

REPUBLIQUE DU CAMEROUN  
PAIX-TRAVAIL-PATRIE

\*\*\*\*\*

UNIVERSITE DE YAOUNDE I

\*\*\*\*\*

FACULTE DES ARTS LETTRES ET  
SCIENCES HUMAINES

\*\*\*\*\*

CENTRE DE RECHERCHE ET DE  
FORMATION DOCTORALE EN  
SCIENCES HUMAINES SOCIALES ET  
EDUCATIVES

\*\*\*\*\*

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

\*\*\*\*\*

DEPARTEMENT DE PSYCHOLOGIE



REPUBLIC OF CAMEROON  
PEACE-WORK-FATHERLAND

\*\*\*\*\*

THE UNIVERSITY OF YAOUNDE I

\*\*\*\*\*

FACULTY OF ARTS LETTERS AND  
SOCIAL SCIENCES

\*\*\*\*\*

POSTGRADUATE SCHOOL FOR  
THE SOCIAL AND EDUCATIONAL  
SCIENCES

\*\*\*\*\*

DOCTORAL RESEARCH UNIT FOR  
THE SOCIAL SCIENCES

\*\*\*\*\*

DEPARTMENT OF PSYCHOLOGY

***Mentalisation et trouble stress post traumatique chez les  
femmes victimes d'abus sexuels au Cameroun :***

***Une étude de cas***

Mémoire rédigé et soutenu le 20/07/2023

Par

**ADJABA PIDDY Jean Marie**

*Licencié en Psychologie*

**Spécialité : Psychopathologie et psychologie clinique**

**Membres du jury**

Président. Mgbwa Vandelin, *Professeur titulaire des universités : UY1*

Rapporteur. Mayi Marc Bruno, *professeur titulaire des universités :*

Membre. Ondoua Laura, *Chargée de cours : UY1*



## SOMMAIRE

SOMMAIRE .....	i
DEDICACE .....	ii
REMERCIEMENTS .....	iii
LISTE DES TABLEAUX.....	iv
LISTE DES SIGLES, ABBREVIATIONS ET ACRONYMES .....	v
LISTE DES ANNEXES .....	vii
RESUME .....	vii
ABSTRACT.....	ix
INTRODUCTION GENERALE .....	1
PARTIE I : CADRE THEORIQUE ET DE REFERENCE.....	5
CHAPITRE 1 : PROBLEMATIQUE DE L'ETUDE.....	6
CHAPITRE 2 : LE PROCESSUS DE MENTALISATION.....	17
CHAPITRE 3 : ABUS SEXUELS ET PROBLEMATIQUE DES TRAUMATISMES PSYCHIQUES.....	46
PARTIE II : CADRE METHODOLOGIQUE ET OPERATOIRE.....	80
CHAPITRE 4 : METHODOLOGIE.....	81
CHAPITRE 5 : PRESENTATION ET ANALYSE DES DONNEES .....	95
CHAPITRE 6 : INTERPRETATION DES RESULTATS.....	112
CONCLUSION GENERALE.....	123
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	126
ANNEXES .....	134
TABLE DES MATIERES .....	165

À

*Mes regrettés parents*

*MAINI PIDDY Jean Baptiste,*

*BILONG Marie Pierre*

&

*A ma fille*

*DIPOUMBI PIDDY Berline Cléopée*

## REMERCIEMENTS

Ce travail est le fruit des efforts conjugués de plusieurs personnes qui nous ont assisté de près ou de loin. Nous tenons à exprimer notre profonde gratitude plus particulièrement :

- ✚ Au Pr Mayi Marc Bruno pour avoir accepté la direction de ce travail. Il a mis à notre disposition son temps, son savoir-faire en matière de recherche et son savoir être ;
- ✚ Au Pr Ebale Moneze Chandel, chef de département de Psychologie de l'université de Yaoundé I, qui nous a délivré les documents administratifs facilitant cette recherche ;
- ✚ Au Pr Tsala Tsala Jacques-Philippe et tous les enseignants du département de psychologie de l'université de Yaoundé I pour tous les enseignements qu'ils ont mis à notre disposition ;
- ✚ A Madame le délégué départemental des affaires sociales du Mfoundi et le chef du centre social de Yaoundé II Messa pour avoir permis ce stage et rendu possible l'accès à la population de cette étude ;
- ✚ A Ngo Dipoumbi Tchami pour son soutien, sa bienveillance et ses encouragements qui ont permis la réalisation de ce travail ;
- ✚ Au Dr Ndjocki Joseph, M. Ngnassiri Prosper et M. Ciatchoua Ngounjo pour leur regard critique, leurs conseils et encouragements ;
- ✚ A mon grand frère Piddy Felix Stéphane et mes amis Mbole Elysée, Nkounkwen Alain, Mbatchanou Nzini, Ewoulou Arnault, Essaga Berline pour leur assistance, suggestions, et leur soutien ;
- ✚ A tous les membres de ma famille pour leur soutien de toute nature ;
- ✚ A tous mes camarades de promotion pour leurs encouragements.

## LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Tableau synoptique des variables, modalités, indicateurs, indices de l'hypothèse générale.....	84
Tableau 2: Caractéristiques des participantes .....	88
Tableau 3: résultats au Traumaq chez Dalia .....	95
Tableau 4: résultats au Traumaq chez Delna .....	97

## **LISTE DES SIGLES, ABBREVIATIONS ET ACRONYMES**

<b>ALVF</b>	Association de lutte contre les violences faites aux femmes
<b>ASE</b>	Aggression sexuelle dans l'enfance
<b>CIPCRE</b>	Cercle international pour la création et la promotion
<b>CN</b>	Cognition négative
<b>CONC</b>	Pensée concrète
<b>CP</b>	Cognition positive
<b>DB</b>	Défensif de bas niveau
<b>DH</b>	Défensif de haut niveau
<b>DI</b>	Défensif de niveau intermédiaire
<b>DSM</b>	Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux
<b>EDS-MICS</b>	Enquête démographique et de santé à indicateurs multiples
<b>EMDR</b>	Thérapie de désensibilisation systématique et de retraitement par les Mouvements oculaires
<b>FNUAP</b>	Fonds des nations unies pour la population
<b>FR-T</b>	Le fonctionnement réflexif spécifique au trauma
<b>HR</b>	Hypothèse de recherche
<b>INS</b>	Institut national de la statistique
<b>IST</b>	Infection sexuellement transmissible
<b>IVSEA</b>	Impact des violences sexuelles de l'enfance à l'âge adulte
<b>MINAS</b>	Ministère de la promotion de la femme et la famille ministère des affaires sociales
<b>MST</b>	Maladie sexuellement transmissible

<b>OBR</b>	Objectif rationnel
<b>OMS</b>	Organisation mondiale de la santé
<b>ONG</b>	Organisation non-gouvernementale
<b>PTSD</b>	Post traumatic stress disorders
<b>REF</b>	Pensée réflexive
<b>RENATA</b>	Réseau national des associations des tantines du Cameroun
<b>TAI</b>	Traitement adaptatif de l'information
<b>TBM</b>	Thérapie basée sur la mentalisation
<b>TCC</b>	Thérapies cognitives et comportementales
<b>TESS</b>	Empathizing system
<b>TSPT</b>	Trouble stress post traumatique
<b>VD</b>	Variable dépendante
<b>VI</b>	Variable indépendante
<b>VIH</b>	Virus de l'immunodéficience humaine

## LISTE DES ANNEXES

ANNEXE 1 : Attestation de recherche .....	135
ANNEXE 2 : Lettre de mise en stage .....	136
ANNEXE 3 : Formulaire de consentement éclairé.....	137
ANNEXE 4 : Formulaire du traumaq .....	139
ANNEXE 5 : Contenu des entretiens.....	153
ANNEXE 6 : Critères diagnostiques du trouble stress post traumatique .....	162

## RESUME

Ce travail s'intitule « *Mentalisation et Trouble stress post traumatique chez les femmes victimes d'abus sexuels au Cameroun : une étude de cas* ». Il se propose, à travers la mentalisation, de comprendre les processus psychiques en cas de stress post traumatique chez les jeunes femmes victimes d'abus sexuels dans l'adolescence. A cette période de développement, ces jeunes personnes sont encore vulnérables en raison de leur développement inachevé, cela rend alors aisée la domination physique et psychologique de l'abuseur, souvent plus âgé. Ce qui entraîne des traumatismes psychiques à mettre en rapport avec l'évitement et la répression des représentations mentales douloureuses liées à cet abus, rendant difficile un travail d'élaboration des excitations. Ce processus d'élaboration est important dans l'adaptation aux événements de vie, à tel point que sa défaillance entraînerait des répercussions sur la qualité de vie. Or, d'autres observations suggèrent que c'est surtout la capacité à réfléchir autour du trauma qui peut s'avérer défaillante. Ce qui nous a conduit à poser le problème de l'incidence de la mentalisation sur le trouble stress post traumatique chez les jeunes femmes victimes d'abus sexuels. La recherche s'est inscrite dans un paradigme compréhensif, usant d'un devis qualitatif. A l'aide d'entretien semi-structuré et du questionnaire Traumaq, les informations ont été collectées au centre des affaires sociales de Yaoundé II Messa, auprès de deux jeunes femmes traumatisées âgées respectivement de 19 et 20 ans, victimes de viols aux âges de 12 et 14 ans. Ces informations ont fait l'objet d'une analyse de contenu thématique et d'une analyse des données au Traumaq, les résultats obtenus suggèrent que : la mentalisation, certes affectée dans le trouble stress post traumatique, participe significativement à la réduction de l'intensité de ce trouble chez nos participantes. Les modes, la stratégie et le travail de mentalisation contribuent à la modulation du degré de troubles psychotraumatiques chez ces jeunes femmes victimes d'abus sexuels. Ces résultats accordent une pertinence clinique à notre hypothèse générale, à savoir que la mentalisation adéquate participe à la réduction du trouble stress post traumatique chez les femmes victimes d'abus sexuels au Cameroun.

**Mots clés :** Mentalisation, trouble stress post traumatique, abus sexuels, viol.

## ABSTRACT

This work is entitled "Mentalization and post-traumatic stress disorder in female victims of sexual abuse in Cameroon: a case study". The aim is to use mentalization to understand the psychological processes involved in post-traumatic stress disorder in young women who have been sexually abused in adolescence. At this stage of their development, these young people are still vulnerable due to their incomplete development, which makes it easy for the abuser, who is often older, to dominate them physically and psychologically. This leads to psychological trauma, which can be linked to the avoidance and repression of painful mental representations linked to the abuse, making it difficult to work through the excitations. This elaboration process is important in adapting to life events, to the extent that its failure would have repercussions on quality of life. However, other observations suggest that it is above all the ability to reflect on the trauma that can prove defective. This led us to raise the issue of the impact of mentalization on post-traumatic stress disorder in young female victims of sexual abuse. The research followed a comprehensive paradigm, using a qualitative approach. Using semi-structured interviews and the Traumaq questionnaire, information was collected at the Yaoundé II Messa social affairs centre from two traumatised young women, aged 19 and 20 respectively, who had been raped at the ages of 12 and 14. This information was subjected to a thematic content analysis and a Traumaq data analysis. The results obtained suggest that: mentalization, which is certainly affected in post-traumatic stress disorder, plays a significant role in reducing the intensity of this disorder in our participants. The modes, strategy and work of mentalization contribute to the modulation of the degree of psychotraumatic disorders in these young female victims of sexual abuse. These results lend clinical relevance to our general hypothesis, namely that adequate mentalization contributes to the reduction of post-traumatic stress disorder in female victims of sexual abuse in Cameroon.

