa femme et ses trois enfants dont deux garçons et une fille. Il est sergent dans l'armée Camerounaise, originaire de la région du centre ; il est de la religion catholique et n'a souffert dans le passé d'aucune maladie mentale, encore moins psychique. Il a un niveau d'étude de premier cycle. Il est de religion Catholique

André lui, est un homme marié de trente et un ans, vivant avec sa femme et ses deux enfants garçons. Il est sergent Chef dans l'armée Camerounaise, originaire de la région du Sud ; il est de la religion catholique et n'a souffert dans le passé d'aucune maladie mentale, encore moins psychique. Il a un niveau d'étude de Baccalauréat.

Charles quant à lui est un homme célibataire de trente ans, vivant avec sa copine et ses quatre enfants à savoir : sa fille et ses trois petits frères. Il est un soldat de deuxième classe dans l'armée Camerounaise, originaire de la région de l'Ouest ; il est de la religion catholique et n'a souffert dans le passé d'aucune maladie mentale, encore moins psychique. Il a un niveau d'étude de probation.

Pascal quant à lui est un homme marié de trente et un ans, vivant avec sa femme et ses quatre enfants à savoir : deux filles et deux garçons. Il est un sergent dans l'armée Camerounaise, originaire de la région du Centre ; il est de la religion catholique et n'a souffert dans le passé d'aucune maladie mentale, encore moins psychique. Il a un niveau d'étude de premier cycle

#### 5.1.1. Analyses ayant trait aux aspects physiologiques du traumatisme

Nous avons mis l'accent sur les aspects somatiques tels que les tremblements des pieds, les sensations kinesthésiques comme les fourmillements au niveau de la plante des pieds, les aspects neuro-végétatifs, les troubles du sommeil et les troubles alimentaires. Cela nous permet de souligner les implications physiologiques des traumatismes subis aussi bien en situation de combat qu'en situation retranchée en base arrière.

- Tous les quatre soldats interviewés avouent qu'ils avaient les pieds qui tremblaient lors de la confrontation avec les soldats de Boko-Haram. Malgré le fait qu'ils devaient faire

preuve de courage, en avançant ils avaient les pieds qui tremblaient. Le soldat Simon explique cela par la peur : « (c'est) parce que j'avais peur ». Il en de même pour Pascal lorsqu'il dit que « (c'est) à cause de la peur... ». André lui, déclare que c'était: « Quand je craignais le danger ». Seul Charles comme encore sous l'influence des émotions ressenties explique qu'« il ne sait comment l'expliquer ».

- Malgré le désir de donner une bonne leçon aux insurgés, les sujets affirment qu'ils avaient l'impression que les fourmis entraient dans leurs rangs. Ce qui leur faisait éprouver des sensations de fourmillement au pied.

Pour Simon : « c'était comme si les fourmis marchaient dans mes rangs. »;

Charles lui : « c'était comme si je marchais sur les fourmis. »

Quant à Pascal: « c'était comme si on les avait envoyés dans mes bottes »

André lui, déclare que: « c'était comme si quelqu'un les avait envoyés. Tout d'un coup »

- Les affrontements étaient effectifs et à balles réelles. Un aspect des choses sur lequel les sujets insistent. Cependant les insurgés, les Boko-Haram demeuraient pour les sujets des ennemis invisibles. Invisibles parce que c'est "n'importe qui, c'est tout le monde" ; "la grosse difficulté là, c'est qu'on ne connaît même pas qui est dans toute cette affaire".

Pour Simon : « la grosse difficulté là, c'est qu'on ne connaît même pas qui est dans toute cette affaire. »;

Charles lui : « les Boko-Haram bien sûr. »

Quant à Pascal: « les insurgés »

André lui, déclare que: « c'est n'importe qui, c'est tout le monde »

- Les sujets de notre enquête rapportent avoir passé beaucoup de temps sans dormir parce que lorsqu'ils fermaient les yeux, ils avaient l'impression que les assaillants vont leur tomber dessus et les tuer tous et cet état de chose a perduré jusqu'à nos jours, bien qu'avec le temps la situation revenait à la normale.

Pour Simon : « je ne pouvais pas dormir. Pouvez-vous dormir quand les balles sifflent de part et d'autre? ».

Charles lui : « Je ne pouvais pas dormir quand je savais qu'on peut me tuer si je ferme les yeux ».

Chez Pascal, la réplique est la suivante: « pas et du tout. Quand je fermais les yeux, j'avais l'impression qu'ils vont nous attaquer à l'assaut. »

André lui, s'est exclamé en ces termes: « eh! Non. En voulant dormir, j'avais l'impression que ces gars là vont m'assaillir. »

Tous les sujets ont reconnu que maintenant qu'ils ne sont plus au front, ça va de mieux en mieux.

- Lorsqu'on met l'accent sur la nutrition, trois des quatre sujets déclarent avoir une anorexie à cause du stress et un seul des quatre manifestait plutôt de la boulimie. Mais que ce soit l'anorexie ou encore la boulimie, ces troubles de l'alimentation disparaissent progressivement.

Pour Simon : «je n'avais pas d'appétit mais maintenant ça va de mieux en mieux.»;

Charles lui : «je mangeais peu mais maintenant, ça va.»

Quant à Pascal: «je ne mangeais pas et du tout... mais maintenant, ça va un peu.»

André lui, déclare que: «je mangeais beaucoup; Et maintenant, ça redevient normal»

### **5.1.2. Analyse ayant trait aux questions liées aux traumatismes mentaux**

Nous avons mis l'accent sur les processus perceptifs du traumatisme. Nous avons ainsi voulu jauger le comportement du soldat en fonction de ce qu'il conçoit comme d'armement de l'adversaire, qualité des tortures infligées aux camerounais prisonniers de guerre d'une part et d'autre part, les apprentissages et conditionnements castratifs qui mettent en exergue l'importance de la réaction du soldat envers l'adversaire.

- Les quatre soldats pensent qu'ils étaient moins armés que les insurgés ; moins armés pas en terme de quantité mais en qualités d'armements ; "ils avaient des armes impressionnantes" déclarent-ils.

Pour Simon : «je oh ! Ils étaient lourdement armés et les armes qu'ils utilisaient étaient impressionnantes.»;

Charles lui : «Ils avaient de bons armes.»

Quant à Pascal: «insurgés Ils avaient des armes que nous n'utilisons pas régulièrement.»

André lui, déclare que: «Ils avaient de meilleures armes; plus lourdes»

- Leurs camarades d'armes quand l'ennemi les attrapait, étaient torturés ce qui les mettaient en colère.

Pour Simon : «ça me mettait dans un état de colère et je ne désirais qu'une chose, rendre la pareille.»;

Charles lui : «je ne supportais pas ça.»

Quant à Pascal: «je voulais le leur rendre.»

André lui, déclare que: «j'étais furieux chaque fois que je pensais à ça. »

- Les sujets de l'enquête affirment que les soldats camerounais combattaient les Boko-Haram qu'ils ne connaissaient pas.

Pour Simon : «je vous l'ai déjà dit, nous-mêmes, nous ne savions pas car l'ennemi pouvait être n'importe où...»;

Charles lui : «NON car l'ennemi pouvait être n'importe où. »

Quant à Pascal: «Qui peut les reconnaître ? C'est quand on tire que nous ripostons aussi.»

André lui, déclare que: «tout le monde et n'importe qui ; on ne connaît pas qui va attaquer car l'ennemi pouvait être n'importe où. »

- Les sujets lors des engagements déclarent qu'ils ripostaient par des coups de feu en répondant aux coups de feu par la pareille.

Pour Simon il s'exprima ainsi : Nous ripostons «par des coups de feu aussi. Ne me dites pas que vous auriez espérer que nous ne ripostions pas.»;

Charles lui dit qu' : «on tirait aussi, cherchant à en tuer quelques uns.»

Quant à Pascal il dit qu'il tirait : «en les tuant aussi.»

André lui, déclare qu'il avançait: «en tuant ou en capturant certains.»

### **5.1.3. Analyse ayant trait à la santé mentale du soldat**

Nous avons mis l'accent sur la santé mentale du soldat. Nous avons voulu obtenir des enseignements sur les aspects liés à quelques signes accompagnant le SSPT, sur les aspects liés au sommeil perturbé comme la raison pour laquelle le soldat a des insomnies, connaît des réveils en sursaut au moindre bruit. Notre intérêt porte aussi sur les caractéristiques de l'humeur et de l'affectivité de nos sujets en situation de guerre.

- Les soldats interviewés rapportent qu'ils avaient l'impression que leur cœur battait très vite à certains moments, au fort de la bataille et l'une des raisons était que ces insurgés avaient des meilleures armes et des armes plus lourdes.

Pour Simon c'est: «durant le conflit» que son cœur battait;

Charles lui c'est: «le jour où nous avons été pris dans une embuscade» que son cœur battait

Quant à Pascal c'est: «à la guerre» que son cœur battait;

André lui, déclare que c'est: «quand il entendait les balles siffler» que son cœur battait

- Durant le conflit, nos sujets avaient une sensation de boule au niveau de la gorge quand ils se disaient qu'un peu plus loin, les assaillants pourront leur tendre une embuscade.

Pour Simon c'est: «quand j'ai commencé à voir mes camarades mourir. » qu'il a commencé à avoir une sensation de boule au niveau de la gorge.

Charles lui : «c'est au conflit» qu'il a commencé à avoir une sensation de boule au niveau de la gorge.

Quant à Pascal c'est: «à la guerre.» qu'il a commencé à avoir une sensation de boule au niveau de la gorge.

André lui, déclare que c'est: «le jour où nous avons été pris dans une embuscade» qu'il a commencé à avoir une sensation de boule au niveau de la gorge.

- De temps en temps, nos soldats transpiraient surtout quand ils entendaient les balles siffler autour d'eux.

Pour Simon c'est: «quand je pensais qu'il peut avoir embuscade d'un moment à l'autre» qu'il a commencé à avoir une sensation de boule à la gorge.

Charles lui c'est: «quand je craignais qu'ils peuvent nous attaquer par surprise» que j'ai commencé à avoir une sensation de boule à la gorge.

Quant à Pascal c'est: «quand j'entendais les balles siffler» que j'ai commencé à avoir une sensation de boule à la gorge.

André lui,: «ça dépend des circonstances» le fait d'avoir commencé à avoir une sensation de boule à la gorge.

- Les insomnies étaient leurs lots quotidiens. Les sujets faisaient aussi des cauchemars. Ceux-ci se poursuivent encore en cette période de prise en charge. Il en est de même des réactions en sursaut liés encore à la présente époque à la difficulté des sujets à fermer les yeux. Ils sont réveillés au moindre bruit.

Simon déclare: «je me réveille en sursaut dans la nuit au moindre bruit».

Charles lui dit: «si une personne ouvre brusquement la porte, je sursaute».

Quant à Pascal, il déclare que: «je me réveille en sursaut dès qu'on ouvre la porte.»

André lui, déclare: «je me réveille en sursaut dans la nuit quand je rêve mal.»

- Nos sujets affirment nourrir des sentiments de haine teintés de colère pour l'ennemi. Pourtant ce dernier est spatialement lointain, et matériellement extériorisé, les soldats en situation de prise en charge étant ayant retrouvé leur famille et leurs bases arrières. En outre, Yaoundé et l'hôpital militaire ne sont pas des zones de combat.

Pour Simon c'est: «la haine» qui l'animait.

Charles lui c'est: «la colère» qu'il nourrissait.

Quant à Pascal c'est: «le désir de les faire payer ce qu'ils ont déjà fait aux autres soldats» qu'il nourrissait.

André lui, déclare que: «j'avais envie de les tuer tous»

- Une affection particulière pour leurs familles les amenait à se surpasser pour rentrer chez eux.

Simon aimait sa famille: «plus qu'avant » et sur une échelle de 1 à 10, il a noté : «9/10».

Charles lui aimait sa famille: «plus qu'avant » et sur une échelle de 1 à 10, il a noté : «7/10».

Quant à Pascal, il aimait sa famille: «plus qu'avant » et sur une échelle de 1 à 10, il a noté : «8/10».

André lui, aimait sa famille aussi: «plus qu'avant » et sur une échelle de 1 à 10, il a noté : «8/10».

- Concernant la religion, trois soldats ont changé leur religion après la guerre déclarant être nés de nouveau, avoir reçu Jésus-Christ. Un d'entre eux est même devenu pasteur ?

Pour Simon il s'exprime en ces termes: «j'étais catholique. Et aujourd'hui, je suis devenu Pasteur parce qu'ayant vu la mort de près, j'ai décidé me rapprocher de Dieu».

Charles lui dit: «j'étais catholique. Et aujourd'hui je suis pentecôtiste parce que j'ai donné ma vie à Jésus-Christ.»

Quant à Pascal il s'exprima ainsi: «j'étais catholique. Et aujourd'hui, je suis pentecôtiste parce que je ne veux pas mourir sans donner ma vie à Jésus-Christ.»

André lui, déclare: «j'étais catholique. Et aujourd'hui, je suis toujours catholique parce que je suis né catholique et je vais mourir catholique mais je lis ma bible tous les jours et je ne saute plus les messes à l'église.»