**Key words:** Mentalization, post-traumatic stress disorder, sexual abuse, rape.

# **INTRODUCTION GENERALE**

Le contexte camerounais actuel est sous le prisme de la violence. Cette violence prend pour cible tous les individus sans distinction d'âge ou de sexe, de temps ou de lieu, de culture ou d'ethnie. Par leur vulnérabilité, les jeunes femmes ne sont pas épargnées dans cette spirale de violence. Celles-ci subissent toutes formes d'abus, en particulier les abus sexuels. La récurrence de ces derniers meuble le quotidien de nos communautés à tel point que l'on ne peut s'empêcher de porter une réflexion sur le devenir de ces jeunes ainsi détruites. Les abus sexuels génèrent des conséquences : sur le plan physique (blessures corporelles, invalidités, MST, VIH, grossesses non désirées, problème de santé sexuelle et reproductive), sur le plan social (stigmatisation et rejet social), ainsi que sur le plan mental (honte, dépression, idées suicidaires, troubles de stress post traumatiques, retrait social). Notons que la santé est, d'après l'OMS, un état global de bien-être physique, mental, et social, ne consistant pas seulement en l'absence d'une maladie ou une infirmité. Ces abus, plus particulièrement le viol, représentent alors un véritable défi de santé publique.

Collart (2017, P.30), dans ses travaux portant sur le diagnostic et la prévention des abus sexuels, précise que dans les interactions sexuelles, il faudrait nécessairement un consentement des parties prenantes. Or, dans les abus sexuels, c'est ce consentement, du moins son absence qui fait défaut et génère une détresse psychique. La victime a honte, elle souffre d'avoir entretenu un acte sexuel sans qu'elle ait mot à dire ou qu'elle puisse tirer une certaine jouissance de la situation. Elle revit de manière constante cette situation dans son quotidien tant diurne qu'onirique, tout ce qui relève ainsi d'un déséquilibre, voire d'un traumatisme psychique chez cette victime. La question de l'abus sexuel s'avère donc importante non plus seulement d'un point de vue général de la santé publique, mais aussi, de manière spécifique, d'intérêt majeur pour la psychopathologie et la psychologie clinique. En effet, la psychopathologie, dans son objectif de description des troubles mentaux, est impliquée au premier plan lorsqu'on parle du *Trouble stress post traumatique* comme une pathologie psychique. La psychologie clinique n'en demeure pas moins impliquée dans son intérêt pour la prise en charge des femmes victimes de ces traumatismes.

Le traumatisme psychique est par définition un phénomène d'effraction du psychisme, et de débordement de ses défenses par des excitations violentes liées à un évènement menaçant l'intégrité d'un individu lorsque celui-ci s'y trouve exposé comme victime, acteur ou témoin (Crocq & al., 2014). Ce phénomène s'accompagne souvent de la survenue d'un ensemble de signes

et symptômes connu sous le nom de Trouble stress post traumatique (DSM V), C'est-à-dire un trouble majoritairement caractérisé par les symptômes dits de reviviscence, d'évitement, ainsi que des altérations neurovégétatives et des troubles non spécifiques. Cependant, qu'est-ce qui justifie que, pendant que certaines femmes victimes d'abus sexuels présentent un tableau clinique de stress post traumatique, d'autres semblent ne pas présenter de symptômes apparents ? Ou alors, Comment comprendre les signes et symptômes que présentent celles victimes de trouble stress post traumatique ? L'analyse des processus psychiques au prisme de la mentalisation s'avère pertinente dans la lecture de ces questionnements. C'est dire, en d'autres termes, que le processus de mentalisation pourrait représenter un élément central dans la survenue, mais aussi l'entretien ou l'extinction, de ce trouble.

Freud (1920) fait savoir que c'est la défaillance par l'effraction, de l'ensemble des processus psychiques visant la maîtrise et l'immobilisation des excitations afférentes au trauma en vue d'une éventuelle décharge, qui explique les troubles observés. Par ailleurs, Marty (1991) et Debray (1997) font savoir que ce processus de mentalisation est indispensable pour qu'un individu puisse affronter et surmonter les événements de vie, y compris le traumatisme psychique. Cela suppose alors, que la mentalisation est impliquée dans le stress post traumatique, mais aussi que ce processus pourrait servir de levier thérapeutique. Toutefois, on pourrait se demander comment cette mentalisation participe au TSPT ? Autrement dit, comment les différents aspects de cette mentalisation participent-ils à la compréhension de ce trouble chez les femmes sexuellement abusées ?

Autant d'interrogations qui posent le problème de l'incidence de la mentalisation dans le TSPT chez les femmes victimes d'abus sexuels. Ainsi, nous nous sommes posé la question de savoir : « *Comment la mentalisation participe-t-elle au TSPT chez les femmes victimes d'abus sexuels au Cameroun ?* ». Nous faisons l'hypothèse que « *A travers les modes, la stratégie et le travail, la mentalisation adéquate participe à la réduction du TSPT chez les femmes victimes d'abus sexuels au Cameroun* ». En d'autres termes, ce travail vise alors la compréhension de l'incidence de la mentalisation sur le trouble stress post traumatique que présentent ces femmes et non la causalité relative à ces deux entités.

Pour y apporter un éclairage scientifique, ce travail s'articule autour de deux parties principales constituées de trois chapitres chacune. Il s'agit d'un cadre théorique et de

référence, et un cadre méthodologique et opératoire. Le premier est constitué de la problématique au chapitre 1, le processus de mentalisation au chapitre 2, ainsi que les abus sexuels et la problématique des psychotraumatismes au chapitre 3. Le second, quant à lui, est constitué de la méthodologie de l'étude au chapitre 4, la présentation et analyse des données au chapitre 5, ainsi que l'interprétation des résultats au chapitre 6.

## **PARTIE I : CADRE THEORIQUE ET DE REFERENCE**

## **CHAPITRE 1 : PROBLEMATIQUE DE L'ETUDE**

Le présent chapitre est articulé autour des points suivants : contexte et justification, formulation et position du problème, question de recherche, les hypothèses, les Objectifs, délimitation et les intérêts de l'étude.

### **1.1- CONTEXTE ET JUSTIFICATION**

Les Violences sexuelles sont de plus en plus répandues dans le monde. Elles sont présentes dans tous les continents, tous les pays et toutes les cultures, affectant tous les genres. Se référant à l'OMS (2012), on entend par violence sexuelle :

Tout acte sexuel, toute tentative d'obtention d'un acte sexuel, tout commentaire à connotation sexuelle, toute avance sexuelle ou tout trafic ou toute exploitation sexuelle à des fins commerciales par usage de la contrainte, de la menace, de la surprise ou de la force physique, exercées par une personne sans tenir compte du lien qui l'unit à la victime et quel que soit le lieu.

Celles-ci sont aussi bien présentes chez les adultes, que chez les enfants et adolescents, généralement sous formes d'abus sexuels. Ces abus regroupent les passages à l'acte tels que les attouchements et viols, les comportements (harcèlement, exhibition, tentative de viol ou attouchement), ainsi que les intentions (usage de ruse, chantage matériel ou affectif). Bien que ce type de violence prenne pour cible dans la majorité des cas les enfants et les adolescents, les adultes aussi en sont victimes.

Ces violences portent gravement atteinte à la santé physique, psychologique, mais aussi sur le plan social. L'OMS et Amnesty international considèrent les violences sexuelles comme un véritable problème de santé publique touchant des millions de personnes dans le monde. Elles sont modulées par de nombreux facteurs existant dans des situations sociales, culturelles et économiques très variées. Pourtant, ces violences sont condamnées sur le plan international où elles sont considérées qui comme des violations des droits fondamentaux.

En dépit de cela, les violences occupent des proportions inquiétantes dans le monde. D'après l'OMS (2021), une femme sur trois est exposée à des violences physiques ou sexuelles au

cours de sa vie. Selon les estimations de cette organisation, les plus forts taux seraient dans la région africaine (33%) de l’OMS, dans la région OMS Asie du Sud-Est (33%) et dans la région OMS méditerranée orientale (31%).

En Europe, plus précisément en Belgique, une étude menée en 2014 sur 1040 femmes âgées entre 18 et 75 ans par Amnesty International Et Sos viol, révèle que 45% s’étaient faites ou se faisaient encore harceler sexuellement dans des lieux publics, 24,9% se sont fait imposer des relations sexuelles par leur partenaire/ conjoint, 13% se sont faites violer même par un auteur autre que leur partenaire ou conjoint, 7% victimes d’abus sexuels alors qu’elles étaient mineures. Alors qu’un autre sondage des mêmes équipes en 2020 montre désormais un taux de 48% femmes pour ce même sondage.

En France, les résultats d’une enquête portant sur l’impact des violences sexuelles à l’âge adulte montrent que 81% des victimes ont subi ces premières violences avant l’âge de 18 ans, 51% avant l’âge de 11 ans, et 23% avant l’âge de 6 ans (IVSEA, 2015). Alors que le haut conseil à l’égalité entre hommes et femmes indique en 2016 dans son rapport, que parmi les 84000 femmes majeures déclarant chaque année être victimes de viol ou tentative de viol, moins de 10% déposent plainte et seule une plainte sur 10 aboutira à la condamnation.

Aux États-Unis, Les abus sexuels sur enfants étaient déjà alarmants à la fin du XXe siècle. D’après la recherche de Jones et ses collaborateurs, la prévalence d’abus sexuels sur enfant était de 39% entre 1992 et 1999. Au début des années 2000, Amnesty international présente des chiffres autres. Pour cette organisation, plus de 700000 femmes sont violées ou victimes d’autres formes de violences sexuelles chaque année. Parmi les victimes, 14,8% ont moins de 17 ans.

En Afrique, Collings (1997) a dégagé une prévalence de 34,8% de violences sexuelles avant l’âge de 18 ans grâce à une étude menée en Afrique du Sud sur 640 étudiantes d’université. Madu (2001) a indiqué des prévalences de 23,7% chez les filles et de 21,7% chez les garçons sur un échantillon similaire d’étudiants avant l’âge de 17 ans dans le même pays. En Ethiopie, Worku & al. (2006) ont pu dégager un taux de 68,7% d’abus sexuels sur un échantillon de 323 filles d’établissements secondaires. En Afrique subsaharienne, le contexte serait plus enclin à favoriser la pratique des abus sexuels à cause des mariages forcés prescrits dans certaines cultures pour éviter la débauche, le vagabondage sexuel et la transmission des IST (Mbassa, 2015).

En temps de guerre et d'instabilité, ces chiffres étaient souvent encore plus accentués. Lors du génocide au Rwanda en 1994, on estime à environ un demi-million les femmes victimes de viols. Alors qu'en République Démocratique du Congo, plus précisément dans le sud de la province du Kivu, on estime que 5000 femmes ont été violées entre octobre 2002 et février 2003, soit en moyenne 40 par jour. Dans son rapport de 2022-2023, Amnesty International fait savoir que les violences sexuelles perpétrées sur les femmes et les filles sont devenues une des caractéristiques effroyables des conflits armés. Plusieurs femmes ont signalé avoir subi des viols lors des affrontements entre gouvernement et groupes armés, ou lors des attaques de groupes armés. Au Soudan du Sud, 130 femmes ont été violées entre février et mai dans la partie sud de l'état. Alors qu'en République Centrafricaine, la mission multidimensionnelle intégrée des nations unies a recensé 47 cas de violences sexuelles liées au Conflit entre juin et octobre 2022.

Ces abus sont tout aussi présents au Cameroun, plus que les recherches menées au Cameroun par Mbassa (2001) sur la base d'une étude de 405 dossiers médico-légaux, dont 19 portent sur les abus sexuels, déterminent une prévalence de 4,7% en milieu semi-rural. Les victimes de ces abus extrafamiliaux étaient toutes des femmes âgées entre 10 et 19 ans. Une autre étude du même auteur en 2015, sur un total compilé de 10974 participants, indique une prévalence de 10,7% des violences sexuelles dont 78,8% extrafamiliales et 16,66% incestueux. D'après une étude réalisée par Bang en 2007, 4,69% des certificats médicaux produits au Cameroun sont pour des violences sexuelles sur mineurs.