## **5.2.LES RESULTATS AU RORSCHACH**

### **5.2.1. Les particularités individuelles**

#### **5.2.1.1. Cas de Simon**

##### **5.2.1.1.1. Le nombre de réponses (R)**

Si nous nous référons d'emblée au nombre total de réponses (R) est  $R=8$ , nous constatons que notre soldat testé n'a pas atteint la norme qui est située entre vingt et trente réponses (20 et 30 R) après les deux passations du test de rorschach. Il en ressort donc que notre soldat pourrait avoir passé le test à contrecœur, ou a eu un blocage émotionnel, une dépression, un retard intellectuel, ou encore un trouble psychiatrique selon D. ANZIEU et C. CHABERT.

#### **5.2.1.1.2. Le temps par réponse (T/R)**

Le temps moyen par réponses normal pour la passation du test du rorschach est de quarante cinq (45) secondes et notre patient a mis un temps de cent deux secondes (102) secondes qui correspond à une minute quarante deux (1 min 42 sec) secondes par réponses ; ce qui présupposerait notre patient à une inhibition grave ; une débilité ; un état pré-psychotique ou psychotique ou encore à un syndrome organique car le T/R moyen > 1 mn.

#### **5.2.1.1.3. Interprétative par rapport aux réponses globales:**

Notre soldat, au cours de la passation a eu une appréhension globale de 03, Ce qui donne un pourcentage de 37,5% supérieur à la norme qui va de 20 à 30%.

#### **5.2.1.1.4. Interprétative par rapport aux détails:**

A notre épreuve du rorschach, à partir de l'analyse des données, le soldat Simon a perçu deux détails ce qui nous donne un pourcentage de 25%, inférieur à la moyenne qui est de 60 à 70%.

#### **5.2.1.1.5. Interprétative par rapport aux petits détails:**

La lecture interprétative de notre psychodrame nous fait état d'aucune perception de 03 petits détails, ce qui nous donne lieu à un pourcentage de détail dans le blanc de 37,5%, largement supérieur à la normale qui est 10 %. D'où la conclusion selon laquelle, le soldat Simon serait un élément extrêmement prudent, vigilant, méticuleux.

#### **5.2.1.1.6. Interprétative par rapport aux détails dans le blanc:**

La lecture interprétative de notre psychodrame nous fait état d'aucune perception dans le blanc, ce qui nous donne lieu à un pourcentage de détail dans le blanc de 00%, inférieur à la normale qui est 4 à 6 %.

#### **5.2.1.1.7. Interprétative par rapport détails oligophréniques:**

La lecture interprétative de notre psychodrame nous fait état d'aucune oligophrénique, ce qui nous donne lieu à un pourcentage de détail oligophrénique de 00%, égal à la normale.

#### **5.2.1.1.8. Interprétative par rapport aux critères esthétiques**

Dans le cas du soldat Simon, le pourcentage de F est de 62,6%, inférieur à la normale qui est de 70 à 80%. Puisque  $F\% = 62,5\% < 70$ , nous sommes en face d'une présomption de psychose.

En outre, l'analyse de la passation du rorschach nous montre que la perception des formes dites "correctes" qui indique l'aptitude à diriger sa pensée (attention claire, jugement exact), force du Moi F+% est égale à 37,5% qui est également inférieur à la moyenne expose notre patient testé à une présomption de psychose, de débilité avec  $F+=37,5% < 60$ .

#### **5.2.1.1.9. Interprétative par rapport aux réponses mouvement**

Notre soldat Simon présente un score en K=1 et en Kan=1 ce qui donne lieu à un pourcentage tant de K% que de Kan% de 12,5%. K et kan sont faibles d'où l'impossibilité de reconnaître ses propres pulsions et de les satisfaire en action concertée ou rêverie ; c'est le propre tant du psychopathe que du psychotique puisque K et Kan bas sont associés à un F+% bas. On serait donc en présence d'un soldat psychotique qui ne saurait pas reconnaître ses propres pulsions.

#### **5.2.1.1.10. Interprétative par rapport aux réponses couleur (C)**

Le score du soldat Simon donne lieu à une réponse couleur FC- =1 et à un pourcentage de FC-%= 12,5% ce qui pourrait induire un signe de l'échec du contrôle émotionnel qui se rencontre surtout chez psychotiques.

#### **5.2.1.1.11. Interprétative par rapport au TYPE DE RÉSONANCE INTIME (T.R.I.)**

Le soldat Simon testé, a eu un score de K=1 d'une part et de C=0 d'autre part, ce qui justifie la formule :  $\sum K > \sum C$  (C=0). A partir de cette équation, nous pouvons conclure que le Type de Résonance Intime (TRI) du soldat Simon donne lieu à une personnalité purement introvertie, avec un affect « filtré », un personnage imaginatif, qui se plaît à imaginer plutôt qu'agir.

#### **5.2.1.1.12. Interprétative par rapport au contenu**

Le soldat Simon testé, a eu un score de perception animal A=5 : ce qui correspond aux 50% des réponses animaux.  $30 < A% < 60$  ce qui suppose la présence de mécanismes mentaux automatisés indispensables, mais contrôlés ; ce qui suppose que le soldat aurait un indice de sociabilité adaptée et conforme.

#### **5.2.1.1.13. Hypothèse diagnostique du soldat Simon**

Etant donnée que le soldat Simon de part :

- Le Type de Résonance Intime (TRI) donne lieu à une personnalité purement introvertie, avec une affectivité labile ;

- Le fait que FC apparaît souvent ;
- Le fait que  $F+\% = 37,5 < 60$  qui signifie que  $F+\%$  est légèrement réduit ;
- Le fait que  $30 < A \% = 50 < 60$  qui signifie que  $A \%$  est moyen ;
- Le fait que l'originalité de Simon soit ±bonne ;
- Et enfin, en considérant aussi que notre patient appartient à la tranche d'âge de 30 à 40 ans.

Nous amène selon Hermann Rorschach (1947, 306) à l'hypothèse diagnostique selon laquelle notre soldat serait atteint de **schizophrénie paranoïde**

### **5.2.1.2. Cas de Charles**

#### **5.2.1.2.1. Le nombre de réponses (R)**

Si nous nous référons d'emblée au nombre total de réponses (R) est  $R=10$ , nous constatons que notre soldat testé n'a pas atteint la norme qui est située entre vingt et trente réponses (20 et 30 R) après les deux passations du test de rorschach. Il en ressort donc que notre soldat pourrait avoir passé le test à contrecœur, ou a eu un blocage émotionnel, une dépression, un retard intellectuel, ou encore un trouble psychiatrique selon D. ANZIEU et C. CHABERT.

#### **5.2.1.2.2. Le temps par réponse (T/R)**

Le temps moyen par réponses normal pour la passation du test du rorschach est de quarante cinq (45) secondes et notre patient a mis un temps de soixante douze secondes (72) secondes qui correspond à une minute douze (1 min12 sec) secondes par réponses ; ce qui présupposerait notre patient à une inhibition grave ; une débilité ; un états pré-psychotique ou psychotique ou encore à un syndrome organique car le T/R moyen  $> 1$  mn.

#### **5.2.1.2.3. Interprétative par rapport aux réponses globales:**

Notre soldat, au cours de la passation a eu une appréhension globale de 04, Ce qui donne un pourcentage de 40% supérieur à la norme qui va de 20 à 30%.

#### **5.2.1.2.4. Interprétative par rapport aux détails:**

A notre épreuve du rorschach, à partir de l'analyse des données, le soldat Charles a perçu un détail ce qui nous donne un pourcentage de 10%, inférieur à la moyenne qui est de 60 à 70%.

#### **5.2.1.2.5. Interprétative par rapport aux petits détails:**

La lecture interprétative de notre psychodrame nous fait état d'une perception d'un petit détail, ce qui nous donne lieu à un pourcentage de petit détail de 10%, égale à la normale qui est 10 %. D'où la conclusion selon laquelle, le soldat Charles serait un élément extrêmement prudent, vigilant, méticuleux.

#### **5.2.1.2.6. Interprétative par rapport aux détails dans le blanc:**

La lecture interprétative de notre psychodrame nous fait état d'aucune perception dans le blanc, ce qui nous donne lieu à un pourcentage de détail dans le blanc de 00%, inférieur à la normale qui est 4 à 6 %.

#### **5.2.1.2.7. Interprétative par rapport détails oligophréniques:**

La lecture interprétative de notre psychodrame nous fait état d'aucune oligophrénique, ce qui nous donne lieu à un pourcentage de détail oligophrénique de 00%, égal à la normale.

#### **5.2.1.2.8. Interprétative par rapport aux critères esthétiques**

Dans le cas du soldat Charles, le pourcentage de F est de 70%, égale à la normale qui est de 70 à 80%. Puisque  $F\% = 70\% = 70$ , nous sommes en face d'un soldat qui a la capacité de se diriger dans la vie, à s'adapter à la réalité extérieure grâce à l'activité régulatrice de la raison et de la pensée. Notre soldat est de structure limite.

En outre, l'analyse de la passation du rorschach nous montre que la perception des formes dites "corrects" qui indique l'aptitude à diriger sa pensée (attention claire, jugement exact), force du Moi  $F+\%$  est égale à 20% qui est également inférieur à la moyenne se situant entre 80 et 90% expose notre patient testé à une présomption de psychose, de débilité avec  $F+=20\% < 60$ .

#### **5.2.1.2.9. Interprétative par rapport aux réponses mouvement**

Notre soldat Charles présente un score en  $K=1$ , ce qui donne lieu à un pourcentage de  $K\%$  de 10%.  $K$  est faible d'où l'impossibilité de reconnaître ses propres pulsions et de les satisfaire en action concertée ou rêverie ; c'est le propre tant du psychopathe que du psychotique puisque  $K$  bas est associés à un  $F+\%$  bas. On serait donc en présence d'un soldat psychotique qui ne saurait pas reconnaître ses propres pulsions.

#### **5.2.1.2.10. Interprétative par rapport aux réponses couleur (C)**

Le score du soldat Charles ne donne pas lieu aux réponses couleur donc un pourcentage de 00%.

#### **5.2.1.2.11. Interprétative par rapport au TYPE DE RÉSONANCE INTIME (T.R.I.)**

Le soldat Charles testé, a eu un score de  $K=1$  d'une part et de  $C=0$  d'autre part, ce qui justifie la formule :  $\sum K > \sum C$  ( $C=0$ ). A partir de cette équation, nous pouvons conclure que le Type de Résonance Intime (TRI) du soldat Charles donne lieu à une personnalité purement introvertie, avec un affect « filtré », un personnage imaginaire, qui se plaît à imaginer plutôt qu'à agir.

#### **5.2.1.2.12. Interprétative par rapport au contenu**

Le soldat Charles testé, a eu un score de perception animal  $A=5$  : ce qui correspond aux 50% des réponses animales.  $30 < A\% < 60$  ce qui suppose la présence de mécanismes mentaux automatisés indispensables, mais contrôlés ; ce qui suppose que le soldat aurait un indice de sociabilité adaptée et conforme.

#### **5.2.1.2.13. Hypothèse diagnostique du soldat Charles**

Etant donné que le soldat Charles de part :

- Le Type de Résonance Intime (TRI) donne lieu à une personnalité purement introvertie, avec une affectivité labile ;
- Le fait que FC apparaît souvent ;
- Le fait que  $F+\% = 20 < 60$  qui signifie que  $F+\%$  est légèrement réduit ;
- Le fait que  $30 < A\% = 50 < 60$  qui signifie que  $A\%$  est moyen ;
- Le fait que l'originalité de Simon soit ± bonne ;
- Et enfin, en considérant aussi que notre patient appartient à la tranche d'âge de 30 à 40 ans.

Nous amène selon Hermann Rorschach (1947, 306) à l'hypothèse diagnostique selon laquelle notre soldat serait atteint de **schizophrénie paranoïde**

### **5.2.1.3. Cas de Pascal**

#### **5.2.1.3.1. Le nombre de réponses (R)**

Si nous nous référons d'emblée au nombre total de réponses (R) est R=11, nous constatons que notre soldat testé n'a pas atteint la norme qui est située entre vingt et trente réponses (20 et 30 R) après les deux passations du test de rorschach. Il en ressort donc que notre soldat pourrait avoir passé le test à contrecœur, ou a eu un blocage émotionnel, une dépression, un retard intellectuel, ou encore un trouble psychiatrique selon D. ANZIEU et C. CHABERT.

#### **5.2.1.3.2. Le temps par réponse (T/R)**

Le temps moyen par réponses normal pour la passation du test du rorschach est de quarante cinq (45) secondes et notre patient a mis un temps de cinquante neuf secondes (59) secondes par réponses.

#### **5.2.1.3.3. Interprétative par rapport aux réponses globales:**

Notre soldat, au cours de la passation a eu une appréhension globale de 09, Ce qui donne un pourcentage de 90% supérieur à la norme qui va de 20 à 30%.

#### **5.2.1.3.4. Interprétative par rapport aux détails:**

A notre épreuve du rorschach, à partir de l'analyse des données, le soldat Pascal a perçu un détail ce qui nous donne un pourcentage de 10%, inférieur à la moyenne qui est de 60 à 70%.

#### **5.2.1.3.5. Interprétative par rapport aux petits détails:**

La lecture interprétative de notre psychodrame nous fait état d'une perception d'un petit détail, ce qui nous donne lieu à un pourcentage de petit détail de 10%, égale à la normale qui est 10 %. D'où la conclusion selon laquelle, le soldat Pascal serait un élément extrêmement prudent, vigilant, méticuleux.