Les statistiques de l'association ALVF montrent sur le plan national que 55% des femmes de 15 à 55 ans ont déjà subi différentes formes de violences au moins depuis l'âge de 15 ans. 20% de ces femmes ont subi des violences sexuelles. Dans son rapport de 2018, le CIPCRE révèle avoir traité, durant la période janvier 2015 à juin 2018, de 714 cas de violences sexuelles dont les âges varient de 5 à 18 ans. Parmi eux, 687 étaient des filles et 27 garçons. Sur cet échantillon de filles, 336 ont contracté une grossesse, 298 ont présenté des pathologies graves suite à ces violences. Les abuseurs étaient en majorité des membres de la famille ou proches.

Pour ce qui est spécifiquement du viol, l'OMS le définit comme « *Tout acte de pénétration sexuelle de quelque nature que ce soit commis sur une personne d'autrui, par violence, contrainte ou surprise* ». Le GIZ en 2009, fait savoir qu'une femme sur cinq est victime de viol incestueux. Le GIZ Cameroun présentait une prévalence de 5,2% suite à une étude sur le viol (données trop

importantes pour un pays qui n'est pas en guerre). L'enquête démographique et santé à indicateurs multiples (EDS-MICS), réalisée par l'INS sur 15000 femmes et 7000 hommes, publication du bureau pays du FNUAP au Cameroun du 25 janvier 2016, fait constater que 55% de femmes dans le pays déclarent avoir été victimes de violences physiques depuis l'âge de 15 ans, et plus d'un tiers de femmes ont vécu des viols ou abus sexuels au cours de leur vie.

Les dispositions ont été prises par le gouvernement camerounais pour lutter et prendre en charge ces abus au niveau pénal et institutionnel. Sur le plan pénal, le Cameroun condamne l'inceste, le viol et autres violences sexuelles. En effet, dans son article 296 relatif au viol, le Code pénal camerounais stipule qu' : « *Est puni d'un emprisonnement de cinq à dix ans celui qui, à l'aide des violences physiques ou morales, contraint une femme, même pubère, à avoir avec lui des relations sexuelles.* ». Cette peine est d'ailleurs doublée lorsque l'auteur est une personne ayant autorité sur la victime ou encore ayant la garde légitime ou coutumière de la victime. Cette disposition inclut d'ailleurs les viols incestueux.

Au niveau institutionnel, Le gouvernement camerounais a aussi fait des efforts en mettant en place un système de gestion dont les institutions impliquées contribuent à prévenir et gérer plus ou moins les problématiques en rapports aux violences sexuelles. Ce système implique le MINPROFF et le MINAS dont les interventions touchent respectivement à la santé reproductive et aux affaires sociales. Par ailleurs, la création d'un centre d'écoute et de soutien psychologique en Aout 2020 par le MINSANTE en Coopération avec la croix rouge française/croix rouge camerounaise, avait pour but de permettre l'orientation, le soutien et l'assistance psychologique pour diverses problématiques parmi lesquels les abus sexuels. Il s'agissait du service d'*assistance psychologique national* hébergé sur le numéro vert 1511, une initiative qui, malheureusement, n'a pas tenu une année en raison de la résiliation du partenariat.

En dépit de ces dispositions, les abus sexuels et le viol plus particulièrement restent un véritable défi de santé publique au Cameroun, plus que malgré l'implémentation de celles-ci, le phénomène reste grandissant. En fait, les chiffres restent toujours croissants, bien qu'ils ne suffisent pas à rendre compte de l'ampleur du phénomène lorsqu'on tient compte du silence de certaines victimes et des dommages considérables des viols sur leur santé. Ceux-ci entraînent des problèmes de santé sexuelle et reproductive, des grossesses non désirées, des risques d'IST/SIDA, et des traumatismes psychiques (Tamekem, 2017 ; Josse, 2006 ; Bihabwa & Mbenda, 2018).

Sur le plan psychopathologique, les études de Damant (1993) relèvent une panoplie de troubles et symptômes liées à la dynamique traumatisante des abus sexuels. Il s'agit notamment de : stress post traumatique, l'anxiété, comportements hypersexualisants, mauvaise estime de soi, problèmes relationnels, conduites antisociales, méfiance à l'égard des hommes, dépendance excessive, addictions, troubles alimentaires, troubles relationnels, troubles du sommeil, phobie, dépression, délinquance.

Parmi ces conséquences des abus sexuels, plus particulièrement du viol, le traumatisme psychique est une problématique majeure en psychopathologie. Il s'agit d'

Un phénomène d'effraction du psychisme, et de débordement de ses défenses par les excitations violentes afférentes à la survenue d'un événement agressant ou menaçant pour la vie ou l'intégrité (physique ou psychique) d'un individu, qui y est exposé comme victime, témoin ou acteur. (Crocq & al., 2014)

Se référant à la description du manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-V), *le trouble stress post traumatique* peut être défini comme un état de détresse polymorphe consécutif à l'exposition effective à la mort ou menace de mort. Il se manifeste par les syndromes dits d'intrusion, d'évitement, d'activation neurovégétative, et d'altération négative des cognitions (APA, 2015).

## **1.2- FORMULATION ET POSITION DU PROBLEME**

La compréhension du fonctionnement psychique dans l'explication de ses troubles est une préoccupation majeure de la psychopathologie. Ce qui justifie que le processus de mentalisation soit au centre de cette compréhension des troubles psychiques, notamment le traumatisme. Les travaux de Freud (1900) sur la première topique rendent compte de trois systèmes impliqués dans la régulation de la vie psychique. Il s'agit du système conscient, inconscient et préconscient. Ce dernier, séparé de l'inconscient et la conscience par des censures plus ou moins rigides, représente le lieu de liaison entre les représentations. L'apparition des représentations dans le système conscient est précédée d'un traitement préalable au niveau du système préconscient. Freud (1920) Introduisait déjà la notion de « *pare-excitations* », présentée comme une membrane psychique

protectrice dont l'effraction et le débordement des capacités de liaison de l'appareil psychique étaient à l'origine du traumatisme. Ce qui peut alors se référer à la mentalisation, en ce moment chez Freud, c'est l'ensemble des processus psychiques visant la maîtrise, l'immobilisation des excitations afférentes à une situation en vue d'une éventuelle décharge. Le traumatisme psychique représente ainsi, l'effraction de la pare-excitations et le débordement du psychisme, rendant impossible ce processus de mentalisation. Ces travaux de Freud sont restés focalisés sur la réalité intrapsychique, n'apportant ainsi qu'une description limitée des répercussions de cette effraction sur le plan somatique.

Dans son ouvrage *Mentalisation et Psychosomatique*, Marty (1991) s'inspire de la première topique freudienne pour rendre compte du processus de mentalisation comme un ensemble de représentations sur le plan qualitatif et quantitatif. Ces représentations sont la base de la vie mentale, car elles sont mobilisées de jour comme de nuit, en vue de permettre la décharge des excitations issues d'évènements de vie. Elles peuvent s'avérer pauvres ou de mauvaise qualité dans le discours des personnes souffrantes de pathologies. C'est le cas des traumatismes psychiques qui rendent souvent les représentations indisponibles. Ce qui suppose alors que l'on peut observer des répercussions somatiques plus ou moins graves selon les atteintes au processus de la mentalisation d'une part, d'autre part, que certains comportements semblent corrélés à un défaut, voire une mauvaise mentalisation. Toutefois, son approche psychosomatique ne tient que très peu compte de l'environnement extérieur.

Les apports de Debray (1991 ; 1997) permettent d'intégrer une nouvelle donnée dans la compréhension du processus de la mentalisation : l'*Autre*. Ce qui suppose alors qu'il est un travail psychique visant la tolérance à la dépression, l'angoisse, le conflit intrapsychique, mais aussi interpersonnel. C'est le Moi qui est impliqué dans cette régulation du fonctionnement psychique. Ce point de vue fait transparaître deux aspects essentiels : un travail d'élaboration des affects de déplaisir et la nature de conflits qui peuvent être interpersonnels. De ce point de vue, les sujets violés doivent non seulement mentaliser l'angoisse intrapsychique, mais aussi le conflit interpersonnel (lien à l'auteur). Ce qui pourrait demander plus de ressources mentales. C'est dire que le travail psychique de mentalisation permettrait l'élaboration du traumatisme et du conflit interpersonnel.

Ces analyses ne sont pas loin de la pensée de Fonagy (1996) qui attribue aussi une place de choix à l'Autre. C'est le fonctionnement autoréflexif et la considération des états mentaux de l'autre qui permettent la compréhension et le déterminisme de son comportement par le sujet. L'individu parviendrait à élaborer et contrôler les affects liés à son traumatisme par la symbolisation, elle-même issue d'un bon fonctionnement réflexif. Ces points de vue sont assez pertinents, mais ils semblent limités lorsqu'il est question de comprendre de manière précise comment le processus de mentalisation rend compte des somatisations chez certains sujets en souffrance.

Le modèle développé par Dejours (2000) tend à expliquer comment surviennent les symptômes. La mentalisation renvoie, chez lui, à un travail de pensée exercé par le Moi sur les représentations, et dont la défaillance a des répercussions sur le corps. Toutefois, les organes ciblés par la somatisation sont des organes ayant fait l'objet d'une certaine forclusion de la fonction dans l'enfance : une sorte de traumatisme subi par l'enfant au travers de la fonction sollicitée, du fait de l'incapacité du parent à y jouer sous un registre adapté. Les somatisations surviendraient lorsque lesdites fonctions sont sollicitées dans l'agir expressif à l'autre. Cette théorie n'accorde pas assez de crédit à la place des événements contemporains dans la survenue des symptômes.

Lecours (2016) pense que les comportements et les symptômes observés chez les personnes traumatisées sont inhérents à leurs niveaux respectifs de mentalisation de la souffrance. Cette souffrance peut être plus ou moins mentalisée selon que le sujet concerné vit une expérience de tristesse, d'agonie, ou de détresse. Ce dernier niveau de mentalisation est le moins bon, car, il est corrélé à une panoplie des conduites non adaptatives et de symptômes.

Que l'on soit chez Freud ou chez Lecours, passant par Marty, Debray, Fonagy ou Dejours, ces auteurs soutiennent l'idée selon laquelle la mentalisation est un processus intrapsychique intégrant le lien interpersonnel et l'environnement dans la régulation de la vie psychique, ainsi que l'adaptation au monde. Et, que les manifestations somatiques sont l'illustration du lien étroit que ce processus entretient avec le corps.

Or, Maheux et al. (2016), dans leurs travaux sur le fonctionnement réflexif au trauma, pensent que les personnes traumatisées n'ont pas de difficulté à mentaliser de manière générale, mais c'est la mentalisation du trauma qui leur pose problème. C'est dire que, dans sa vie quotidienne, la femme traumatisée ne présente pas de difficultés à mentaliser autres que celles

liées à son trauma. Cette description du fonctionnement réflexif au trauma permet de comprendre la mentalisation des femmes victimes d'agressions sexuelles dans l'enfance. Elle permet également de décrire les spécificités liées à la mentalisation du trauma chez les jeunes femmes victimes d'abus sexuels. Ce qui se traduirait par un syndrome de répétition, un syndrome d'évitement, une anxiété, des troubles de la mémoire, des troubles de l'humeur et de conduites, bref un ensemble de signes et symptômes qui relèvent du Trouble stress post traumatique.