#### **5.2.1.3.6. Interprétative par rapport aux détails dans le blanc:**

La lecture interprétative de notre psychodrame nous fait état d'aucune perception dans le blanc, ce qui nous donne lieu à un pourcentage de détail dans le blanc de 00%, inférieur à la normale qui est 4 à 6 %.

#### **5.2.1.3.7. Interprétative par rapport détails oligophréniques:**

La lecture interprétative de notre psychodrame nous fait état d'aucune oligophrénique, ce qui nous donne lieu à un pourcentage de détail oligophrénique de 00%, égal à la normale.

#### **5.2.1.3.8. Interprétative par rapport aux critères esthétiques**

Dans le cas du soldat Pascal, le pourcentage de F est de 40%, inférieur à la normale qui est de 70 à 80%. Puisque  $F\% = 40\% < 70$ , nous sommes en face d'un soldat qui est exposé à l'hystérie, à une psychose ; il est certainement un soldat indocile de structure psychotique.

En outre, l'analyse de la passation du rorschach nous montre que la perception des formes dites "corrects" qui indique l'aptitude à diriger sa pensée (attention claire, jugement exact), force du Moi  $F+\%$  est égale à 20% qui est également inférieur à la moyenne expose notre patient testé à une présomption de psychose, de débilité avec  $F+=20\% < 60$ .

#### **5.2.1.3.9. Interprétative par rapport aux réponses mouvement**

Notre soldat Pascal présente un score en  $K=1$ , ce qui donne lieu à un pourcentage de  $K\%$  de 10%.  $K$  est faible d'où l'impossibilité de reconnaître ses propres pulsions et de les satisfaire en action concertée ou rêverie ; c'est le propre tant du psychopathe que du psychotique puisque  $K$  bas est associés à un  $F+\%$  bas. On serait donc en présence d'un soldat psychotique qui ne saurait pas reconnaître ses propres pulsions.

#### **5.2.1.3.10. Interprétative par rapport aux réponses couleur (C)**

Le score du soldat Pascal ne donne pas lieu aux réponses couleur donc un pourcentage de 00%.

#### **5.2.1.3.11. Interprétative par rapport au TYPE DE RÉSONANCE INTIME (T.R.I.)**

Le soldat Pascal testé, a eu un score de  $K=1$  d'une part et de  $C=0$  d'autre part, ce qui justifie la formule :  $\sum K > \sum C$  ( $C=0$ ). A partir de cette équation, nous pouvons conclure que le Type de Résonance Intime (TRI) du soldat Charles donne lieu à une personnalité purement introvertie, avec un affect « filtré », un personnage imaginatif, qui se plaît à imaginer plutôt qu'agir.

#### **5.2.1.3.12. Interprétative par rapport au contenu**

Le soldat Pascal testé, a eu un score de perception animal  $A=3$  : ce qui correspond aux 30% des réponses animaux.  $30 \leq A\% < 60$  ce qui suppose la présence de mécanismes mentaux

automatisés indispensables, mais contrôlés ; ce qui suppose que le soldat aurait un indice de sociabilité adaptée et conforme.

#### **5.2.1.3.13. Hypothèse diagnostique du soldat Pascal**

Etant donnée que le soldat Pascal de part :

- Le Type de Résonnance Intime (TRI) donne lieu à une personnalité purement introvertie, avec une affectivité labile ;
- Le fait que FC apparaît souvent ;
- Le fait que  $F+\% = 20 < 60$  qui signifie que  $F+\%$  est légèrement réduit ;
- Le fait que  $30 \leq A \% = 30 < 60$  qui signifie que  $A \%$  est moyen ;
- Le fait que l'originalité de Simon soit ±bonne ;
- Et enfin, en considérant aussi que notre patient appartient à la tranche d'âge de 30 à 40 ans.

Nous amène selon Hermann Rorschach (1947, 306) à l'hypothèse diagnostique selon laquelle notre soldat serait atteint de **schizophrénie paranoïde**

#### **5.2.1.4. Cas d'André**

##### **5.2.1.4.1. Le nombre de réponses (R)**

Si nous nous référons d'emblée au nombre total de réponses (R) est  $R=15$ , nous constatons que notre soldat testé n'a pas atteint la norme qui est située entre vingt et trente réponses (20 et 30 R) après les deux passations du test de rorschach. Il en ressort donc que notre soldat pourrait avoir passé le test à contrecœur, ou a eu un blocage émotionnel, une dépression, un retard intellectuel, ou encore un trouble psychiatrique selon D. ANZIEU et C. CHABERT.

##### **5.2.1.4.2. Le temps par réponse (T/R)**

Le temps moyen par réponses normal pour la passation du test du rorschach est de quarante cinq (45) secondes et notre patient a mis un temps de quarante sept secondes (47) secondes par réponses.

##### **5.2.1.4.3. Interprétative par rapport aux réponses globales:**

Notre soldat, au cours de la passation a eu une appréhension globale de 07, Ce qui donne un pourcentage de 70% supérieur à la norme qui va de 20 à 30%.

#### **5.2.1.4.4. Interprétative par rapport aux détails:**

A notre épreuve du rorschach, à partir de l'analyse des données, le soldat André a perçu un détail ce qui nous donne un pourcentage de 20%, inférieur à la moyenne qui est de 60 à 70%.

#### **5.2.1.4.5. Interprétative par rapport aux petits détails:**

La lecture interprétative de notre psychodrame nous fait état d'une perception de deux petits détails, ce qui nous donne lieu à un pourcentage de petits détails de 20%, supérieur à la normale qui est 10 %. D'où la conclusion selon laquelle, le soldat Pascal serait un élément extrêmement prudent, vigilant, méticuleux.

#### **5.2.1.4.6. Interprétative par rapport aux détails dans le blanc:**

La lecture interprétative de notre psychodrame nous fait état d'aucune perception dans le blanc, ce qui nous donne lieu à un pourcentage de détail dans le blanc de 00%, inférieur à la normale qui est 4 à 6 %.

#### **5.2.1.4.7. Interprétative par rapport détails oligophréniques:**

La lecture interprétative de notre psychodrame nous fait état d'aucune oligophrénique, ce qui nous donne lieu à un pourcentage de détail oligophrénique de 00%, égal à la normale.

#### **5.2.1.4.8. Interprétative par rapport aux critères esthétiques**

Dans le cas du soldat André, le pourcentage de F est de 50%, inférieur à la normale qui est de 70 à 80%. Puisque  $F\% = 50\% < 70$ , nous sommes en face d'un soldat qui est exposé à l'hystérie, à une psychose ; il est certainement un soldat indocile de structure psychotique.

En outre, l'analyse de la passation du rorschach nous montre que la perception des formes dites "corrects" qui indique l'aptitude à diriger sa pensée (attention claire, jugement exact), force du Moi  $F+\%$  est égale à 30% qui est également inférieur à la moyenne expose notre patient testé à une présomption de psychose, de débilité avec  $F+\% = 20\% < 60$ .

#### **5.2.1.4.9. Interprétative par rapport aux réponses mouvement**

Notre soldat André présente un score en  $K=3$ , ce qui donne lieu à un pourcentage de  $K\%$  de 30%.  $K$  est faible d'où l'impossibilité de reconnaître ses propres pulsions et de les satisfaire en action concertée ou rêverie ; c'est le propre tant du psychopathe que du psychotique

puisque K bas est associés à un F+% bas. On serait donc en présence d'un soldat psychotique qui ne saurait pas reconnaître ses propres pulsions.

#### **5.2.1.4.10. Interprétative par rapport aux réponses couleur (C)**

Le score du soldat André ne donne pas lieu aux réponses couleur donc un pourcentage de 00%.

#### **5.2.1.4.11. Interprétative par rapport au TYPE DE RÉSONANCE INTIME (T.R.I.)**

Le soldat André testé, a eu un score de K=3 d'une part et de C=0 d'autre part, ce qui justifie la formule :  $\sum K > \sum C$  (C=0). A partir de cette équation, nous pouvons conclure que le Type de Résonance Intime (TRI) du soldat André donne lieu à une personnalité purement introvertie, avec un affect « filtré », un personnage imaginatif, qui se plait à imaginer plutôt qu'agir.

#### **5.2.1.4.12. Interprétative par rapport au contenu**

Le soldat André testé, a eu un score de perception animal A=3 : ce qui correspond aux 30% des réponses animaux.  $30 \leq A\% < 60$  ce qui suppose la présence de mécanismes mentaux automatisés indispensables, mais contrôlés ; ce qui suppose que le soldat aurait un indice de sociabilité adaptée et conforme.

#### **5.2.1.4.13. Hypothèse diagnostique du soldat Charles**

Etant donnée que le soldat Charles de part :

- Le Type de Résonance Intime (TRI) donne lieu à une personnalité purement introvertie, avec une affectivité labile ;
- Le fait que FC apparaît souvent ;
- Le fait que  $F+\% = 30 < 60$  qui signifie que F+% est légèrement réduit ;
- Le fait que  $30 \leq A\% = 50 < 60$  qui signifie que A % est moyen ;
- Le fait que l'originalité de Simon soit ±bonne ;
- Et enfin, en considérant aussi que notre patient appartient à la tranche d'âge de 30 à 40 ans.

Nous amène selon Hermann Rorschach (1947, 306) à l'hypothèse diagnostique selon laquelle notre soldat serait atteint de **schizophrénie paranoïde**

# CHAPITRE 6 : INTERPRETATION DES RESULTATS ET SUGGESTIONS

## 6.1.SYNTHESE DES DONNEES DES ENTRETIENS ET DU RORSACH

Dans ce chapitre, nous allons rappeler les caractéristiques dominantes et secondaires les plus fréquentes dans les récits tant des entretiens que du Rorschach chez nos soldats de retour de guerre. Ensuite, nous allons interpréter les résultats des entretiens eu égard aux théories et justifier l'hypothèse diagnostique notamment au regard des théories explicatives de l'étude et enfin, formuler quelques suggestions au regard des analyses, de l'interprétation des résultats et de l'hypothèse diagnostique.

### 6.1.1. Synthèse des données des entretiens

Nos entretiens nous ont permis de noter ce qui suit.

Sur le plan psychosomatiques des dimensions psychophysiologiques semblent évidentes : tremblements des pieds, les sensations kinesthésiques, désordres neuro-végétatifs, troubles du sommeil (insomnies, cauchemars) à et troubles alimentaires (anorexie, boulimie):

Concernant les processus perceptifs du traumatisme. Nous avons noté les sentiments d'infériorité des sujets face à leurs adversaires, les peurs suscitées par la capture dans un contexte où l'ennemi terroriste ignore les lois de la guerre d'autant plus qu'il suscite l'effroi étant qualifié d'invisible, d'où un vécu cauchemardesque du conflit, la difficulté liée à l'identification de l'agresseur et qui au plan des processus de résistance psychologique invite celle de l'impossibilité de s'identifier à ce dernier.

L'insistance que la santé mentale du soldat nous a permis de noter la montée de « bouffée » lors des combats et fréquemment avant ceux-ci (le cœur qui bat chamade, tachycardie), la présence d'émotions qui sur le plan postural tendent à inhiber le comportement des sujets alors pris de peur, d'anxiété et quelque part d'angoisse ; les troubles du sommeil et de la conscience vigilées (fantaisies, rêves, cauchemars, réaction de sursaut, réveil en sursaut, etc.) ; des sentiments d'agressivité contre l'ennemi devenu un autrui imaginaire que les sujets se construisent et entretiennent comme c'est le cas pour toute fantaisie) et qui quelque part semblent non pas gratuits mais exagérés en comparaison avec

ceux qu'on observe dans la population générale ; la gestion de la culpabilité qui conduit au renforcement du sentiment religieux chez les sujets.

### **6.1.2. Synthèse des données du Rorschach : les hypothèses diagnostiques**

Nous formulerons d'abord les hypothèses diagnostiques de nos sujets.

#### **6.1.2.1.Hypothèse diagnostique du soldat Simon**

Etant donnée que le soldat Simon de part :

- Le Type de Résonance Intime (TRI) donne lieu à une personnalité purement introvertie, avec une affectivité labile ;
- Le fait que FC apparaît souvent ;
- Le fait que  $F+\% = 37,5 < 60$  qui signifie que  $F+\%$  est légèrement réduit ;
- Le fait que  $30 < A \% = 50 < 60$  qui signifie que  $A \%$  est moyen ;
- Le fait que l'originalité de Simon soit ± bonne ;
- Et enfin, en considérant aussi que notre patient appartient à la tranche d'âge de 30 à 40 ans.

Nous amène selon Hermann Rorschach (1947) à l'hypothèse diagnostique selon laquelle notre soldat serait atteint de **schizophrénie paranoïde**

#### **6.1.2.2.Hypothèse diagnostique du soldat Charles**

Etant donnée que le soldat Charles de part :

- Le Type de Résonance Intime (TRI) donne lieu à une personnalité purement introvertie, avec une affectivité labile ;
- Le fait que FC apparaît souvent ;
- Le fait que  $F+\% = 20 < 60$  qui signifie que  $F+\%$  est légèrement réduit ;
- Le fait que  $30 < A \% = 50 < 60$  qui signifie que  $A \%$  est moyen ;
- Le fait que l'originalité de Simon soit ± bonne ;
- Et enfin, en considérant aussi que notre patient appartient à la tranche d'âge de 30 à 40 ans.

Nous amène selon Hermann Rorschach (1947) à l'hypothèse diagnostique selon laquelle notre soldat serait atteint de **schizophrénie paranoïde**

### 6.1.2.3.Hypothèse diagnostique du soldat Pascal

Etant donnée que le soldat Pascal de part :

- Le Type de Résonance Intime (TRI) donne lieu à une personnalité purement introvertie, avec une affectivité labile ;
- Le fait que FC apparaît souvent ;
- Le fait que  $F+\% = 20 < 60$  qui signifie que  $F+\%$  est légèrement réduit ;
- Le fait que  $30 \leq A \% = 30 < 60$  qui signifie que  $A \%$  est moyen ;
- Le fait que l'originalité de Simon soit ±bonne ;
- Et enfin, en considérant aussi que notre patient appartient à la tranche d'âge de 30 à 40 ans.

Nous amène selon Hermann Rorschach (1947) à l'hypothèse diagnostique selon laquelle notre soldat serait atteint de **schizophrénie paranoïde**

### 6.1.2.4.Hypothèse diagnostique du soldat André

Etant donnée que le soldat André de part :

- Le Type de Résonance Intime (TRI) donne lieu à une personnalité purement introvertie, avec une affectivité labile ;
- Le fait que FC apparaît souvent ;
- Le fait que  $F+\% = 30 < 60$  qui signifie que  $F+\%$  est légèrement réduit ;
- Le fait que  $30 \leq A \% = 50 < 60$  qui signifie que  $A \%$  est moyen ;
- Le fait que l'originalité de Simon soit ±bonne ;
- Et enfin, en considérant aussi que notre patient appartient à la tranche d'âge de 30 à 40 ans.

Nous amène selon Hermann Rorschach (1947, 306) à l'hypothèse diagnostique selon laquelle notre soldat serait atteint de **schizophrénie paranoïde**

## 6.2.INTERPRETATION DES RESULTATS

Nous allons interpréter nos résultats au regard des perspectives explicatives présentées dans la partie théorique de ce travail. Pour ce faire, nous allons d'abord rappeler leur quintessence avant de nous prononcer.

### **6.2.1. Interprétation des résultats des entretiens**

Les entretiens sont interprétés en fonction de la synthèse théorique. Nous pensons que ce que l'on observe dans nos entretiens et que nous décrivons en synthèse dans ce chapitre s'explique au regard des vécus émotionnels traumatiques antérieurs et de la manière dont ils ont été gérés, l'ébranlement de la conscience et les faits d'instabilité comme l'indique la théorie du même nom.

Concernant le premier point, l'importance de l'émotion dans la constitution du trauma comme l'affirment Freud, Janet et Fezenczi. Les symptômes (manifestations psychiques) de nos sujets peuvent être mis en relation avec l'intensité du traumatisme subit antérieurement. On note aussi les faits de rétrécissement de la conscience comme si l'on faisait invoquer le traumatisme ultérieur chez les sujets. L'approche de l'adversaire au plan psychocognitif (un barbare, un sauvage, une personne à la limite de l'humanité et qui ne respecte aucun droit, à commencer par celui de sa victime à survivre) et psychoaffectif (une personne anxiogène, non seulement non identifiable et à laquelle on ne peut s'identifier y compris en termes de mécanismes de défense) lié au contexte de combat comme remettant en cause la vitalité des sujets.

En interprétation nous avons aussi adopté les positions de Janoff-Bulman qui mettent l'accent sur le traumatisme comme conséquence de l'ébranlement de la conscience. Chez nos sujets avant et pendant les combats on observe des sentiments de perte de soi, de confiance en soi, d'infériorité face à l'adversaire. Le fait qu'ils se sentent inférieurs à une personne mieux armée qu'eux, qui a la capacité quasi-magique d'être invisible et de dicter les lieux, les conditions et les formes du combat a ébranlé la perception de « braves » que les soldats avaient d'eux-mêmes. Cela est d'autant évident que selon l'enseignant le meilleur compagnon du soldat et seul à qui il a confiance est son arme. D'où les sentiments de victimes et de victimisation qui se dégagent dans l'échantillon.

Les théories instables peuvent aussi nous servir en interprétation. Elles mettent l'accent sur le fait qu'un événement qui peut-être oublié pendant un certain temps et ressurgir à travers différents symptômes. C'est ce qui peut expliquer dans notre échantillon la relation entre les faits traumatogènes, la symptomatologie et l'évolution pathologique des sujets.

### 6.2.2. Justification des hypothèses diagnostiques

Les hypothèses diagnostiques des quatre soldats testés sont « **schizophrénie paranoïde** ». **Pour les comprendre, il faut faire retour aux théories du test de Rorschach telles que son créateur les a élaborées.**

Rorschach définit les différents types de pathologies en fonction de la TRI et selon l'âge, Ceci conduit à noter les

- Introversifs** (Paranoïdes (30-40 ans). Paranoïa (encore + + tard) ;
- les **Coartés** (Démence simple, Ambiéquax dilatés. Catatonie de (18-30ans) ;
- les **Extratensifs** (Hébéphrénie (puberté). Quérulants. (40ans et + tard).

De ceux-ci, les **Paranoïdes se présentent comme suit :**

- + Type de résonance intime introversif.
- + Affectivité labile voire adaptable (FC apparaît plus souvent).
- + F + % légèrement réduit (acquiescence des formes très changeante).
- + A % moyen.
- + Orig. % (+/-) bon.
- + type d'appréhension G-D.
- + Succession un peu incohérente (chez les cohérents : ordonnée le + souvent).
- + Dd absurdes.
- + Tendance au Ddl (obstination, négativisme).
- + Parfois Kp (petite K).
- + Défaut de réponses complexes.
- + Beaucoup de K avec F + % relativement bas.
- + Productifs : F + % directement proportionnel aux C (non toujours stabilisées).

Comme les soldats testés ne souffraient d'aucune maladie psychique avant leur départ, nous pouvons ainsi justifier que nos soldats de retour du conflit armé contre les Boko-haram souffriraient de *schizophrénie paranoïde* quel qu'en soit le degré.

En plus, nos soldats testés avaient tous des sentiments ambivalents c'est-à-dire:

- Un sentiment de haine pour l'ennemi à cause du conflit;
- Une affection particulière pour sa famille laissée en arrière comme conséquence du conflit;
- Un rapprochement inhabituel vers la croyance à l'existence de Dieu comme résultant du conflit.

Nous pourrions en déduire que notre troisième hypothèse selon laquelle: *“le traumatisme psychique du conflit armés Boko-Haram a un effet sur l’humeur et l’affektivité des soldats camerounais revenus de l’Extrême-Nord Cameroun”* est vérifiée.

### **6.3.SUGGESTIONS**

Au terme de notre recherche et à la lumière de nos analyses, nous nous proposons d’émettre quelques suggestions à l’endroit des décideurs militaires, et académiques

#### **6.3.1. Aux décideurs militaires:**

- Nous proposons de mettre un accent particulier sur la formation des jeunes recrues en les mettant en contact avec le maximum d’armes possibles pour éviter des surprises désagréables;
- Introduire une préparation psychologique par les spécialistes pour préparer les soldats aux épreuves auxquelles ils feront face;
- En cas de conflit, amener un spécialiste pour les premiers besoins d’accompagnement;
- Recruter plus de spécialistes vu la grandeur de la demande pour un accompagnement efficace;
- Lancer un recrutement spécial pour spécialistes afin que les soldats soient rassurés qu’ils sont suivis par des militaires comme eux et qui les comprennent leurs problèmes et non des civils;
- Mettre sur pied une unité mobile de spécialistes pour le suivi et l’accompagnement des soldats revenus de guerre;

#### **6.3.2. Aux décideurs académiques:**

- Nous proposons aux décideurs académiques de créer une cellule de suivi au sein de la Faculté pour que les étudiants puisse facilement rallier la théorie à la pratique;
- Nous proposons que l’université signe des partenariats avec des structures sous sa tutelle pour que ses lauréats puisse avoir une visibilité claire de là où être opérationnel dès leur sortie;
- Nous proposons que l’université en accord avec le ministère de l’emploi décerne des diplômes professionnalisant aux lauréats afin de faciliter leur insertion sociale pour ne pas avoir l’impression de donner naissance comme des vipères.

## **CONCLUSION**

Ce mémoire est intitulé *Traumatisme des situations conflictuelles Boko-Haram et Handicaps Psychiques chez les soldats de retour de l'Extrême-Nord Cameroun: cas du vécu du Syndrome de Stress Post Traumatique*. Il s'inscrit dans une perspective traumatologique, plus spécifiquement de traumatismes mentaux et psychiques, de faire s'intéresser aux spécificités des traumatismes subis par les soldats camerounais engagés dans le combat contre Boko-Haram. Ils ont été confrontés à un adversaire qualifié de terrorisme car répandant autour de lui le spectre de la terreur grâce à laquelle il s'impose à ses adversaires et se maintient vivace à leur conscience. Les soldats camerounais ont donc été confrontés à des faits traumatogènes pour une part voulu par l'adversaire et pour une à des traumatismes générés par le rapport de leur personnalité aux contextes de combats. C'est en rapport avec de tels faits que nous nous sommes posés la question de recherche suivante : « *le traumatisme des situations conflictuelles Boko-Haram affecte-t-il la santé mentale des soldats Camerounais revenus de l'Extrême-Nord Cameroun ?* ». L'hypothèse générale formulée pour répondre à cette interrogation est que « *Le traumatisme des situations conflictuelles Boko-Haram affecte la santé mentale des soldats revenus de l'Extrême-Nord Cameroun* ».

De cette hypothèse générale découlent trois des hypothèses de recherche (HR) qui sont :

✚HR1 : - « *Les réactions physiques sont la résultante du traumatisme physiologique qu'ont subi les soldats camerounais durant les conflits Boko-Haram* ».

✚HR2 : - « *Le trouble du sommeil et de la conscience est la conséquence du traumatisme mental qu'ont subi les soldats camerounais durant les conflits Boko-Haram* ».

✚HR3 : - « *Le traumatisme psychique du conflit armés Boko-Haram a un effet sur l'humeur et l'affectivité des soldats camerounais revenus de l'Extrême-Nord Cameroun* ».

Pour vérifier nos hypothèses nous avons rencontré 4 soldats vétérans de la guerre contre Boko-Haram et nous les avons interviewés et soumis au test de Rorschach. Ils suivaient alors des prises en charge psychiatriques à l'Hôpital militaire Région n°1 dans la ville de Yaoundé. Les résultats de notre enquête ont été analysés et interprétés au regard des théories exposées dans la première partie de ce mémoire.

Des entretiens ont retient que l'importance des vécus émotionnels. L'approche de l'adversaire au plan psycho-cognitif et psychoaffectif lié au contexte de combat comme remettant en cause la vitalité des sujets. Le traumatisme est aussi ici la conséquence de l'ébranlement de la conscience. Chez nos sujets avant et pendant les combats on a observe des sentiments de perte de soi, de confiance en soi, d'infériorité face à l'adversaire. C'est ainsi que des faits vécus en situations de combats n'ont pas été oubliés et ont pu continuer à resurgir à travers différents

symptômes alors que les sujets avaient déjà regagné leur bases arrières, étaient hospitalisés à l'Hôpital militaire à Yaoundé.

Du Rorschach on retient l'hypothèse diagnostique, la même pour tous les sujets. Tous les quatre soldats testés sont « schizophrénie paranoïde ». Ceci se comprend au regard des théories du test de Rorschach telles que Herman Rorschach les a élaborées. En effet et conformément à ces théorisations nos soldats qui ne souffraient d'aucune maladie psychique avant leur départ, à leur retour du conflit armé contre les Boko-Haram souffriraient de schizophrénie paranoïde quelqu'en soit le degré. Ils étaient empreints du sentiment ambivalent : haine pour l'ennemi à cause du conflit; affection particulière pour leur famille laissée en arrière comme conséquence du conflit; rapprochement inhabituel vers la croyance à l'existence de Dieu comme résultante du conflit.

D'où il apparaît que nos trois hypothèses de recherche sont vérifiées et que le traumatisme des situations conflictuelles Boko-Haram a affecté la santé mentale des soldats Camerounais revenus de guerre.

## **REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES**

- Ahmed, A-S. (2007). *Post-traumatic stress disorder, resilience and Vulnerability*. Advances in Psychiatric Treatment
- American Psychiatric Association. (1996). *DSM-IV : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. Paris : Masson.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. (5<sup>é</sup> éd.) Washington, DC.
- Anzieu, D. & Chabert, C. (1961). *Les méthodes projectives*. Paris : puf.
- Asmundson, G.J., G. R. Norton, M.D. Allardings, P.J. Norton et D. K. Larsen (1998). *Post traumatic stress disorder and work-related injury*. J Anxiety Disord.
- Audrey, V. (2015). *Post-traumatique dans l'armée : une épidémie silencieuse*. Paris : Puf.
- Baeriswyl, A. (2004). *Techniques d'action immédiat: Les formations de combat, les réactions offensives et défensives, les TAI opérations spéciales*. Paris : NDS
- Bergeret, J. (1995). *Psychologie pathologique. Théorie et clinique*. Paris : Masson.
- Bowman, M.L. (1999). *Individual differences in posttraumatic distress: problems with the DSM-IV model*. Can J Psychiatry.
- Breslau, R.C. & Kessler, H.D. (1998). *Trauma and post traumatic stress disorder in the community: the 1996 Detroit Area*
- Brewin, C.R. & Andrews, B. (2000). *Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults*. J Clin & Consult Psychology
- Chabert, C. (2008). *Psychologie clinique et psychopathologie*. Paris : PUF.
- Charzat, M. (2002). *La prise en charge du handicap psychique ; rapport pour l'inspection générale des affaires sociales RM20011*.
- Classification internationale des troubles mentaux-CIM-10. (1994). *Traduction française par CB Pull et al*. Paris: Masson.
- Connor, K.M. (2006). *Assessment of resilience in the aftermath of trauma*. Journal of Clinical Psychiatry.
- Courtois, C.A. (1999). *Recollection of Sexual Abuse-Treatment Principles and Guidelines*. New York : Norton.
- Crocq L. (2007). *Traumatismes psychiques, prise en charge psychologique des victimes*. Paris : Elsevier- Masson.
- Dobbs, D. (2009). *The Post Traumatic Stress Trap*. Scientific American Inc.
- Dugay, R. & Ellenberger, H.F. (1981). *Précis pratique de psychiatrie*. Paris : Maloine.
- Dutailly, A- S. (2009). *Stress et traumatisme psychologique dans milieu professionnel*. Article de revues 2009/1 n° 264) éditeur : Martin Média.