Cependant, bien que ces auteurs abordent la question de mentalisation chez les femmes victimes d'abus sexuels, ils n'en fournissent que très peu d'explications en ce qui concerne l'incidence de ce processus sur le Trouble stress post traumatique. Plus encore, ils ne nous renseignent pas suffisamment sur cette incidence en ce qui concerne le *Trouble stress post traumatique* que rencontrent certaines jeunes femmes qui ont été victimes de viols à l'adolescence, et continuent de souffrir des années plus tard. Ce travail de recherche pose donc le problème de l'incidence de la mentalisation chez la jeune femme en situation de Trouble stress post traumatique consécutif à un viol dans l'adolescence.

### **1.2.1- Question de recherche**

Le problème ainsi formulé, dans cette étude, on s'est intéressé à la qualité du processus de mentalisation et son incidence sur le TSPT chez les jeunes femmes victimes de viols. La recherche s'est proposée de répondre à la question suivante :

*Comment la mentalisation participe-t-elle au TSPT chez les femmes victimes d'abus sexuels au Cameroun ?*

### **1.2.2- hypothèses**

La réponse anticipée à la question de recherche ou hypothèse générale de cette étude est : « *A travers les modes, la stratégie et le travail, la mentalisation adéquate participe à la réduction du TSPT chez les femmes victimes d'abus sexuels au Cameroun* »

Cette hypothèse peut se décomposer en trois hypothèses de recherche, à savoir :

**HRI** : « *Les modes de mentalisation contribuent à la réduction du TSPT chez les femmes victimes d'abus sexuels au Cameroun* ».

**HR2 :** « Une stratégie de mentalisation participe à la réduction du TSPT chez les femmes victimes d'abus sexuels au Cameroun ».

**HR3 :** « Un travail de mentalisation concourt à la réduction du TSPT chez les femmes victimes d'abus sexuels au Cameroun ».

### **1.2.3- Objectifs**

Cette recherche se donne principalement pour objectif de comprendre comment la mentalisation participe au TSPT chez les femmes sexuellement abusées afin de mieux décrire la nature et le fonctionnement des processus psychologiques impliqués chez les femmes victimes d'abus sexuels.

Il s'agit plus spécifiquement :

- Cerner comment les modes de mentalisation contribuent au TSPT chez les femmes sexuellement abusées, c'est-à-dire, saisir quel est le rôle des processus de pensées, de la qualité du sommeil, ainsi que la capacité d'adaptabilité aux situations dans la manière dont est régulée le TSPT chez ces femmes.
- Saisir comment la stratégie de mentalisation participe au TPST chez les femmes sexuellement abusées, autrement dit, cerner l'incidence de l'habileté à élaborer les affects, le degré de conscience à l'expérience, et la tolérance au trauma dans le trouble développé par ces femmes.
- Comprendre comment le travail de mentalisation concourt au TSPT chez les femmes sexuellement abusées, ainsi, cerner l'impact du travail sur les représentations, les rapports à l'autre et la régulation des émotions dans le TSPT développé par ces femmes.

### **1.3- DELIMITATION DE L'ETUDE**

Cette recherche se déroule au tour d'un contexte sociodémographique et un temps précis qu'il convient de décrire.

#### **1.3.1- Délimitation spatiale**

La présente étude se déroule au Cameroun, un pays d'Afrique centrale d'une superficie de 475 442 Km<sup>2</sup>. Ce pays est de forme triangulaire qui s'étire du Sud jusqu'au Lac Tchad sur près de 1200 Km tandis que la base s'étale de l'Ouest à l'Est sur 800 Km. Il possède au Sud-ouest une frontière maritime de 420 Km le long de l'océan Atlantique. Il est limité à l'Ouest par le Nigéria,

au sud par le Congo, le Gabon et la Guinée Equatoriale, à l'Est par la République Centrafricaine et au nord-est par le Tchad. Au sommet du triangle, au nord, il est chapeauté par le Lac Tchad. Le Cameroun possède un milieu naturel diversifié et riche. Un Sud forestier maritime (régions du Littoral, du Sud-ouest et du Sud) et équatorial (régions du Centre, de l'Est et du Sud). Les Hauts plateaux de l'ouest (régions de l'ouest et du Nord- 18 ouest). Le Nord soudano-sahélien (régions de l'Adamaoua, du Nord et de l'extrême-Nord). Les deux langues officielles de ce pays sont le français et l'anglais. Ses capitales politiques et économiques sont respectivement Yaoundé et Douala. Cette étude se réalise à Yaoundé, plus précisément à l'arrondissement de Yaoundé II, au Centre social de Messa. Cet arrondissement est un Cameroun en miniature en raison de sa diversité ethnique et le vivre ensemble qu'elle prône. Du Quartier Carrière, à Messa passant par la cité verte, Tsinga, Madagascar, et la briqueterie, Les Grass Fields, les Beti, les musulmans et chrétiens vivent en parfaite harmonie. Le centre social de Messa accueille les populations venant de divers quartiers de cet arrondissement, ainsi que celles venant d'ailleurs. Ce centre accueille et soutien les populations issues des couches vulnérables dans ses multiples taches. C'est ainsi qu'il accueille les personnes présentant des handicaps, orphelins, sans abri, mais aussi les personnes victimes des abus sexuels.

### **1.3.2- Délimitation théorique**

On s'intéresse aux traumatismes psychiques. Un terme développé par Oppenheim en 1888 pour rendre compte de la névrose traumatique que les victimes développaient suite des accidents de chemin de fer. Quelques années plus tard, Kraepelin décrivait une « *névrose d'effroi* » en avant l'état psychique du sujet au moment de l'évènement, tout en insistant sur le fait qu'il pouvait suffire d'être spectateur pour être en proie à cette souffrance. Au XXe siècle, des avancées considérables sont faites par Abraham et Ferenczi qui mettent l'accent sur l'atteinte narcissique du traumatisme, ou plus particulièrement, pour Ferenczi « à la fin de l'illusion d'immortalité ». Freud quant à lui fait décrit du point de vue économique, la métaphore sur l'effraction traumatique. Les observations pendant les guerres mondiales et la guerre du Vietnam ont encore permis de mieux comprendre cette notion. Les Américains ont alors créé le terme de « *post traumatic stress disorder* » comme équivalent de ce que les psychanalystes appelaient la névrose traumatique. Ce terme a été présent dans les anciens manuels de troubles mentaux de l'APA, notamment le DSM III et IV. L'utilisation du terme Trouble stress post traumatique, marque dans cette recherche, une référence à la nosographie du DSM V (version actuellement utilisée).

#### **1.4- Intérêt de l'étude**

La compréhension de l'incidence de la mentalisation sur les troubles psychopathologiques, particulièrement le TSPT, est d'une importance capitale. Celle-ci revêt un intérêt psychopathologique, clinique.

Sur le plan de la psychopathologie, appréhender l'incidence de la mentalisation dans le TSPT permet de fournir une meilleure description des processus psychologiques en jeu ainsi que leur fonctionnement chez les femmes victimes d'abus sexuels. En d'autres termes, Cette recherche met en évidence un intérêt de la psychopathologie : celui de la description du trouble stress post traumatique. Ce repérage s'avère très utile dans un contexte où ces femmes rencontrent des difficultés à exprimer leur souffrance par la parole en raison, non seulement de la peur de la stigmatisation, mais aussi des spécificités liées à la psychopathologie des troubles qu'elles développent.

Sur le plan clinique, comprendre l'incidence du processus de mentalisation et savoir identifier sa qualité et ses spécificités dans le TSPT, permettrait au clinicien de mieux ajuster ses interventions en fonction de la qualité ressources dont dispose la personne en souffrance. Cette étude peut alors fournir des éléments pour une éventuelle élaboration d'un modèle de thérapies basées sur la mentalisation en contexte camerounais. Ce qui permet de dire que cette étude pourrait contribuer à une meilleure prise en charge des femmes présentant une souffrance consécutive à une expérience d'abus sexuel de manière générale, et plus particulièrement celles sexuellement violées en contexte culturel camerounais. De plus, cette recherche contribue alors à une meilleure compréhension des sentiments, des conduites, des troubles, bref de la situation des victimes des violences basées sur le genre, et permet ainsi à la société d'être un véritable étayage pour le soutien de ces femmes. Ce qui pourrait permettre une meilleure adaptation de nos procédures gouvernementales, familiales et traditionnelles afin de leur apporter une meilleure réparation.

## CHAPITRE 2 : LE PROCESSUS DE MENTALISATION

Ce chapitre est articulé autour des points suivants : La définition du processus de mentalisation, les origines du concept et les réalités cliniques proches, les théories sur la mentalisation, ainsi que les éléments pour une saisie africaine de celle-ci.

### 2.1- DEFINITION

Plusieurs définitions de la mentalisation peuvent être distinguées dans la littérature. Dans ce travail, nous relevons quelques-unes qui nous paraissent fructueuses parmi tant d'autres, notamment celles de Marty, Debray, Fonagy, Lecours et Bouchard, et Mayi. Nous fournissons une meilleure description de ces points de vue dans la section des théories sur la mentalisation.

La mentalisation, chez Marty (1991) se réfère à nos représentations et nos images psychiques ainsi que leur dynamisme. Elle met en exergue la qualité et la quantité de représentations psychiques des individus.

Pour Debray (1997), il s'agit d'un « *travail psychique concernant la tolérance à l'angoisse intrapsychique, la dépression, les conflits intrapsychiques et interpersonnels* ». Cette définition, au-delà de prendre en compte la réalité intrapsychique, fait ressortir l'implication des interactions à l'autre dans le processus de mentalisation.

La mentalisation renvoie, chez Fonagy, à « *l'habileté d'un individu à comprendre les émotions, désirs, sentiments, pensées ou intentions qui sous-tendent ses propres réactions et comportements ainsi que ceux des autres* » (Fonagy & Target, 2002, cités par Maheux & al., 2016). Ce qui veut dire que la régulation des émotions et des relations à l'autre passe nécessairement par la compréhension des états mentaux qui sont subjacents aux conduites en cause.

La mentalisation est un processus psychodynamique qui vise à atténuer l'impact des automatismes psychologique et psychobiologique sur le sujet, les réorienter en vue d'une réponse adaptée et des perspectives plus favorables pour le sujet et sa communauté (Mayi, 2017). Cette définition, au-delà de mettre l'accent sur le rôle de régulation intrapsychique, fait transparaître une dimension culturelle de la mentalisation au travers de la communauté.

Selon Lecours et Bouchard (1997), cités par Bacqué, (2014), la mentalisation renvoie à une classe générale d'opérations mentales qui impliquent représentations, symbolisation, et qui mènent

à la transformation d'expériences pulsionnelles en structures mentales de mieux en mieux organisées. En d'autres termes, elle est un complexe de plusieurs opérations mentales dont le but est de transformer l'expérience pulsionnelle en structures mentales mieux organisées.

## **2.2- ORIGINES DU CONCEPT ET REALITES CLINIQUES PROCHES**

La mentalisation est un concept qui se trouve enraciné dans l'époque antique. A cette époque, l'Homme était considéré comme un être capable de mettre en place un ensemble de mécanismes dans l'optique de résoudre ses problèmes et maintenir son équilibre avec soi et les autres. Dans la pratique clinique, plusieurs concepts s'y rapprochent.

### **2.2.1-Origines du concept**

Le mot *mentalisation* fait référence à un processus, qui, d'un point de vue étymologique, dérive de « mental » qui vient du latin « *mentalis* » notamment « *mens* » qui veut dire esprit. Dans ce sens, il renvoie à ce qui appartient au mécanisme de l'esprit.

On peut également reconnaître à ce concept quelque chose d'africain. Le transcrit « mn » qui désigne un être du mésocosmos à savoir : « un totem, un esprit, un ancêtre » c'est-à-dire une entité qui répond d'une dimension immatérielle, capable d'être appréhendée et analysée selon le mode d'être de sa personnalité psychique (Mayi, 2017). Le pharaonique, « mn nfr » renvoie à un beau totem ou un bel esprit.