- Evola, R. (2013). *Manuel d'enquête par les questionnaires en sciences sociale*. Publibook.
- Farlane, A.C. & Bryant, R. A. (2007). *Post-traumatic stress disorder in occupational settings: anticipating and managing the risk*.
- Fisher, M.P. (2014). *PTSD in the U.S. Military and the politics of prevalence*. Soc Sci Med.
- Foa, E.B. (2000). *Psychosocial treatment of posttraumatic stress disorder*. *J Clin Psychiatry*: suppl.
- Freud, S. (1908). *Cinq leçons sur la psychanalyse*. Paris : puf.
- Freud, S. (1912). *Moïse et le Monothéisme*. Paris : puf.
- Freud, S. (1912). *Totem et tabou. Interprétation par la psychanalyse de la vie sociale des peuples primitifs*. Paris : puf.
- Freud, S. (1916). *Actuelles sur la guerre et sur la mort*. Paris : Puf.
- Freud, S. (1920). *Au-delà du principe de plaisir*. Paris : puf.
- Freud, S. (1971). *Inhibition, symptômes et angoisse*. Paris : puf.
- Freud, S. (1978). *Etudes sur l'hystérie*. Paris : puf.
- Freud, S. (1978). *Trois essais sur la théorie sexuelle*. Paris : Gallimard.
- Friedman, M.J. (2000). *Post Traumatic Stress Disorder. The Latest Assessment and Treatment Strategies*. Kansas City : Compact Clinicals.
- Géza; R. (2013). *Magic and schizophrenia*. Edition: Literacy Licensing.
- Greenberg, P.E. & Sisitsky, T (1999). *The economic burden of anxiety disorders in the 1990s*. *J Clin Psychiatry*
- Grinker, L. (2015). *Why is the PTSD Rate So Low Among British Veterans?*. Ochberg Society for Trauma Journalism.
- Hong, J. (2013). *In Canada, Paramedics Are the Most Likely to Develop PTSD*. Vice.
- Ionescu, S. (2006). *14 approches de la psychopathologie*. Paris : Armand colin.
- Janet, P. (1889). *L'automatisme psychologique : essai de psychologie expérimentale sur les formes inférieures de l'activité humaine*. Paris : Harmattan.
- Kessler, R.C. & Sonnega, A. (1995). *Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey*. *Arch Gen Psychiatry* .
- Kung, S. & Espinel, Z. (2012) *Treatment of Nightmares with Prazosin*. Paris: Dumond.
- La loi de 2005 «pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées».
- Lacan, J. (1988). *The Ego in FREUD'S Theory and in the Technique of Psychoanalysis*. Edition Norton.
- Laplanche, J. et Pontalis, J-B. (1967) *vocabulaire de la psychanalyse*. Editions puf.

Larousse. (1999). *Grand dictionnaire de la psychologie*. Edition bordas.

le Comité National pour la Coordination de l'Action des Handicapés (2016) [www.cash.fr](http://www.cash.fr)

Loi n°2005-102 du 11 février 2005 *pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées*.

<https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2005/2/11/SANX0300217L/jo/texte>.

Mayi, M.B. (2010). *Psychopathologie et Tradithérapies Africaines. Perspectives Actuelles*. Paris : Dianoa.

Mayi, M.B. (2016). *Sur Totem et tabou. Une relecture critique de l'approche freudienne de la vie sociale des Primitif*. Paris :Dianoa.

Mayi, M.B. (2017). *Quatre essais de psychopathologie africaine*. Paris : Dianoa.

Meichenbaum, D. (1994). *A Clinical Handbook. Practical Therapist Manual for Assessing and Treating Adults with Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD)*. Waterloo: Institute Press

Munyadamutsa, N. (2001). *Question du sens et des repères dans le traumatisme psychique : réflexions autour de l'observation clinique d'enfants et d'adolescents survivants du génocide rwandais de 1994*. Paris: Médecine & Hygiène.

Munyandamutsa, N. (2001). *Question du sens et des repères dans le traumatisme psychique*. Paris : Médecine & hygiène.

National Center for PTSD. (2014). *DSM-5 Diagnostic Criteria for PTSD*. Released.

Nielsen, M.B. & T. Tangen, T. (2015). *Post-traumatic stress disorder as a consequence of bullying at work and at school. A literature review and meta analysis*. Aggression and Violent Behaviour.

Otto, F. (1974). *La Théorie psychanalytique des névroses*. Volume 2. Paris : puf.

Paris, J. (2000). *Predispositions, personality traits, and posttraumatic stress disorder*. Harv Rev Psychiatry.

Pelicier, Y. (1976). *Lexique de psychiatrie*. Edition puf.

Psycho. (2007). *Le psychologue à l'hôpital*. Paris: IN PRESS.

Rausch de Traubenberg, N. (1970). *La pratique du Rorschach*. Paris : puf.

Rorschach, H. (1947). *Psychodiagnostic. Méthode et résultats d'une expérience diagnostique de perception*. Paris : puf.

Rosenblaum, D., William. M. (1999). *Life after Trauma. A Workbook for Healing*. New York: Guilford Press.

Rossi, J-P. (1997). *L'approche expérimentale en psychologie*.Paris : Dunod.

- Roupnel, S. (2016). *Vivre avec un syndrome de stress post-traumatique : l'expérience et l'impact du diagnostic pour des militaires français*. Québec, Canada.
- Stein, M.B. & Walker, J.R. (1997). *Full and partial post traumatic stress disorder: findings from a community survey*. Am J Psychiatry
- Syllmy, N. (1983) *Dictionnaire usuel de psychologie*. Edition bordas.
- Whitney, D. (2010) *Trouble de stress post-traumatique*. Paris: Puf.
- Yehuda, R. & Farlane A.C. (1998). *Predicting the development of post traumatic stress disorder from the acute response to a traumatic event*. Biol Psychiatry
- Zribi, G. & Sarfaty, J. ( 2003). *Handicapés mentaux et psychiques vers de nouveaux droits*. Paris : EHESP.

# ANNEXES

UNIVERSITE DE YAOUNDE I  
The University of Yaounde I

\*\*\*\*\*

FACULTE DES SCIENCES DE L'EDUCATION  
Faculty of Education

\*\*\*\*\*

DEPARTEMENT DE L'EDUCATION SPECIALISEE  
Department of Specialized Education

\*\*\*\*\*

Tel. (237) 99.52.40.40

[isisplaton@yahoo.fr](mailto:isisplaton@yahoo.fr)



REPUBLIQUE DU CAMEROUN

Republic of Cameroon

\*\*\*\*\*

Paix - Travail - Patrie

Peace - Work - Fatherland

\*\*\*\*\*

N° 104/84/16 /UYI/FSE/EDS/CD

Yaoundé, le... 13 OCT 2016...

LE DOYEN  
The Dean

## AUTORISATION DE RECHERCHE

Je soussigné, **Barnabé MBALA ZE**, Doyen de la Faculté des Sciences de l'Éducation (FSE) autorise l'étudiant **KAMENI YAMDJEU SIDO ARMAND**, Matricule 14S3424 inscrit en Master dans le Département de l'Éducation Spécialisée option *Handicap mental, habilités mentales et conseil* à mener une recherche sur le sujet intitulé " **Situation conflictuelle et vécu post-traumatique : cas des soldats revenus de la zone conflictuelle Boko Haram.** "

En foi de quoi la présente autorisation lui est délivrée pour servir et valoir ce que de droit./-

  
**Barnabé MBALA ZI**  
Professeur

## GRILLE D'ENTRETIEN

### **I. Informations générales du sujet**

- Nom.....**Simon**.....Age.....**32**  
ans.....Sexe.....**Masculin**.....Niveau d'études.....**BEPC**.....
- Antécédents médicaux : **paludisme; typhoïde ;**
- Antécédents familiaux : **homme marié vivant avec sa famille, ayant trois enfants donc deux garçons et une fille**
- grade.....**sergent** .....Région.....**Centre**.....Situation  
Matrimoniale.....**Marié**.....
- Religion.....**Catholique**.....Nombre d'enfants à charge.  
.....**03**.....

### **II. Questions liés au traumatisme des situations conflictuelles Boko-Haram**

#### **II.1. Questions liées aux traumatismes Physiologique**

##### **II.1.1. Questions liés aux traumatismes morphologiques**

- Durant le conflit, vous arrivaient-ils que vos pieds tremblent ? **OUI** dites nous pourquoi?.**Parce que j'avais peur**
- A un certain niveau, ressentez-vous une sorte de fourmillement dans les jambes ? **OUI** décrivez-les : **c'était comme si**

**Les fourmis marchaient dans mes rangers.**

##### **II.1.2. Questions liés aux traumatismes neuro-végétatifs**

- Y avaient-ils des affrontements antagonistes ? **si** qui sont-ils ? **la grosse difficulté là, c'est qu'on ne connaît même pas qui est qui dans toute cette affaire.**
- Dormiez-vous bien lors du conflit ? **pas et du tout** maintenant ? **c'est toujours présent** comment cela se manifestait-il ?  
**pouvez-vous dormir quand les balles sifflent de part et autre ?**
- Comment du point de vue personnel, vous vous comportiez face aux repas qui vous était donné ?**je n'avais pas d'appétit**  
Et maintenant ? **ca va de mieux en mieux**

#### **II.2. Questions liés aux traumatismes mentaux**

##### **II.2.1. Questions en rapport aux traumatismes cognitifs liés aux processus perceptifs élaborés**

- parlez-moi de l'armement des insurgés **oh ! Ils étaient lourdement armés et les armes qu'ils utilisaient étaient impressionnants**

- usaient-ils des pratiques violentes comme des tortures sur vos camarades ? **OUI**  
Qu'en pensiez-vous ? **ca me mettait dans un état de colère et je ne désirais qu'une chose, rendre la pareille**

### **II.2.2. Questions liés aux apprentissages et conditionnement castratifs**

- Contre qui combattiez-vous ? **je vous l'ai déjà dit, nous-mêmes, nous ne savions pas** car l'ennemi pouvait être n'importe où.
- Comment répondiez-vous à toutes ces attaques ? **par des coups de feu aussi. Ne me dites pas que vous auriez espérer que nous ne ripostions pas**

## **III. Questions liés la santé mentale du soldat**

### **III.1. Questions liés au syndrome de Stress Post Traumatique**

#### **III.1.1. Questions liés aux réactions physiologiques**

- Aviez-vous l'impression que votre cœur bat plus vite ? **Régulièrement** et maintenant ? **Seulement quand je pense à ces moments là**
- Avez-vous un sentiment d'avoir une boule à la gorge ? **OUI** Quand cela a-t-il commencé ? **quand j'ai commencé à voir mes camarades mourir.**
- Transpiriez-vous souvent ? **OUI.** A quelle circonstance ? **quand je pensais qu'il peut avoir embuscade d'un moment à l'autre**

#### **III.1.2. Questions liées au sommeil perturbé**

- Avez-vous des insomnies ? **OUI.** quand cela a-t-il commencé ? **au conflit avec les Boko-Haram**
- Avez-vous des cauchemars ? **OUI.** quand cela a-t-il commencé ? **toujours au conflit**
- Et quand vous arrivez à dormir, dormez-vous paisiblement ? **pas du tout** comment votre trouble se manifeste-t-il ? **je me réveille en sursaut dans la nuit au moindre bruit.**

#### **III.1.3. Questions liées à l'action sur l'humeur et l'affectivité**

- Devant les insurgés, quel sentiment nourrissiez-vous ? **la haine**
- Pensiez-vous souvent à votre famille quand vous étiez au fort de la bataille ? **plus qu'avant** sur une échelle de 1 à 10 notez le degré **9/10.**
- Avant le conflit de quelle religion étiez-vous ? **j'étais catholique.** Et aujourd'hui ? **je suis devenu Pasteur** pourquoi ? **parceque ayant vu la mort de près, j'ai décidé me rapprocher de Dieu.**

## FEUILLE DE COTATION DU RORSCHACH

**SUJET N°:1    NOM :    Simon...    .Age.....32 ans**

Pl n°	Réponse	Verbalisation	Localisation	Déterminant	Contenu	Latence	Fact Add
I.	C'est comme l'oiseau.	Il a les ailes, le truc qui est devant. Il y'a les autres oiseaux à côté (détail latéraux)	Dd	F+	A	22''	Ban
II.	RAS					35''	Refus
III.	Deux personnes entrain de tirer une assiette.	Je vois des trucs rouges mais c'est non identifiable.  C'est deux personnes entrain de danser et jouer, ça me fait rigoler	G	K	H	38''	Ban
IV.	Des statuts.	C'est comme un arbre (partie inférieure). Les deux figures ressemblent aux pieds de quelqu'un (détails latéraux inférieurs)	Dd	F+	Obj	20''	Ban
V.	C'est comme l'oiseau.	les pieds, la tête, les oreilles, les ailes. C'est comme un oiseau que je connaissais avant, il ne ressemble pas vraiment à ça, mais ça me donne des idées	Go	F+	A	29''	Ban
VI.	Ça ressemble	Là on a les fleurs (détails latéraux	Dd	F-	Bot	16''	

	à une fleur.	supérieurs) et ici ce sont les feuilles (détails latéraux inférieurs)					
VII	C'est comme un dessin	C'est comme les feuilles des arbres	G	F-	Arch	20''	
VIII	Ce sont les rats	C'est comme s'ils grimpaient sur le mur C'est comme la fumée (détail inférieur), ça ressemble à la même chose mais la couleur est différente (détail supérieur)	D	Kan	A	19''	Ban
IX	Je ne comprends rien	Je ne comprends rien				2''	Refus
X	Ce sont les insectes	(détails latéraux supérieurs), le feu, il y'a une image que je ne sais pas comment je vais identifier ça (détail médian). Le reste, je ne sais pas comment identifier ça. Le feu est entrain de bruler les insectes. Les insectes doivent aussi vivres, ils n'ont rien fait de mal	D	F-C	A	33''	

Temps de passation : 17 minutes Temps de latence : .....