La mentalisation prend ses origines dans une activité humaine très ancienne. Ladite activité se trouve ancrée dans les mécanismes qui régissent le fonctionnement de l'Homme. En fait, l'être humain a toujours eu recours à un de ses pairs pour mieux se comprendre et comprendre les autres. Toutefois, Son appréhension telle qu'elle est envisagée actuellement en sciences humaines et sociales en général, et en psychologie en particulier, est plus récente. Au XXe siècle, ce concept a permis l'essor de plusieurs métiers de « psy » dont le but est de comprendre les états mentaux qui sous-tendent les comportements, ainsi que les situations provoquant la souffrance pour l'amélioration de la qualité de vie (Debbané & al., 2016). Le concept de Mentalisation est mis en évidence par les psychosomaticiens, psychanalystes à la base vers les années 70-75, pour rendre compte de nos représentations, nos images psychiques, ainsi que leur dynamisme. Dans cette perspective, elle s'intéresse à deux dimensions principales, à savoir la qualité et la quantité de représentations psychiques des individus (Marty,1991).

### **2.2.2-Réalités cliniques proches**

La pratique clinique revêt des termes qui sont plus ou moins proches de la mentalisation. Ces réalités dites cliniques prêtent souvent à confusion, plus que leur distinction avec le concept dit de mentalisation n'est pas toujours évidente. C'est pourquoi, il convient d'en apporter une précision. Il s'agit : de la psychosomatique, du traumatisme psychique, de l'automatisme mental, de la symbolisation, et de l'hystérie de conversion.

#### **2.2.2.1- La psychosomatique**

Le terme psychosomatique a été utilisé pour la première fois par Heinroth en 1818. Le siècle suivant, grâce aux travaux de Freud, plusieurs chercheurs se sont davantage intéressés aux aspects de la psychosomatique. Cette dernière correspond alors à une attitude médicale qui consiste à mettre l'accent sur une médecine générale de l'organisme dans une approche holistique du sujet malade plutôt que de considérer la médecine des organes. L'étiologie des maladies à manifestation somatique a permis de constater que les facteurs psychologiques et la personnalité des malades y jouent un rôle central (Bergeret & *al.*, 2008).

Les travaux de Marty (2001) relèvent que, la psychosomatique est issue de la psychanalyse, et elle intègre les apports de la médecine, de la physiologie et la biologie, ce qui la différencie de la psychanalyse dont l'intérêt porte surtout sur les aspects inconscients de la vie psychique. La psychosomatique met néanmoins l'accent sur les particularités individuelles d'organisation économique, et dynamiques fonctionnelles pour répondre au problème de l'organisation, de la désorganisation et la réorganisation des diverses formes de personnalités. Son objet est la recherche des imbrications du fonctionnement mental et du fonctionnement somatique au cours du développement individuel (Marty, 1991). Elle permet ainsi d'établir des liens entre certains faits psychologiques et les réalités somatiques. Ce concept de psychosomatique met alors en évidence les liens entre la mentalisation et les processus somatiques tels que présentés par Marty (*op.cit.*). Les processus de somatisation par régression et par déliaison pulsionnelles en sont des illustrations. Les premiers surviennent lorsque les excitations pulsionnelles ne s'accroissent pas trop chez un sujet ayant une bonne mentalisation, donnant lieu à des affections bénignes (l'asthme, eczéma, céphalée) et réversibles. Alors que les seconds surviennent lorsque les excitations pulsionnelles s'accumulent chez un sujet n'ayant pas une bonne mentalisation, donnant ainsi lieu à des affections graves et souvent irréversibles. La pratique de la psychosomatique a rendu possible les

psychothérapies des malades somatiques, ainsi que la prévention de certaines d'entre elles. Ces psychothérapies visent le renforcement des défenses mentales, permettant ainsi d'atténuer l'importance de la souffrance ou d'éradiquer la fréquence des crises.

Ce qui précède, nous permet d'envisager la mentalisation comme un axe d'analyse de la psychosomatique à savoir la voie mentale, au même titre que les voies comportementales et somatiques. On peut donc dire que la notion de psychosomatique est plus vaste et implique la voie mentale. Toutefois, cette voie dite mentale peut se trouver entravée par un choc auquel le sujet se trouverait dans l'incapacité de répondre adéquatement, entraînant ainsi un ensemble des conséquences sur l'organisation psychique et physique.

#### **2.2.2.2- Le traumatisme psychique**

Dans le sens étymologique, le mot traumatisme vient du grec ancien « traumatismos » qui signifie « *action de blesser* » ; et trauma qui signifie blessure. En médecine, le terme de traumatisme renvoie à un choc mécanique exercé par un agent physique sur le corps et y provoquant une blessure. Transposé en psychopathologie, il renvoie au traumatisme psychologique ou trauma, c'est-à-dire la transmission d'un choc psychique provoqué par un agent extérieur et provoquant des perturbations psychopathologiques (Crocq & al., 2014).

Dans leur ouvrage « *Traumatismes psychiques : prise en charge psychologique des victimes* », Crocq et ses collaborateurs (2014) pensent que le traumatisme psychique est par définition un phénomène d'effraction psychique, et de débordement de ses défenses par des excitations violentes liées à un événement menaçant l'intégrité d'un individu lorsque celui-ci s'y trouve exposé comme victime, acteur ou témoin.

Alors que Freud, dans « *Au-delà du principe de plaisir* », expose majoritairement sa théorie du trauma. L'appareil psychique y est envisagé comme une vésicule vivante entourée d'une membrane appelée pare-excitations. Cette dernière ayant pour rôle de protéger l'appareil psychique en repoussant ou filtrant les excitations nuisibles afin de les rendre assimilables (facile à lier) ne s'avère pas toujours à la hauteur de ses fonctions en raison des différences constitutionnelles qui confèrent à certains individus un pare-excitations fort et d'autres non. A l'approche d'un danger, l'individu mobilise l'énergie venant de l'intérieur du psychisme pour renforcer son pare-excitation au cas où il a de l'énergie disponible. Ce qui n'est pas toujours

possible parce que le sujet peut être fatigué par un effort récent. Les individus névrosés dont l'énergie est occupée à maintenir leur refoulement originaire n'ont pas souvent assez d'énergie disponible pour renforcer leur pare-excitations. Ce qui expliquerait qu'un même événement fasse effraction pour les uns et pas pour les autres. Pour Freud, le traumatisme dépend donc du rapport entre excitation venant de l'extérieur et l'état constitutionnel et conjoncturel de la barrière de défense qui le reçoit (Freud, 1923).

Faisant suite et s'inspirant des observations de Freud, Laplanche & Pontalis (1981) estiment que, économiquement, il s'agit d'un afflux d'excitations qui déborde la capacité de tolérance du sujet et sa capacité de les maîtriser et les élaborer psychiquement. Cette incapacité à maîtriser et à élaborer psychiquement les excitations déclenche un trouble des fonctions mentales lors de l'effraction traumatique. Le traumatisme psychique est de ce fait lié à la mentalisation par les effets pathogènes qu'il entraîne sur l'organisation psychique. Ces effets se manifestent généralement sur les formes de syndromes de répétition (reviviscences, cauchemars), d'évitement, et les activations neurovégétatives.

Le sujet traumatisé se trouve alors très souvent dans un mode de fonctionnement psychosomatique qui implique des réactions incontrôlées et automatiques dues à la présence d'un corps étranger dans l'organisation psychique.

### **2.2.2.3- L'automatisme mental**

L'automatisme mental ou *automatisme psychologique* est une expression développée par Pierre Janet en 1889. Elle rend compte de « l'activité humaine dans ses formes les plus simples, les plus rudimentaires » (Janet, 1889). Le terme automatique implique alors un mouvement à deux caractères. Ce mouvement se veut spontané, nullement provoqué par une impulsion extérieure. Ainsi, il prend sa source dans l'objet en mouvement, et il se doit d'être régulier et soumis à un déterminisme particulier. C'est le cas des premiers efforts de l'activité humaine qui sont provoqués, et non pas créés par des impulsions extérieures, plus qu'elles sortent du sujet lui-même, et sont réguliers tel qu'il ne peut être question de libre arbitre réclamé par les fonctions supérieures (Janet, 1889). Le mouvement pratiqué par un individu n'est pas dissocié d'une certaine forme d'intelligence et de conscience qui l'accompagne de manière interne. Il n'est donc pas question d'une activité mécanique dépourvue de conscience. C'est pourquoi l'activité humaine automatique peut être qualifiée d'automatisme psychologique. Dans cette conception de Janet, il existe deux

formes d'automatismes psychologiques : *l'automatisme total et l'automatisme partiel*. Le premier renvoie à un automatisme complet, lorsqu'il occupe l'esprit tout entier, c'est-à-dire lorsqu'on constate chez l'individu une seule pensée et action automatique : c'est sa forme simple. Le second quant à lui occupe une partie de l'esprit lorsque plusieurs activités élémentaires peuvent se développer simultanément dans une même pensée : C'est sa forme complexe. L'activité humaine qui se présente parfois par des faits anormaux comme les mouvements incohérents et convulsifs, actes inconscients, désirs impulsifs contraires à la volonté et auxquels le sujet ne peut résister. Ces faits sont plus compréhensibles grâce à l'examen des formes inférieures de l'activité humaine.

La mentalisation qui implique les fonctions supérieures par les processus d'élaboration mentale, permet des conduites plus réfléchies et moins spontanées. Ce qui permettrait de dire qu'une bonne mentalisation semble être corrélée à la réduction des automatismes psychologiques. La réduction de ces automatismes passe par des processus d'élaboration mentale et de symbolisation.

#### **2.2.2.4- La symbolisation**

La notion de symbolisation est étroitement liée à celle de mentalisation. Ce rapport est souvent source de confusion. Ce qui justifie, pour Lecours et Bouchard, l'intérêt d'une distinction de ces deux concepts. Pour ces auteurs, la représentation est considérée comme le premier processus d'élaboration mentale. La symbolisation en est le second processus. Ce qui permet de dire que la mentalisation regroupe les processus de représentation et de symbolisation. Dans ce sens, la symbolisation est une fonction de liaison de représentations déjà formées entre elles en vue de leur utilisation abstraite (Lecours & Bouchard, 1997, cités par Tychey & *al.*, 2000).

Le symbole se constitue dans la continuité de la sensation, la perception et des images qui en découlent. De ce fait, il représente une chose en se déclinant de la représentation immédiate, permettant ainsi la manipulation de la réalité. La symbolisation n'est donc pas une question de signification en termes de connaissances explicatives, mais plutôt une opération de mise en sens, c'est-à-dire une restitution des valeurs justificatives (Mayi, 2017). En d'autres termes, l'ordre symbolique permet à l'Homme de faire l'expérience d'une vie créatrice. La symbolisation permet de faire face aux expériences et difficultés de la vie en les transformant par une opération de mise en sens pour mieux les intégrer. Elle est aussi bien impliquée dans les vécus normaux comme les vécus pathologiques.

La perspective symbolique intègre les contenus et formes de l'imaginaire dans les scénarios plus ou moins génétiquement déterminés. Ainsi, on peut distinguer les complexes d'œdipe et de castration, les fantasmes, la privation, la castration, la perte d'objet. Ces scénarios peuvent être aussi bien normaux que pathologiques (Mayi, 2017). Lorsque ces scénarios s'avèrent pathogènes, ils sont potentiellement à l'origine de troubles psychopathologiques divers, parmi lesquels l'hystérie.