Choix + = Pl 3 & Pl 5 ; Choix - = Pl 9 & Pl 10 ;

## ANALYSE QUANTITATIVE

### NORMES STATISTIQUES DE REFERENCES

		Normes/moyennes
R	Nb de réponses = 8	30
Refus	Nb de planches refusées=2	
Temps total	Temps total= 17 Minutes  Temps de latence moyen= 23sec  Temps moyen/réponses= 1min42s	
Modes d'appréhension	G= 37,5 %  D= 25 %  Dd= 37,5 %  Dbl= 0 %  Do= 0 %	20-30 %  60-70 %  10 %  4- 6 %  0 %
Déterminants	F+ (1 point) : 37,5 %  F- ( 0 point) : 25 %  F± (0,5 point dans F+) : 0 %  K : 12,5 %  Kan : 12,5 %  FC- (0,5 point) : 12,5 %	F%: 70-80% (<60% schizophrénie; 80% paranoia et 70-75% etat limite)  F+ %: 60  F- % : 20
Tri et Fc	personnalité purement introvertie	
RC%		30
Contenus	H : 12,5 % A : 50 %	H%: 16-17  A%: 30-60
Eléments qualitatif	Chocs et équivalents : 2	Normale : 7-8

## PSYCHODRAME

<u>Nom de la personne testée : Simon</u> <u>Age de la personne testée : 32 ans</u> <u>Date de l'examen :</u> <u>Lieu du testing : HMR1</u>		<u>Demandeur :</u> <u>Examineur :</u> <u>Date de fin d'analyse :</u>	
R : 8  R additives : /  Refus : 02   Temps total : 17Min   Temps/réponse moyen : 1Min 42Sec   Temps latent moyen : 23 Sec  T. Appr   TRI : %   F.C.:    RC%:	G : 03  G%: 37,5%  D: 02   D% : 25%   Dd:03   Dd%: 37,5%   Succession:   Choix+: Pl 3&5   Choix-: Pl 9&10	F : 5  F%: 62,5%  F+%: 37,5%  K : 01  Kan : 01   FC- : 01	H: 01  Hd: 00    H%:12,5%  (H):00  A:04  Ad:00    A%: 50%  (A):00   Ban: 05   Obj:01  Bot :01  Arch :01   <b>Eléments qualitatifs :</b>  Chocs : 02

## GRILLE D'ENTRETIEN

### I Informations générales du sujet

- Nom.....**Charles**.....Age...**30**  
ans.....Sexe.....**Masculin**.....Niveau  
d'études.....**Probatoire**.....
- Antécédents médicaux : **paludisme ; opération au pied pour choc durant un match de football**
- Antécédents familiaux : **célibataire habitant avec une copine, leur enfant fille et ses trois petits frères**
- grade.....**soldat 2<sup>e</sup> classe** .....Région.....**Ouest** .....Situation  
Matrimoniale.....**Célibataire**.....
- Religion..... **Catholique** .....Nombre d'enfants à charge.  
.....**04**.....

### II. Questions liés au traumatisme des situations conflictuelles Boko-Haram

#### II.1. Questions liées aux traumatismes Physiologique

##### II.1.1. Questions liés aux traumatismes morphologiques

- Durant le conflit, vous arrivaient-ils que vos pieds tremblent ? **OUI** dites nous pourquoi?.**je ne sais comment l'expliquer**
- A un certain niveau, ressentez-vous une sorte de fourmillement dans les jambes ? **OUI** décrivez-les : **c'était comme si**

**Je marchais sur les fourmis.**

##### II.1.2. Questions liés aux traumatismes neuro-végétatifs

- Y avaient-ils des affrontements antagonistes ? **OUI** qui sont-ils ? **les Boko-haram bien sûr**
- Dormiez-vous bien lors du conflit ? **NON** maintenant ? **pas toujours** comment cela se manifestait-il ?  
**Je ne pouvais pas dormir quand je savais qu'on peut me tuer si je ferme les yeux**
- Comment du point de vue personnel, vous vous comportiez face aux repas qui vous était donné ? **je mangeais peu**

Et maintenant ? **ca va**

## **II.2. Questions liés aux traumatismes mentaux**

### **II.2.1. Questions en rapport aux traumatismes cognitifs liés aux processus perceptifs élaborés**

- parlez-moi de l'armement des insurgés **Ils avaient de bons armes**
- usaient-ils des pratiques violentes comme des tortures sur vos camarades ? **OUI**  
Qu'en pensiez-vous ? **je ne supportais pas ça**

### **II.2.2. Questions liés aux apprentissages et conditionnement castratifs**

- Contre qui combattiez-vous ? **les Boko-haram** les connaissiez- vous ? **NON car l'ennemi pouvait être n'importe où.**
- Comment répondiez-vous à toutes ces attaques ? **on tirait aussi, cherchant à en tuer quelques uns.**

## **III. Questions liés la santé mentale du soldat**

### **III.1. Questions liés au syndrome de Stress Post Traumatique**

#### **III.1.1. Questions liés aux réactions physiologiques**

- Aviez-vous l'impression que votre cœur bat plus vite ? **OUI** et maintenant ? **quand les souvenirs de ces moments me reviennent**
- Avez-vous un sentiment d'avoir une boule à la gorge ? **OUI** Quand cela a-t-il commencé ? **au conflit**
- Transpiriez-vous souvent ? **OUI.** A quelle circonstance ? **quand je craignais qu'ils peuvent nous attaquer par surprise**
- Avez-vous des insomnies? **OUI.** quand cela a-t-il commencé ? **au conflit avec les Boko-Haram**
- Avez-vous des cauchemars? **OUI.** quand cela a-t-il commencé ? **à la guerre**
- Et quand vous arrivez à dormir, dormez-vous paisiblement ? **pas du tout** comment votre trouble se manifeste-t-il ? **si une personne ouvre brusquement la porte, je sursaute**

### III.1.2. Questions liées à l'action sur l'humeur et l'affectivité

- Ressentiez-vous souvent vos forces vous quitter de temps en temps? **OUI.** et après que ressentiez-vous ?**j'avais envie de rentrer**
- Devant les insurgés, quel sentiment nourrissiez-vous ? **la colère**
- Pensiez-vous souvent à votre famille quand vous étiez au fort de la bataille ? **plus qu'avant** sur une échelle de 1 à 10 notez le degré **7/10.**

#### FEUILLE DE COTATION DU RORSCHACH

SUJET N°: 2

NOM : Charles

AGE : 30 ans

Pl n°	Rappel de la réponse	Verbalisation	Localisation	Déterminant	Contenu	Latence (s)	Fact Add
I. 1	Ça ressemble à la colonne vertébrale.	Je vois les côtes qui traversent de part et d'autre, en bas je vois une ouverture qui ressemble à l'anus	DG	F-	Anat Ostéo	21''	Retournement de planche (v)
II.	Aucune idée					35''	Refus
III. 2	Deux personnes qui ont posé les mains sur un objet dont j'ignore le nom.	Au milieu c'est l'objet, ces personnes sont courbées et ont chacune un bras et un pied	G	K	H	16''	Ban
IV.	Aucune idée					20''	Refus
V.	Chauve-souris,	un oiseau nocturne. Je la reconnaît même à distance	G	F+	A	03''	Ban

VI.	C'est toujours un oiseau.	C'est un oiseau qu'on a fendu le ventre, on l'a écarté et on la posé sur la braise	G	F-	A	56''	persévération
VII	C'est un animal,	je vois les pattes C'est un animal qu'on a ouvert, on a enlevé certaines parties Je vois la forme d'un animal à travers les pattes inférieures et supérieures, un peu plus loin je vois le thorax	DG	F-	A	15''	Retournement de planche (v)
VIII	C'est deux petits animaux avec leur squelette lorsqu'ils grandissent.  je vois également leur squelette..	C'est deux animaux qui ressemblent aux souris,  On nous les montre avec certaines de leurs parties (les fesses, l'anus, les cuisses, le ventre, la colonne vertébrale, les côtes, le coup, la gorge	G	F+	A	35''	

IX	Je n'ai aucune idée,	ça ressemble à l'hippopotame mais je ne sais pas pourquoi les pattes sont longues comme ça	G	F-	A	83''	Retournement de planche (v)
X	C'est une personne, c'est même une femme,	elle porte une robe, elle a même les chaussures aux pieds.  Je vois les parties du corps humain : les pieds, la tête	Dd	F-	H	8''	

Temps de passation : 12 minutes

Temps de latence : .....

Choix + = Pl 5 & Pl 10 ; Choix - = Pl 2 & Pl 9 ;

## ANALYSE QUANTITATIVE

### NORMES STATISTIQUES DE REFERENCES

		Normes/moyennes
R	Nb de réponses= 10	30
Refus	Nb de planches refusées= 2	
Temps total	Temps total= 12 minutes  Temps de latence moyen= 29,20 sec  Temps moyen/réponses= 72 sec	
Modes d'appréhension	G= 40 %  D= 00 %  Dd= 10 %  Dbl=00 %  Do= 00 %  DG=20 %	20-30 %  60-70 %  10 %  4- 6 %  0 %
Déterminants	F+ (1 point) :20 %  F- ( 0 point) :50 %  F± (0,5 point dans F+) :00 %  K : 10 %	F%: 70-80% (<60% schizophrénie; 80% paranoïa et 70-75% état limite)  F+ %: 60  F- % : 20
Tri et Fc	personnalité purement introvertie	
RC%		30
Contenus	H : 20 % A : 50 %	H%: 16-17  A%: 30-60
Éléments qualitatifs	Chocs et équivalents : 2	Normale : 7-8  Rigide : 10  Relâchée, inversé : 4-5

## PSYCHODRAME

<p><b><u>Nom de la personne testée</u> : Charles</b></p> <p><b><u>Age de la personne testée</u> : 30 ans</b></p> <p><b><u>Date de l'examen</u> :</b></p> <p><b><u>Lieu du testing</u> : HMR1</b></p>		<p><b><u>Demandeur</u> :</b></p> <p><b><u>Examineur</u> :</b></p> <p><b><u>Date de fin d'analyse</u> :</b></p>	
<p>R : 10</p> <p>R additives : 00</p> <p>Refus : 02</p> <p>Temps total : 12Min</p> <p>Temps/réponse moyen : 1min 12s</p> <p>Temps latent moyen : 29,20 Sec</p> <p>T. Appr</p> <p>TRI : %</p> <p>F.C.:</p> <p>RC%:</p>	<p>G : 04</p> <p>G%: 40%</p> <p>D:01</p> <p>D% : 10%</p> <p>Choix+: Pl 5&amp;10</p> <p>Choix-: Pl 2&amp;9</p>	<p>F : 07</p> <p>F%: 70%</p> <p>F+%: 20%</p> <p>K : 01</p>	<p>H: 02</p> <p>Hd:00</p> <p>H%: 20%</p> <p>(H):00</p> <p>A:05</p> <p>Ad:00</p> <p>A%: 05%</p> <p>(A):00</p> <p>Ban: 03</p> <p>Anat: 01</p> <p><b>Eléments qualitatifs :</b></p> <p>Chocs : 02</p> <p>Eq chocs : 00</p> <p>Persev : 01</p> <p>retournement s : 03</p>

## GRILLE D'ENTRETIEN

### I. Informations générales du sujet

- Nom.....**Pascal**.....Age.....31 ans.....Sexe.....Masculin.....Niveau d'études.....**BEPC**.....
- Antécédents médicaux : **paludisme, typhoïde, vers intestinaux (dysenterie amibienne,...)**
- Antécédents familiaux : **homme marié vivant avec sa femme et ses quatre enfants dont deux filles et deux garçons**
- grade.....**Sergent**.....Région.....**centre**.....Situation Matrimoniale.....**Marié**.....
- Religion.....**Catholique**.....Nombre d'enfants à charge.....**04**.....

### II. Questions liés au traumatisme des situations conflictuelles Boko-Haram

#### II.1. Questions liées aux traumatismes Physiologique

##### II.1.1. Questions liés aux traumatismes morphologiques

- Durant le conflit, vous arrivaient-ils que vos pieds tremblent ? **OUI** dites nous pourquoi? **A cause de la peur**
- A un certain niveau, ressentez-vous une sorte de fourmillement dans les jambes ? **OUI** décrivez-les : **c'était comme si on les avait envoyé dans mes bottes**

##### II.1.2. Questions liés aux traumatismes neuro-végétatifs

- Y avaient-ils des affrontements antagonistes ? **OUI** qui sont-ils ? **les insurgés**
- Dormiez-vous bien lors du conflit ? **pas et du tout** maintenant ? **ca va un peu** comment cela se manifestait-il ?  
**Quand je fermais les yeux, j'avais l'impression qu'ils vont nous attaquer à l'assaut.**
- Comment du point de vue personnel, vous vous comportiez face aux repas qui vous était donné ?**je manquais d'appétit**

Et maintenant ? **ça va de mieux en mieux**

## **II.2. Questions liés aux traumatismes mentaux**

### **II.2.1. Questions en rapport aux traumatismes cognitifs liés aux processus perceptifs élaborés**

- parlez-moi de l'armement des insurgés **Ils avaient des armes que nous n'utilisons pas régulièrement**

- usaient-ils des pratiques violentes comme des tortures sur vos camarades ? **OUI**  
Qu'en pensiez-vous ? **je voulais le leur rendre**

### **II.2.2. Questions liés aux apprentissages et conditionnement castratifs**

- Contre qui combattiez-vous ? **contre les insurgés de la secte Boko-Haram** les connaissiez-vous ? **Qui peut les reconnaître ? c'est quand on tire que nous ripostons aussi**

- Comment répondiez-vous à toutes ces attaques ? **en les tuant aussi.**

## **III. Questions liés la santé mentale du soldat**

### **III.1. Questions liés au syndrome de Stress Post Traumatique**

#### **III.1.1. Questions liés aux réactions physiologiques**

- Aviez-vous l'impression que votre cœur bat plus vite ? **OUI** et maintenant ? **de temps en temps**

- Avez-vous un sentiment d'avoir une boule à la gorge ? **OUI** Quand cela a-t-il commencé ? **durant le conflit**

- Transpiriez-vous souvent ? **OUI.** A quelle circonstance ? **quand j'entendais les balles siffler**

#### **III.2.1. Questions liées au sommeil perturbé**

- Avez-vous des insomnies? **OUI.** quand cela a-t-il commencé ? **durant la guerre**

- Avez-vous des cauchemars? **OUI.** quand cela a-t-il commencé ? **toujours pendant la guerre**

- Et quand vous arrivez à dormir, dormez-vous paisiblement ? **NON** comment votre trouble se manifeste-t-il ? **je me réveille en sursaut dès qu'on ouvre la porte**

### **III.2.2. Questions liées à l'action sur l'humeur et l'affectivité**

- Ressentiez-vous souvent vos forces vous quitter de temps en temps? **OUI** et après que ressentiez-vous ? **la fatigue**
- Devant les insurgés, quel sentiment nourrissiez-vous ? **le désir de les faire payer ce qu'ils ont déjà fait aux autres soldats.**
- Pensiez-vous souvent à votre famille quand vous étiez au fort de la bataille ? **OUI** sur une échelle de 1 à 10 notez le degré **8/10**.

**Sujet : 3****Nom : Pascal****Age : 31 ans**

N°	Réponses	Verbalisation	Appréh	Déterm	Contenu	Latence	Fact Add
I	C'est comme la chauve-souris	Les ailes zigzagüées, percées, il n'a pas de pattes, il doit avoir une bouche, les ailes sont percées au milieu (parties blanches), une courte queue. Ses plumes sont entrain de quitter.	Gbl	F+	A	60''	Ban
II	C'est le démon	Il suce le sang et il rejette par l'anus, il a pour bute de vider le sang des gens et ce n'est pas beau à voir.	Gconta	FC	(H)	90'	
III	Ce sont les démons qui envoient les chauves-souris en mission	Ils ont tenues les chauves-souris, ils ont une demi-main qui montre le sang, les organes humains (détails latéraux). Ils vont les lâcher pour qu'elles aillent sucer le sang de part et d'autre. Ça ce n'est pas beau à voir.	Go	K	(H)	60''	
IV	C'est le chef des démons	C'est comme ci c'est deux pieds, la queue, une mauvaise corne sur la tête, les crochets qu'il utilise pour lancer les mauvais sort aux gens	Go	F+	(H)	90'	Ban
V	Le papillon venimeux qui m'ont suivi l'autre jour	Il a deux cornes sur la tête, il a aussi deux queues, elle est noire. C'est le papillon de nuit.	Go	Kan	A	30'	Ban
VI	Ça fait peur C'est comme les insignes du diable	C'est les insignes des gens qui envoient les djoudjous pour arrêter les autres. Il a la tête comme un serpent (haut), au milieu les petites ailles, un peu en bas, les ailes de chauve-souris. Ça représente le mal, ce n'est pas beau à voir	Go	F-	Symb	15''	
VII	Je ne connais pas ça	Le bas peu ressembler à un papillon si on coupe le haut. Ça ne ressemble à rien. Ce n'est pas beau à voir	D	F -	A	85'	

VIII	C'est comme les sorciers qui sucent le sang de quelqu'un	Tu ne vois pas le sang qu'ils ont déjà sucé ? ils se transforment en animal (fourmis, moustiques) et entrent dans les maisons des gens pour sucer le sang et après, ils chient par les fesses. C'est comme un animal féroce. Les deux ci c'est comme les souris. Ce sont les trucs qu'on retrouve régulièrement à la maison, ce sont les agents du diable. C'est comme quelqu'un qui est endormi, on a saisi ses bras et les deux démons sucent son sang pour aller le mettre dans la banque de sang en bas	Go	Kan	(H)	,	90'	
X	I Ici, ils ont déjà fini de sucer le sang et ils chient une fois	Regardez, ici en haut, ce n'est plus rouge foncé car le sang qu'ils avaient sucé est déjà descendu. Ça c'est les démons, le sang qu'ils ont déjà sucé, ils chient directement le sang dans leur banque de sang	Go	Kan	Sang	,	70'	
X	C'est comme un démon qui porte les lunettes	C'est comme deux cornes qui se sont réunies sur la tête et les lunettes aux yeux au milieu avec une mauvaise bouche à la fin (en bas) en vert. La partie bleue du milieu est comme les lunettes, le sang passe de côté (rouge), deux tubes (bas), la tête (haut), les araignées (détails latéraux). Ce n'est pas beau à voir.	Go	K	(H)	,	60'	

Nombre total de réponses : R= 11

Temps total patient N°3 : T= 10 min 50secondes

Choix+ : Pl 1&10

Choix- : Pl 5& 6

## ANALYSE QUANTITATIVE

### NORMES STATISTIQUES DE REFERENCES

		Normes/moyennes
R	Nb de réponses= 11	30
Refus	Nb de planches refusées= 00	
Temps total	Temps total= 10 min 50sec  Temps de latence moyen= 26s  Temps moyen/réponses= 59sec	
Modes d'appréhension	G= 90 %  D= 10 %  Dd= 00 %  Dbl= 00 %  Do= 00 %	20-30 %  60-70 %  10 %  4- 6 %  0 %
Déterminants	F+ (1 point) :20 %  F- ( 0 point) : 20 %  F± (0,5 point dans F+) :  K : 10 %  Kan :30 %	F%: 70-80% (<60% schizophrénie; 80% paranoia et 70-75% etat limite)  F+ %: 60  F- % : 20
Tri et Fc	personnalité purement introvertie	
RC%		30
Contenus	H :50 % A :30 %	H%: 16-17  A%: 30-60
Eléments qualitatif	Chocs et équivalents : 0 %	Normale : 7-8  Rigide : 10  Relâchée, inversé : 4-5

## PSYCHODRAME

<b><u>Nom de la personne testée : Pascal</u></b>		<b><u>Demandeur :</u></b>	
<b><u>Age de la personne testée 31 ans</u></b>		<b><u>Examineur :</u></b>	
<b><u>Date de l'examen :</u></b>		<b><u>Date de fin d'analyse :</u></b>	
<b><u>Lieu du testing : HMR1</u></b>			
R : 11	G :09	F : 4	H: 00
		F%: 40%	Hd:00 H%: 50%
Temps total : 10Min50Sec	G%:90%	F+%: 20%	(H):05
	D:01	K : 02	A: 02
Temps/réponse moyen : 59sec	D% 10%	Kan :03	Ad:00 A%: 30%
		FC : 01	(A):01
Temps latent moyen : 26Sec			Ban: 03
	Choix+: Pl 1&10		
T. Appr			Symb : 01
	Choix-: Pl 5 & 6		Sang : 01
TRI : %			
			<b>Eléments qualitatifs :</b>
F.C.:			Eq chocs : 01
RC%:			



## II.2.2. Questions liés aux apprentissages et conditionnement castratifs

- Contre qui combattiez-vous ? **tout le monde et n'importe qui ; on ne connaît pas qui va attaquer car l'ennemi pouvait être n'importe où.**

- Comment répondiez-vous à toutes ces attaques ? **en tuant ou en capturant certains**

## III. Questions liés la santé mentale du soldat

### III.1. Questions liés au syndrome de Stress Post Traumatique

#### III.1.1. Questions liés aux réactions physiologiques

- Aviez-vous l'impression que votre cœur bat plus vite ? **OUI** et maintenant ? **Seulement quand je pense à ces moments là**

- Avez-vous un sentiment d'avoir une boule à la gorge ? **OUI** Quand cela a-t-il commencé ? le jour **où nous avons été pris dans une embuscade**

- Transpiriez-vous souvent ? **OUI**. A quelle circonstance ? **ça dépend des circonstances**

#### III.2.1. Questions liées au sommeil perturbé

- Avez-vous des insomnies ? **OUI**. quand cela a-t-il commencé ? **au front**

- Avez-vous des cauchemars ? **OUI**. quand cela a-t-il commencé ? **c'est le front qui a causé tout ça**

- Et quand vous arrivez à dormir, dormez-vous paisiblement ? **NON** comment votre trouble se manifeste-t-il ? **je me réveille en sursaut dans la nuit quand je rêve mal.**

#### III.2.2. Questions liées à l'action sur l'humeur et l'affectivité

- Ressentiez-vous souvent vos forces vous quitter de temps en temps ? **OUI**. et après que ressentiez-vous ? **c'était comme si on me pressait au sol.**

- Devant les insurgés, quel sentiment nourrissiez-vous ? **j'avais envie de les tuer tous**

- Pensiez-vous souvent à votre famille quand vous étiez au fort de la bataille ? **un peu plus qu'avant** sur une échelle de 1 à 10 notez le degré **8/10.**

**Patient 4****Nom : André****Age : 31 ans**

1	Réponses	Verbalisation	Appréh	Déterm	Contenu	Latence	Divers
	-Avion,  -oiseau  insigne d'une secte	Les ailes à gauche et à droite ;  le cou d'oiseau au milieu. L'insigne qu'on voit souvent à la télé chez les francs maçons.	Dd	F+	A	53''	Ban
I	Deux personnes qui se claquent la main gauche tout étant joyeuses	Je vois les têtes et les mains qu'elles claquent. Leurs pieds aussi	Go	K	H	61''	Ban
II	-Deux personnes comme des femmes portant un crâne	Elles se discutent le crâne. Le crâne, il est en bas	G	K	H	1'	Ban
V	Espèce de monstre qui n'a pas de bras	C'est ce que je vois	/ G	F-	(H)	58''	Ban
	-Oiseau  -Chauve  -souris	J'ai vu les antennes, les ailes des chauves-souris et les patés	G	F+	A	47''	Ban
I	-une moquette  -un tapis	La peau d'un animal tanné qu'on peut utiliser comme décoration. Les poils d'une peau de mouton ou d'un lion	G	F+	Obj	80''	Ban
II	Je ne sais pas	Je n'imagine pas ce que ca peut être				140''	Refus
III	Deux animaux en train de	Je vois les pattes avant et arrières qui grimpent le	G	Kan	A	57''	Ban

	grimper, en train de marcher	mur					
X	Ca a l'air d'un ...  Ca a la forme d'un Cameroun doublé	Un Cameroun est bien, l'autre est renversé	Dd	F-	Géo	58''	
	Une peinture d'un tableau	Je ne sais pas ce que voulait faire le peintre qui l'a peint  Quelqu'un a pris la peinture et il a commencé à dessiner sur une toile	G	FC	Obj	80''	

Nombre total de réponses : R= 15

Temps total patient N°3 : T= 11 min 42 secondes

Epreuve de choix : planche aimé : planche 5(j'aime les oiseaux mais je n'ai jamais eu l'occasion de voir nue chauve-souris)

Planche 8 (c'est un dessin beau d'animaux, j'aime les animaux)

Planche les moins aimées : planche N°4 (le monstre me fait peur)

Planche N°1 (symbole d'une secte)