#### **2.2.2.5- L'hystérie de conversion**

L'hystérie, est selon la catégorisation Freudienne, une névrose de transfert dont le tableau clinique est très varié. Elle s'origine dans le complexe d'œdipe. L'hystérie dite de « *conversion* », quant à elle, est une forme symptomatique de névrose dans laquelle le conflit psychique vient se symboliser dans les symptômes corporels divers (Laplanche & Pontalis, 1981). Ce qui laisse entendre que la conversion réfère au mécanisme de formation du symptôme qui consiste en la transposition d'un conflit psychique ou une tentative de résolution de celui-ci, au travers des symptômes somatiques, moteurs et sensitifs. Ces symptômes ont une valeur symbolique parce qu'ils expriment, par le corps, des représentations refoulées. En réalité, il s'agit, d'après Freud, du transfert d'une excitation purement psychique sur le corps par le biais de la complaisance somatique. Cette dernière désigne le processus par lequel les affects refoulés se déploient sur une partie ou une fonction du corps du sujet déjà fragilisée au préalable pendant l'histoire de son développement. Les symptômes hystériques ne correspondent pas à une atteinte neurologique. Ils sont le produit et signe d'un retour du refoulé. Ce qui suppose au préalable que, suite à un conflit opposant désir et censure, l'appareil psychique aura déclenché un processus défensif inconscient visant à mettre hors du champ de la conscience le désir inacceptable pour le Moi : c'est le refoulement. C'est donc ce désir refoulé dans l'inconscient qui parviendrait à échapper à la censure grâce aux processus de condensation et de déplacement.

L'hystérie et la maladie psychosomatique présentent, toutes les deux, des similitudes. En effet, on est confronté à des symptômes qui font le lien entre le psychisme et le corps grâce à leurs processus respectifs : la conversion et la somatisation (Green, 2004). La distinction avec les processus dits de somatisation en psychosomatique est donc que, le symptôme de conversion hystérique est en relation symbolique avec l'histoire du sujet. L'absence de conversion dans la somatisation en psychosomatique est la marque d'angoisses non mentalisées (Laplanche &

Pontalis,1981). C'est donc l'expression d'une incapacité du sujet à élaborer psychiquement ses affects.

## **2.3- THEORISATIONS SUR LA MENTALISATION**

Le concept de mentalisation a permis le développement de plusieurs perspectives théoriques dans le monde scientifique. Certaines sont davantage centrées sur le sujet et le rôle des interactions précoces dans le développement ou non d'une bonne capacité à mentaliser. Tandis que, d'autres intègrent les réalités culturelles et le rôle de la communauté pour appréhender la mentalisation.

### **2.3.1-Ecole de paris**

Les théoriciens de cette école sont des psychanalystes, devenus des spécialistes de la psychosomatique par l'intérêt accordé aux interactions entre les faits psychiques et les processus somatiques. Il s'agissait entre autres, de Pierre Marty, Michel de M'Uzan, Christian David et Michel Fain, à cet effet, le nom d'école psychosomatique de paris leur fut donné (Fain, 2001). La psychosomatique, pour le rappeler, est un corps de connaissances qui englobe les apports de plusieurs disciplines et qui se donne pour objet la recherche des imbrications du fonctionnement mental et du fonctionnement somatique au cours du développement individuel (Marty,1991). Les travaux de cette école intègrent de ce fait plusieurs disciplines, mettant un accent particulier sur les faits psychanalytiques. Les points de vue de Marty, Fain, Debray, Dejours qui nous semblent assez fructueux.

#### **2.3.1.1- Marty et Fain**

Dans son ouvrage *Mentalisation et psychosomatique* (1991), Marty présente clairement son point de vue sur la mentalisation. Deux dimensions principales sont alors en cause, notamment la qualité et la quantité de représentations psychiques d'un individu. La qualité des représentations se rapporte à la disponibilité de leur évocation et la disponibilité de liaison lors de cette évocation à des représentations de la même époque ou des époques différentes (fluidité), ainsi qu'à la permanence de la disponibilité de ces représentations (permanence). La quantité, quant à elle, se réfère à l'accumulation des couches de représentations pendant différents temps du développement individuel (épaisseur). Ces représentations constituent la base de la vie mentale. Elles permettent les associations d'idées, de pensées, la réflexion intérieure de jour comme de nuit. Fain s'attèle,

dans ses travaux ultérieurs (2001), à distinguer la mentalisation diurne à l'état d'éveil et la mentalisation nocturne à l'état de sommeil.

Rappelons que les représentations consistent en une évocation des perceptions premières qui se sont inscrites en laissant des traces dans la mémoire. On en distingue deux types : les représentations des choses et les représentations des mots. Les premières sont issues des réalités vécues d'ordre sensoriel et perceptif. Les secondes se produisent à partir de la perception du langage des autres, du plus élémentaire au plus complexe. Ce sont ces représentations qui servent de base aux associations d'idées. Les deux types de représentations forment le système préconscient. C'est pourquoi, lors des désorganisations éventuelles du préconscient, les représentations des mots peuvent se réduire en représentations des choses, perdant ainsi leur valeur affective, symbolique et métaphorique acquises au cours du développement (Marty, 2001). Les insuffisances fondamentales et indisponibilités de représentations qui font obstacle au travail psychique sont de diverses origines. Les insuffisances foncières des représentations trouvent leur origine au départ même du développement du sujet. Il est question très souvent soit d'une insuffisance congénitale ou accidentelle d'une fonction sensorielle ou motrice de l'enfant, fonctions qui constituent les bases perceptives, soit une déficience fonctionnelle de même nature chez la mère, ou encore une carence ou dysharmonie des accompagnements affectifs de la mère vis-à-vis de l'enfant. Dans ces cas de figures, il se crée des manques ou insuffisances de représentations de mots à valeurs affective et symbolique. Une fois installées, ces insuffisances sont difficilement réversibles. Quant aux indisponibilités de représentations, elles sont dues à l'évitement, la répression, ou le fait de désorganisation mentales.

Plusieurs formes cliniques majeures peuvent être distinguées en fonction des caractéristiques mentales de sujets en cause. Il s'agit globalement de bonnes mentalisations et de mauvaises mentalisations. Les premières apparaissent lorsque les individus ont en permanence une grande quantité de représentations liées entre elles, enrichies au cours du développement de valeurs affectives et symboliques. On y distingue, les "névrosés mentaux" classiques mis en exergue par Freud et les névrosés bien mentalisés. Les secondes concernent les individus ayant des représentations réduites sur le plan quantitatif et qualitatif. Dès lors, on distingue les névrosés de comportement qui expriment ces limites à penser dans l'agir comportemental et les névrosés mal mentalisés à un degré moindre de pauvreté de représentations. Une dernière catégorie peut être

repérée, c'est celle des névrosés à mentalisation incertaine. Cette dernière concerne les individus qui sont tantôt bien mentalisés, tantôt mal mentalisés. Les liens entre la mentalisation et les processus de somatisation sont évidents. Les formes de somatisations dépendent des facteurs développementaux (de l'hérédité, la congénitalité, le passé psychosomatique) et des facteurs actuels (des facteurs extérieurs) (Marty,2001).

Le déclenchement et l'entretien des somatisations est en rapport avec la rupture d'investissements affectifs importants. Lorsque aucun système régressif d'ordre mental ou somatique ne bloque la désorganisation, elle se poursuit dangereusement dans les systèmes somatiques. Une maladie somatique répondant à la nosographie médicale classique déterminée peut se présenter dans les conditions économiques différentes chez un même individu ou d'un individu à un autre selon les moments. Dès lors, deux processus de somatisations sont catégorisés : par régression et par désorganisation progressive.

*Les processus de somatisation par régression* : ils ont pour caractéristiques communes de provoquer l'arrêt des mouvements contre-évolutifs de désorganisation issues des traumatismes affectifs. On assiste à ce type de somatisation lorsque les excitations pulsionnelles ne s'accumulent pas trop chez un sujet ayant une bonne mentalisation. Les somatisations de ce type sont réversibles et donnent lieu à des affections moins graves comme l'asthme, eczéma, céphalées... Le terme de régression est employé au sens psychanalytique où il renvoie au palier qui a mis un terme aux mouvements contre-évolutifs à partir duquel la reconstruction est possible. Deux formes de processus de somatisations par régression sont distinguées en fonction de la lignée évolutive en cause. Il s'agit des régressions globales et les régressions partielles selon que la part est parfois importante ou nulle. La conversion hystérique est une forme de somatisation par régression partielle, car elle implique la paralysie d'une fonction ayant eu antérieurement une valeur érogène. Les représentations refoulées qui sous-tendent le symptôme constituent une zone muette et le reste du fonctionnement mental demeure la plupart du temps normal. L'émergence à la conscience des représentations refoulées, de manière progressive, grâce à la psychothérapie, fait disparaître la symptomatologie. A ces formes, on peut ajouter certaines régressions profondes, qui sont très liées à des affects spécifiques, rejoignant ainsi des fonctions archaïques de l'ontogenèse.

*Les processus de somatisation par désorganisation progressive* : il s'agit des désorganisations qui ne connaissent pas l'arrêt des mouvements contre-évolutifs qui les sous-tend. Elles se produisent

lorsque les excitations se montrent importantes et s'accumulent chez les sujets ayant une mauvaise mentalisation, donnant ainsi lieu à des affections somatiques évolutives et graves. L'absence des mécanismes régressifs (mentaux ou somatiques) et l'absence conjointe du fonctionnement du préconscient rendent compte de la dépression essentielle et la vie opératoire que l'on retrouve chez ces sujets. Cette dépression dite « *essentielle* » est une chute du tonus psychique sans contrepartie économique. Ce qui lui a valu d'être aussi appelée dépression sans objet. Ainsi, elle est dépourvue des sentiments d'autoaccusation, de culpabilité consciente, de dévalorisation ou même d'atteinte narcissique. Par ailleurs, La vie opératoire est un mode de fonctionnement factuel, concret, dépourvue de valeur libidinale. Elle est caractérisée par son lien à la réalité et la tâche concrète que celle-ci sollicite : il est question d'une réduction de la pensée face à l'importance des comportements. Le processus de désorganisation se déroule à l'inverse de celui de l'évolution, où se constituent progressivement un groupement et une hiérarchisation fonctionnels, dans le but de morceler et anarchiser ces fonctions. Ces désorganisations se présentent de manière spécifique aux individus selon leurs particularités :

- Selon la valeur des fixations évolutives, héréditaires ou personnelles de chacun, les désorganisations peuvent atteindre certaines fonctions plutôt que d'autres. On peut les considérer comme des tentatives de régressions qui échouent.
- Selon les aléas de la vie, le tonus vital des individus peut se trouver renforcé du fait de la présence d'un être cher par exemple.

La durée d'une désorganisation est plus ou moins longue et les atteintes fonctionnelles peuvent se précipiter, s'accumuler et se succéder les unes sur les autres (Marty,2001). De cette approche de Marty, il est à noter que la voie mentale constitue une voie de décharge des excitations issues des expériences au même titre que la voie comportementale et somatique.

Fain (2001), fait comprendre que le processus de mentalisation s'effectue aussi bien en état d'éveil qu'en état de sommeil. En état d'éveil, c'est la sensori-motricité qui domine en vue d'une décharge via le principe de plaisir. En état de sommeil, c'est par le désinvestissement du système sensorimoteur (à l'exception de la motricité oculaire) avec l'aide d'hallucination qui, certes, est une nouvelle voie de décharge, mais qui favorise aussi l'apport narcissique lié au sommeil (Fain, 2001). En d'autres termes, du point de vue de la psychosomatique, le décryptage du rêve suit une voie autre que celle de la recherche du contenu latent, l'accent est mis sur l'impératif de

désinvestissement de la sensori-motricité au bénéfice du développement et la restauration du soma. Il est donc question d'un usage narcissique de la libido. Lorsque la sensori-motricité domine, la réalisation du désir vise à rendre le comportement vainqueur des difficultés qu'elle rencontre, à imposer le principe de plaisir, alors qu'au cours du sommeil, elle vise également le bon fonctionnement psychosomatique. Dans la petite enfance, lorsqu'elle endort l'enfant, c'est la mère qui joue le rôle central dans le désinvestissement nécessaire, extériorisant un investissement tendre au travers duquel les excitations pouvant entraver le sommeil sont réduites. C'est donc un corps à corps qui baisse la tension sans toutefois en être une voie de décharge.

### **2.3.1.2- Debray**

Bien que proche de Marty au travers de l'école psychosomatique de Paris au départ, Debray définit la mentalisation, sur une perspective plus nuancée (Tychev et al, 2000). Il s'agit d'une capacité purement humaine qui consiste au « *travail psychique concernant la tolérance à l'angoisse intrapsychique, la dépression, les conflits intrapsychiques et interpersonnels* » (Debray, 1997, cité par Bacqué, 2014). Le développement de l'appareil psychique et cette capacité sont variables d'un individu à un autre et chez un même individu selon les événements de la vie. Il est question de la mentalisation des affects de déplaisirs et des conflits intrapsychiques, mais aussi interpersonnels (Debray cité par Tychev et col., 2000). L'intérêt porte alors, pour elle, sur la mentalisation de la dépression. En fait, l'appareil psychique doit en permanence faire face aux mouvements dépressifs et traiter le conflit et l'angoisse. Dans cette perspective, le mouvement dépressif n'équivaut pas à un état dépressif mais plutôt la sensibilité à la tristesse et la perte. La dépression essentielle est une dépression mal mentalisée, car on y note une perte des représentations de mots coupées des affects qui ne s'expriment plus que par les comportements et l'expression somatique. Or, la dépression mentalisée par sa symptomatologie mentale développée témoigne des mouvements liés à la perte d'objet, aboutissant ainsi à la récupération à la suite de l'élaboration et l'intégration du deuil. D'après Bacqué (2014), la conception de la mentalisation de Debray, se référant à la clinique projective, fait transparaître quatre aspects :

- *Le dynamisme de l'organisation psychique* : C'est la mobilité des pulsions qui est à l'origine de la relation. Leur stagnation ou leur immobilité serait caractéristique d'une morbidité croissante chez le sujet. En outre, les relations humaines sont érotisées en raison des investissements libidinaux. Le problème surviendrait lorsque ces

- investissements font face à l'angoisse, la dépression ou le désir d'absorption fusionnelle.
- *La régulation du fonctionnement psychique* : Elle se rapporte non seulement au repérage de la capacité du Moi à filtrer les excitations en cas de conflit interne ou interpersonnel et à la mise en place des mécanismes de défense.
  - *Les conjonctions explosives* : elles désignent une série de facteurs susceptibles de faire basculer l'économie psychosomatique dans une crise morbide (décompensation) à un moment donné. Elles sont la marque d'une fragilité de la mentalisation.
  - *Une richesse fantasmatique protectrice* : ce point de vue la rapproche de la conception bergérienne, celle de la mentalisation comme utilisation mentale que l'on fait de l'imaginaire.

### **2.3.1.3- Christophe Dejours et la subversion libidinale**

Dejours pense que la mentalisation revoit à un travail de pensée sur ses représentations. Ce travail est régulé par le Moi dans sa capacité de mobilisation de fantasmes et la motion pulsionnelle, ainsi que son adaptation au réel. Par ailleurs, les rapports entre mentalisation et somatisation, ainsi que le choix de l'organe touché, s'expliquent par la subversion libidinale. La théorie de la subversion libidinale stipule qu'au cours du développement, le corps biologique a à se transformer en corps érotique mobilisé dans l'agir expressif à autrui. Cette subversion est donc le processus par lequel le corps érotique se décolle du corps biologique (Dejours, 2001). Ce processus suppose une subversion des fonctions biologiques au profit de l'économie érotique. L'organe y joue un rôle intermédiaire nécessaire, car, la subversion d'une fonction passe par l'organe. C'est ce qui transparait dans les stades de développement psychosexuels de Freud. La colonisation du corps érotique sur le corps biologique a toujours un caractère inachevé. Elle dépend non seulement du génie de l'enfant, mais aussi la manière dont les parents traitent le corps de cet enfant (Dejours, 2001). Les failles du corps érotique trouvent donc leur origine dans l'enfance, plus précisément dans les relations entre enfants et parents. Il s'agit majoritairement des capacités qu'ont les parents (ou pas) à jouer avec le corps de leur enfant et les différentes fonctions de ce corps. Lorsque les parents se trouvent dans les registres dans lesquels ils ne peuvent jouer, ils réagissent par la violence en laissant des traces durables sur le corps de l'enfant, celles-ci prennent la forme de privations d'usage partielles spécifique à la mobilité du corps au service de l'agir expressif. En réalité, les impasses de relation aux parents dans les jeux prennent la forme d'échec

de subversion libidinale de certaines fonctions corporelles qui restent sur le primat psychologique. Il s'agit là, selon Dejours, de la forclusion de la fonction qui expliquerait le choix électif de la décompensation somatique. La décompensation survient lorsque, dans les relations intersubjectives, l'autre viendrait solliciter chez le sujet quelque chose qui l'obligerait à mobiliser la fonction forclosée. Il en résulte, chez le sujet confronté à son impuissance, une certaine rigidité, frigidité, ou sa paralysie.

Les apports de cette école nous permettent d'appréhender la mentalisation comme un processus intrapsychique qui permettrait au sujet de maîtriser les excitations issues des réalités internes et externes. Elle s'opère aussi bien de jour comme de nuit. Sa qualité est déterminante dans l'équilibre des interactions entre le physique et le psychique. Toutefois, ce point de vue semble moins tenir compte des aspects neurophysiologiques et comportementaux impliqués dans ce processus.

### **2.3.2- Perspectives anglo-saxonnes**

Ces approches sont dominantes sur le plan international au cours des dernières années. La mentalisation y est définie dans une perspective plus consciente à cause de l'incapacité de ces approches à tenir compte des faits inconscients en général, et de la rêverie en particulier (Bacqué, 2014). Les points de vue les plus prisés sont ceux de Fonagy et ses collaborateurs. Ils ont donné lieu au développement des thérapies basées sur la mentalisation (TBM). Ces thérapies visent à augmenter les capacités de mentalisation afin d'améliorer la régulation des affects et les relations interpersonnelles des patients limite (Bacqué, op cit). Deux tendances peuvent être distinguées : celles qui abordent la mentalisation de manière globale et les nouvelles tendances qui l'abordent de manière plus spécifique en rapport à une réalité clinique.

#### **2.3.2.1- Appréhension globale de la mentalisation**

Cette tendance envisage la mentalisation comme une habileté relative aux individus et leur permettant de se comprendre et comprendre leurs relations en termes d'états mentaux. Ces états mentaux représentent les attitudes personnelles relatives à l'expérience subjective activée dans un contexte spécifique, celui du « ici et maintenant » (Fonagy et *al.*, cités par Berthelot et *al.*, 2013). En fait, Certaines situations ont le potentiel d'activer les régions spécifiques du cerveau et engendrer une réponse physiologique. Ces états mentaux sont les sentiments, désirs, pensées, intentions ou croyances. On peut ainsi dire que la mentalisation renvoie à « *l'habileté d'un individu*

à comprendre les émotions, désirs, sentiments, pensées ou intentions qui sous-tendent ses propres réactions et comportements ainsi que ceux des autres » (Fonagy & Target, 2002, cités par Maheux & al., 2016). Elle permet ainsi de donner un sens à notre expérience interne et au monde qui l'entoure. Dans ce sens, elle permet d'inférer le vécu subjectif qui sous-tend les comportements. Ce qui permet de dire qu'elle permet de considérer plusieurs paramètres déterminants ses propres réactions, actions, réactions probables, ainsi que celles des autres et de construire des modèles expliquant pourquoi lui et l'autre pensent, ressentent et agissent comme ils le font (Fonagy, 2008). En d'autres termes, elle réfère donc à des processus imaginatifs, plus qu'elle permet d'inférer les causes psychologiques aux comportements, par le biais d'inférences au sujet des états mentaux sous-jacents (Debbané et al., 2016). Ce qui rend l'expérience compréhensible et moins menaçante pour le sujet, permettant ainsi la régulation émotionnelle (Beaulieu-Pelletier & Phillippe, 2016).

La capacité à mentaliser, d'après cette approche, se développe majoritairement au cours des interactions primaires dans la petite enfance, plus particulièrement les relations d'attachement (Fonagy & al., 2002, cités par Debbané & al., 2016). La mère y joue un rôle central dans sa capacité à signifier et communiquer les éprouvés du nourrisson lorsque celui-ci les véhicule par les signaux corporels et vocaux. Ce qui aide les nourrissons à se représenter eux-mêmes et se différencier d'autrui. La communication maternelle agit alors comme un miroir, car, par le biais des signaux divers qu'elle émet, renvoie au nourrisson une représentation de ses éprouvés. L'enfant comprend ainsi que la mère communique à son sujet et non pas d'elle-même. Cette ébauche de la différenciation soi-autrui est primordiale au développement d'une bonne capacité de mentalisation. On peut ainsi dire que l'attachement sécure offre au nourrisson diverses façons de moduler ses émotions et leur impact sur autrui.

La mentalisation est donc un concept à la fois intégratif et multidimensionnel, plus qu'il prend forme dans divers processus. Fonagy & Luyten (2009) ont proposé une réorganisation de la mentalisation en quatre axes bipolaires :

- *L'axe cognitif-affectif* : il regroupe les processus liés au traitement de l'information en rapport aux croyances et désirs (pôle cognitif) ou le domaine émotionnel (pôle affectif) ;
- *L'axe automatique-contrôlé* : il porte sur la nature des processus en jeu, s'ils sont davantage rapides et non explicites (pôle automatique) ou lents et plus explicites (pôle contrôlé) ;

- *L'axe interne ou externe* : il fait appel aux types de contenus sur lesquels un effort de mentalisation s'élabore. On y distingue les contenus invisibles qui portent sur les réalités intérieures du sujet (pôle interne) contre les éléments perceptibles et mesurables comme l'expression faciale, le ton de la voix par exemple (pôle externe) ;
- *L'axe soi-autre* : il désigne le degré de différenciation de soi, mais également de l'objet de mentalisation (au sujet de soi et au sujet d'autrui).

Selon Mercier et Paillard (2014), ces axes de la mentalisation impliquent des réseaux neuronaux précis.

*L'axe implicite automatique/explicité contrôlé* met en exergue : pour le pôle implicite, les tissus neuronaux en lien avec les cognitions sociales automatiques implicites anciennes du point de vue phylogénétique et qui reposent sur l'information sensorielle (amygdale, noyaux gris centraux, cortex préfrontal ventro-médian, cortex temporal latéral, cortex cingulaire dorsal antérieur) ; pour le pôle explicite, les circuits du cerveau plus récents et spécialisés dans le traitement du matériel linguistique et symbolique (cortex préfrontal latéral, cortex préfrontal médian, cortex pariétal latéral, cortex pariétal médian, lobe temporal médian, cortex cingulaire antérieur rostral).

*L'axe intérieur/extérieur* implique respectivement les réseaux fronto-pariétal médian et fronto-temporal latéral.

*L'axe cognitif/affectif*, quant à lui, sollicite deux systèmes neurologiques, à savoir celui responsable de la capacité à attribuer un sens : TOMM (theory mind mechanism) localisé dans le cortex préfrontal, et celui permettant de comprendre l'affect à l'intérieur du sujet ou du self : TESS (empathizing system) situé dans le gyrus préfrontal inférieur.

*L'axe soi-autre*, lui, implique deux systèmes soutenus par une même structure neuronale. Il s'agit du système miroir imitatif fronto-pariétal qui permet d'avoir une compréhension de l'expérience de l'autre de manière intuitive ou immédiate. Il génère des réponses involontaires qui imitent le ressenti de l'autre. Un autre système s'active pour inhiber les réponses du sujet précédent et éviter la confusion entre soi et l'autre lorsque nous faisons du jugement sur nous-même et sur les autres. Il intègre cortex préfrontal, cortex cingulaire antérieur, jonction tempo-

pariétale et précuneus. Ce second système inhibe le premier, œuvrant ainsi à la construction de l'identité du sujet.