## ANALYSE QUANTITATIVE

### NORMES STATISTIQUES DE REFERENCES

		Normes/moyennes
R	Nb de réponses= 15	30
Refus	Nb de planches refusées= 01	
Temps total	Temps total= 11 min 42sec  Temps de latence moyen= 10 sec  Temps moyen/réponses= 47sec	
Modes d'appréhension	G= 70 %  D= 00 %  Dd=20 %  Dbl=00 %  Do=00 %	20-30 %  60-70 %  10 %  4- 6 %  0 %
Déterminants	F+ (1 point) :30 % F- ( 0 point) :20 % F± (0,5 point dans F+) :00 % K :20 % Kan :10 % FC' (0,5 point) : 10 %	F%: 70-80% (<60% schizophrénie; 80% paranoïa et 70-75% etat limite)  F+ %: 60  F- % : 20
Tri et Fc	personnalité purement introvertie	
RC%		30
Contenus	H :30 % A :30 %	H%: 16-17  A%: 30-40
Éléments qualitatif	Chocs et équivalents : 01	Normale : 7-8  Rigide : 10  Relâchée, inversé : 4-5

## PSYCHODRAME

<p><b><u>Nom de la personne testée :</u></b> André</p> <p><b><u>Age de la personne testée :</u></b> 31 ans</p> <p><b><u>Date de l'examen :</u></b></p> <p><b><u>Lieu du testing :</u></b> HMR1</p>		<p><b><u>Demandeur :</u></b></p> <p><b><u>Examineur :</u></b></p> <p><b><u>Date de fin d'analyse :</u></b></p>	
<p>R : 15</p> <p>Refus : 01</p> <p>Temps total : 11Min42Sec</p> <p>Temps/répons moyen :47 Sec</p> <p>Temps latent moyen : 10Sec</p> <p>T. Appr</p> <p>TRI : %</p> <p>F.C.:</p> <p>RC%:</p>	<p>G : 09</p> <p>G%: 90%</p> <p>D: 00</p> <p>D% :00%</p> <p>Dd: 02</p> <p>Dd%: 20%</p> <p>Choix+: Pl 5&amp;8</p> <p>Choix-:Pl 4&amp;1</p>	<p>F : 05</p> <p>F%: 50%</p> <p>F+%: 30%</p> <p>K : 02</p> <p>Kan : 01</p> <p>FC' : 01</p>	<p>H: 02</p> <p>Hd:00</p> <p>H%:30%</p> <p>(H):01</p> <p>A: 03</p> <p>Ad:00</p> <p>A%:30%</p> <p>(A):00</p> <p>Ban: 07</p> <p>Obj: 02</p> <p>Géo: 01</p> <p><b>Eléments qualitatifs :</b></p> <p>Eq chocs : 01</p>

## ECHELLE DE TRAUMATISME DE DAVIDSON

Nom : .....

Âge : .....

Sexe: .....

Date: .....

Veillez décrire le traumatisme qui vous bouleverse le plus: .....

.....  
 .....  
 .....  
 .....

<p>Chacune des questions suivantes porte sur un symptôme particulier. Pour chaque question, évaluez la fréquence à laquelle ce symptôme vous a dérangé au cours de la semaine écoulée, ainsi que sa gravité. Dans les deux cases en regard de chaque question, inscrivez un chiffre compris entre 0 et 4 pour indiquer la fréquence et la gravité du symptôme.</p>	<p><b>Fréquence</b></p> <p>0 = pas du tout</p> <p>1 = 1 fois seulement</p> <p>2 = 2 ou 3 fois</p> <p>3 = 4 à 6 fois</p> <p>4 = tous les jours</p>	<p><b>Gravité</b></p> <p>0 = pas du tout pénible</p> <p>1 = pénible de façon minimale</p> <p>2 = modérément pénible</p> <p>3 = pénible de façon prononcée</p> <p>4 = extrêmement pénible</p>
--	---	--

Question	Fréquence	Gravité
1- Avez-vous eu des souvenirs, des pensées ou des images douloureuses de l'événement?		
2- Avez-vous fait des rêves pénibles de l'événement?		
3- Avez-vous senti que l'événement se reproduisait en quelque sorte?		
4- Avez-vous été perturbés par quelque chose qui vous rappelait l'événement?		
5- Avez-vous été physiquement dérangé par des souvenirs de l'événement? (Cela comprend la transpiration, les tremblements, le rythme cardiaque qui s'emballe, les difficultés respiratoires, les nausées, la diarrhée).		
6- Avez-vous évité de penser à l'événement ou d'avoir des sentiments à son égard?		
7- Avez-vous évité de faire des choses ou de vous mettre dans des situations qui vous rappellent l'événement?		
8- Vous arrive-t-il d'être incapable de vous souvenir de parties importantes de l'événement ?		
9- Avez-vous eu de la difficulté à avoir du plaisir ?		
10- Vous êtes-vous senti distant ou coupé des autres personnes ?		
11- Avez-vous été incapable d'éprouver des sentiments tristes ou tendres ?		
12- Avez-vous trouvé difficile d'imaginer que vous vivriez longtemps et que vous réaliseriez vos objectifs ?		
13- Avez-vous eu de la difficulté à vous endormir ou à avoir un sommeil stable ?		
14- Vous êtes-vous senti irritable ou avez-vous eu des accès de colère ?		
15- Avez-vous eu de la difficulté à vous concentrer ?		

16- Avez-vous eu les nerfs à vif, facilement distrait, ou avez-vous dû rester « sur vos gardes » ?		
17- Vous êtes-vous senti nerveux ou avez-vous été facilement surpris ?		
TOTAL		

# TABLE DE MATIERES

<b>DEDICACE.....</b>	<b>I</b>
<b>REMERCIEMENTS.....</b>	<b>II</b>
<b>SOMMAIRE .....</b>	<b>III</b>
<b>LISTE DES ACRONYMES, SIGLES ET ABREVIATIONS .....</b>	<b>IV</b>
<b>LISTE DES TABLEAUX .....</b>	<b>VI</b>
<b>RESUME.....</b>	<b>VII</b>
<b>ABSTRACT .....</b>	<b>IX</b>
<b>INTRODUCTION GENERALE .....</b>	<b>1</b>
<b>PREMIERE PARTIE : CADRE THEORIQUE ET CONTEXTUEL DE LA RECHERCHE .....</b>	<b>4</b>
<b>CHAPITRE 1 : BOKO-HARAM ET TRAUMATISMES : UNE PROBLEMATIQUE POUR L'ETUDE.....</b>	<b>5</b>
1.1. CONTEXTE DE L'ETUDE .....	5
1.1.1. De l'origine du conflit .....	5
1.1.2. La perspective traumatologique en handicapologie .....	8
1.1.3. Objectifs et intérêts de l'étude .....	10
1.1.3.1. Objectifs de l'étude.....	10
1.1.3.2. Intérêts de l'étude .....	10
<b>CHAPITRE 2 : LE HANDICAP.....</b>	<b>12</b>
2.1. LE HANDICAP MENTAL (OU DEFICIENCE INTELLECTUELLE).....	13
2.2. LE HANDICAP PSYCHIQUE.....	13
2.3. HANDICAP AUDITIF.....	15
2.4. HANDICAP VISUEL .....	16
2.5. HANDICAP MOTEUR.....	16
2.6. PLURIHANDICAP .....	16
2.7. POLYHANDICAP .....	16
2.8. DIFFERENCES ENTRE HANDICAP MENTAL ET HANDICAP PSYCHIQUE.....	17
2.8.1. Le handicap mental .....	17
2.8.2. Le handicap psychique .....	17
2.9. PATHOLOGIES LIEES AU HANDICAP PSYCHIQUE.....	19
2.10. LE HANDICAP A L'HEURE DES BOKO HARAM.....	19
<b>CHAPITRE 3 : SUR LE TRAUMATISME ET LE STRESS POSTRAUMATIQUE ....</b>	<b>25</b>
3.1.-TRAUMATISME ET CLINIQUE DU PSYCHOTRAUMATISME .....	25
3.1.1. Le traumatisme.....	25
3.1.2.-Quelques éléments du traumatisme.....	25

3.1.2.1.-Le traumatisme psychique .....	25
3.1.2.2.-Le traumatisme de la naissance.....	26
3.1.2.3.-La traumatisation-menace .....	26
3.1.2.4. Le traumatisme et identification.....	27
3.2. QUELQUES ELEMENTS DE LA CLINIQUE DU PSYCHOTRAUMATISME .....	27
3.2.1. Le Syndrome de Stress Post Traumatique (SSPT).....	27
3.2.1.1. Essai de définition .....	27
3.2.1.2.-Les critères diagnostiques du DSM-5 sont exposés ci-dessous.....	28
3.2.2. Conséquences des révisions dans le DSM-5 .....	30
3.2.2.1. Trouble de stress aigu.....	31
3.2.3. -Eléments d’historique du Syndrome de Stress Post-Traumatique .....	31
3.2.4. Le Syndrome de Stress Post Traumatique chez les militaires.....	32
3.2.4.1.-L’apparition du syndrome de stress post-traumatique et symptomatologie d’après guerre.....	33
3.2.4.2.-Un trouble de plus en plus présent .....	34
3.2.5. Précisions sur la caractérisation de SPT à l’hôpital militaire camerounais.....	35
3.3.-LES THEORIES DU TRAUMATISME .....	36
3.3.1.-Le fait de traumatisme dans les orientations de certains auteurs .....	37
3.3.2. Sigmund Freud (1856-1939) .....	37
3.3.3. Pierre Janet (1859-1947) .....	40
3.3.4. Sandor Ferenczi (1873-1933).....	41
3.3.5. Otto Fénichel (1897-1946) .....	43
3.3.6. Les modèles théoriques .....	43
3.3.6.1. La perspective phénoménologique.....	43
3.3.6.2. Les approches comportementales et cognitives .....	46
3.4. ESSAI DE SYNTHÈSE THÉORIQUE .....	53
<b>DEUXIÈME PARTIE : CADRE MÉTHODOLOGIQUE ET OPÉRATOIRE.....</b>	<b>56</b>
<b>CHAPITRE 4 : HYPOTHÈSES ET APPROCHES MÉTHODOLOGIQUES DE L’ÉTUDE .....</b>	<b>57</b>
4.1. QUESTION DE RECHERCHE ET HYPOTHÈSES .....	57
4.1.1. Bref rappel de quelques éléments méthodologiques .....	57
4.1.1.1. Rappel de la question de recherche .....	57
4.1.1.2. Hypothèse générale .....	58
4.1.1.3. Hypothèses de recherche (HR).....	58
4.1.1.4. Les variables de l’étude.....	58
4.2. LA MÉTHODOLOGIE DE L’ÉTUDE .....	61
4.2.1. Présentation du site de l’étude .....	61
4.2.2. Population d’étude.....	62
4.2.2.1. Échantillon.....	62
4.2.2.2. Critères limites.....	62
4.2.2.3. Les facteurs limitatifs .....	63
4.2.3. La collecte des données .....	63
4.2.4. Analyse du contenu des éléments du test de Rorschach.....	64

4.2.4.1. Obtenir des informations générales sur les sujets.....	64
4.2.4.2. La confection de la grille d'entretien.....	65
4.2.5. Le déroulement des entretiens.....	67
4.2.5.1. Le premier entretien.....	68
4.2.5.2. La deuxième série d'entretien.....	68
4.2.5.3. Troisième série d'entretien.....	68
4.2.5.4. Quatrième série d'entretien.....	69
4.2.5.5. La cinquième série se base sur le Rorschach.....	69
4.2.3. Validation des instruments de collecte des données.....	69
4.2.3.1. L'analyse du contenu de nos entretiens.....	70
4.2.3.2. Le Rorschach : le test de l'étude.....	70
<b>CHAPITRE 5: PRESENTATION, ANALYSE DES RESULTATS.....</b>	<b>82</b>
5.1. ANALYSES DES ENTRETIENS.....	82
5.1.1. Analyses ayant trait aux aspects physiologiques du traumatisme.....	82
5.1.2. Analyse ayant trait aux questions liées aux traumatismes mentaux.....	84
5.1.3. Analyse ayant trait à la santé mentale du soldat.....	85
5.2. LES RESULTATS AU RORSCHACH.....	87
5.2.1. Les particularités individuelles.....	87
5.2.1.1. Cas de Simon.....	87
5.2.1.2. Cas de Charles.....	90
5.2.1.3. Cas de Pascal.....	93
5.2.1.4. Cas d'André.....	95
<b>CHAPITRE 6 : INTERPRETATION DES RESULTATS ET SUGGESTIONS.....</b>	<b>98</b>
6.1. SYNTHESE DES DONNEES DES ENTRETIENS ET DU RORSACH.....	98
6.1.1. Synthèse des données des entretiens.....	98
6.1.2. Synthèse des données du Rorschach : les hypothèses diagnostiques.....	99
6.1.2.1. Hypothèse diagnostique du soldat Simon.....	99
6.1.2.2. Hypothèse diagnostique du soldat Charles.....	99
6.1.2.3. Hypothèse diagnostique du soldat Pascal.....	100
6.1.2.4. Hypothèse diagnostique du soldat André.....	100
6.2. INTERPRETATION DES RESULTATS.....	100
6.2.1. Interprétation des résultats des entretiens.....	101
6.2.2. Justification des hypothèses diagnostiques.....	102
6.3. SUGGESTIONS.....	103
6.3.1. Aux décideurs militaires:.....	103
6.3.2. Aux décideurs académiques:.....	103
<b>CONCLUSION.....</b>	<b>104</b>
<b>REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....</b>	<b>107</b>
<b>ANNEXES.....</b>	<b>112</b>
<b>TABLE DE MATIERES.....</b>	<b>EE</b>