De manière globale, sur le plan neurologique, La mentalisation est une fonction du cortex préfrontal. Elle permet d'établir des liens entre l'hémisphère cérébral droit et l'hémisphère cérébral gauche. Lorsque sont nommées les émotions, on note une diminution de l'activité de l'amygdale corrélée à l'augmentation de l'activité du cortex préfrontal. La mentalisation permet donc ainsi, une réévaluation cognitive quitte à changer les perceptions conscientes des émotions. Dans les systèmes neuronaux du cortex préfrontal orbito-médian, le côté droit aurait la capacité à décoder les états mentaux des autres en fonction des indices observables, alors que le côté gauche jouerait un rôle dans la capacité à raisonner à propos de ces états mentaux (Mercier & Paillard, 2014).

Beaulieu-Pelletier et Phillippe (2016) proposent une description clinique des états mentaux en fonction de deux processus qui en déterminent la qualité. Ces processus sont :

- *Un processus d'élaboration mentale* sur la base des registres plus ou moins élaborées des représentations mentales sensibles aux indices activés provenant du corps et l'environnement.
- *Un processus de modulation du degré d'ouverture consciente au contenu des représentations activées*

Dans le premier processus, la situation vécue active les réseaux de représentations spécifiques en mémoire, ainsi que leurs composantes affectives afin d'organiser et élaborer l'activation somatique brute. Ces réseaux de représentations diffèrent dans leur niveau d'élaboration selon que l'individu a un grand nombre de représentations mentales et affectives pour lier l'expérience subjective, dans le contexte du ici et maintenant, et ainsi lui donner sens, où plusieurs interprétations alternatives sont disponibles et les affects mieux régulés. Alors que le second processus, quant à lui, module le degré d'ouverture consciente à l'expérience activée. Il est dépendant des mécanismes de défenses et les stratégies de régulations émotionnelles plus ou moins matures et adaptatives utilisés contre les représentations particulièrement menaçantes.

Ces deux processus donnent lieu à six types d'états mentaux permettant de nuancer le niveau de défenses, notamment :

- *Pensée concrète (CONC)* : Elle correspond à un déficit important de représentation et d'élaboration mentale. Elle implique un manque d'intérêt pour les expériences émotionnelles et une faible prise de conscience de ses propres contenus mentaux. Le sujet a donc une difficulté à comprendre l'expérience subjective de l'autre.
- *Défensif de bas niveau (DB)* : elle se caractérise par les mécanismes de défenses immatures (clivage, agir, dévaluation) pour se défendre des représentations à tonalités affectives négatives élevées (difficilement tolérées) bien qu'une certaine élaboration y soit possible. Un débordement émotionnel y est repérable.
- *Défensif de niveau intermédiaire (DI)* : on y retrouve l'usage des stratégies défensives intermédiaires (déli, minimisation, désaveu, suppression émotionnelle) qui inhibent, bloquent ou créent des distorsions de contenus des représentations entraînant une faible élaboration mentale. On note une certaine fermeture à l'expérience.
- *Objectif rationnel (OBR)* : le sujet se focalise sur les faits objectifs et observables, négligeant les aspects émotionnels bien que les représentations associées soient quelque peu reconnues et élaborées. Cette attitude traduit aussi une fermeture à l'expérience.
- *Défensif de haut niveau (DH)* : cet état implique l'élaboration et l'ouverture à l'expérience dans un premier temps, ensuite une utilisation des mécanismes de défenses plus matures (formation réactionnelle, altruisme, déplacement, intellectualisation) et des stratégies de régulation émotionnelle adaptatives (réévaluation cognitive positive d'une expérience difficile ou happy ending)
- *Pensée réflexive (REF)* : implique l'élaboration, la reconnaissance, et la tolérance de son expérience subjective entière et celle des autres. Elle permet une ouverture optimale à l'expérience.

Les états mentaux de bas niveau (CONC, DB, DI) ont été associés à un éventail de faits négatifs non adaptatifs. De manière plus précise, l'état mental DB est associé à plusieurs symptômes psychologiques et physiques et aux traits de caractère limites. CONC est lié à la suppression émotionnelle, déni, désintérêt, moins d'empathie et de réflexion sur soi. Les états mentaux de haut niveau (DH, REF) sont associés à la présence attentive, l'empathie, la satisfaction de vie, une bonne régulation émotionnelle, ainsi qu'une tristesse adaptative. L'état mental OBR quant à lui est

lié aux symptômes de réévaluation cognitive, de suppression émotionnelle, de déni de la tristesse, moins de symptômes physiques et moins d'empathie. Ce dernier se situe entre les deux tendances évoquées plus tôt.

### **2.3.2.2- Nouvelles perspectives québécoises sur la mentalisation**

Lecours (2016) aborde la mentalisation sous un angle particulier, il s'inspire des travaux qui mettent l'accent sur la transformation des expériences pulsionnelles et émotionnelles arrimées au soma en processus mentaux. Il propose ainsi un modèle de mentalisation de la souffrance. Ce modèle propose que les caractéristiques formelles des niveaux de mentalisation soient produites par les propriétés des systèmes de représentations qui interagissent pour façonner le corps d'une réponse émotionnelle.

Notons que la mentalisation participe à la régulation de la vie émotionnelle, introduisant une distance symbolique entre l'expérience incarnée de l'émotion dans l'optique de la rendre plus tolérable et plus apte à être élaborée sur le plan cognitif et métaconscient. Ce qui permet de penser qu'une émotion mal mentalisée conserve un lien étroit avec le corps dans sa tendance à l'action, comme si celle-ci devait être exprimée de toute urgence. On peut donc considérer que les composantes émotionnelles de la souffrance peuvent être plus ou moins bien mentalisées. La tristesse peut s'exprimer de manière très variable selon les individus en clinique. Il convient de noter trois niveaux de mentalisation de la souffrance : détresse psychologique, tristesse adaptative et agonie. *La détresse* est une expérience émotionnelle trop intense, trop vraie, sans recul symbolique. Elle implique des réponses urgentes, car mal tolérée, elle conduit à des actions autocalmantes, agitation impuissante, appels à l'aide répétés dont le but est de s'en débarrasser. Sa régulation émotionnelle passe par le recours à l'autre qui joue le rôle de contenant. Cet autre peut aussi être un objet (exemple : addiction). Elle naitrait selon Bion d'une incapacité de la mère dans la première enfance à répondre à la projection émotionnelle des peurs de l'enfant de manière adaptée, ce qui produit chez ce dernier une peur sans nom. *La tristesse adaptative* quant à elle est considérée comme une réaction à la perte qui facilite son intégration. Elle est une détresse enrobée de représentations favorables à la symbolisation. En d'autres termes, il s'agit d'une détresse bien mentalisée. Le terme « adaptative » qui est associé à la tristesse permet de la distinguer de la dépression qui est non adaptative. La tristesse adaptative favorise le travail

du deuil. Elle est une souffrance tolérée, identifiable, contenable, manipulable mentalement, donc symbolisée. *L'agonie*, elle, est difficilement détectable. Elle est une souffrance intolérable qui n'est pas directement représentée. Elle n'est perçue que par ses effets. Elle pourrait être la souffrance correspondant à la perception d'endommagement du contenant psychique qui est débordé par une effraction traumatique. Une perception qui se veut non représentée et non représentable. La phénoménologie de l'agonie est donc inférée à partir d'indices comme la symptomatologie et les manifestations défensives. Subjectivement, ce sont les manifestations négatives qui sont dominantes : clivage, dissociation, pensée opératoire, la dépression essentielle, ainsi que le retour du clivé/dissocié à travers les agirs, manifestations somatiques, psychotiques et post traumatiques (Lecours, 2016). Ce modèle permet d'appréhender la capacité de mentalisation non plus de manière globale, mais relative à une réalité psychologique (les émotions).

Maheux et al, (2016) ont proposé une description des capacités de mentalisation spécifiques au trauma en termes de fonctionnement réflexif. En s'appuyant sur les observations des victimes d'agression sexuelle dans l'enfance (ASE), ils pensent que le fonctionnement réflexif spécifique au trauma (FR-T) est la capacité de se représenter les impacts qu'ont pu avoir les expériences porteuses de traumatisme sur soi et les autres sur les plans psychologique et relationnel, ainsi que l'expérience en cause sans la nier, minimiser ou s'en blâmer. Quatre niveaux de mentalisation spécifique au trauma, allant d'échec de mentalisation à mentalisation efficiente, sont distingués :

- *Echec de mentalisation –FR-T absent ou négatif* : on note une incapacité complète à identifier et décrire non seulement ses états mentaux, mais aussi pour les autres, comme si la situation était complètement rejetée sur le plan émotionnel et motivationnel. Trois formes ont pu être identifiées. La première porte sur les explications bizarres et incohérentes. Ce sont des explications qui défient le commun et qui sont pleines d'étrangéités et irrégularités lorsque est abordé l'expérience abusive. La seconde et la dernière se trouvent conjointement chez le même sujet, car, elles sont nourries par les sentiments de colère et de rage. Il s'agit de la rage incontrôlée envers l'agresseur et l'excitation à parler de comportement maltraitant. On observe successivement les sentiments d'hostilité et de rage empêchant le sujet de réfléchir ou explorer son monde

interne parce que non reconnus par la victime d'une part, et d'autre part lorsque la victime s'identifie inconsciemment à l'agresseur par la mise en acte (dans ses paroles, gestes ou fantaisies) de comportements agressifs ou abusifs et en tire un plaisir apparent.

- *Echec de mentalisation* –FR-T faible : traduit des tentatives à considérer la réflexion intérieure même si elles ne sont pas appropriées à la situation, d'où l'échec de mentalisation. On note un évitement d'émotions douloureuses ou confrontantes, notamment les affects et cognitions reliées au trauma comme le sentiment de vulnérabilité. On en distingue une forme de manifestation, c'est la négation du sentiment de vulnérabilité. Le sujet fait abstraction de ses vulnérabilités dans les contextes abusifs. Son langage semble réflexif, car, il décrit les états, affects et pensées sous-jacentes aux comportements. Par contre, il fait abstraction de ses états de vulnérabilité qu'il attribue aux autres et pas à lui-même.
- *Amorce de la mentalisation* –FR-T modéré : cet état décline une mentalisation rudimentaire. En d'autres termes, les états mentaux relatifs au trauma sont présents dans le discours, mais sont peu élaborés et peu complexes. Le sujet conscient de l'impact du trauma sur ses états mentaux est incapable de décrire cette dynamique de façon claire et élaborée. Quatre manifestations sont alors distinguées. La première consiste en l'identification d'états mentaux dans un contexte de maltraitance et reconnaissance de l'influence de la maltraitance sur les états mentaux. Les sujets identifient adéquatement les sentiments, pensées et émotions sous-jacentes au trauma, ce qui est particulièrement difficile pour les victimes d'ASE, car il s'agit des contenus hautement troublants et chargés affectivement. Ce qui implique la reconnaissance du vécu d'un évènement traumatique par le sujet et que celui-ci a impacté sur ses pensées, émotions et monde interne, surtout que cet impact peut être déterminant dans ses comportements, réactions et perceptions. La seconde concerne la reconnaissance du recours aux stratégies défensives. Il s'agit, pour le sujet, de noter des réactions surprenantes et incohérentes dont il peut reconnaître le caractère défensif dans le but de mieux comprendre et identifier leur impact sur soi et les autres. La troisième se rapporte à la prise de perspective par rapport aux comportements de maltraitance. Le sujet fait preuve de curiosité et recherche de manière active des causes de l'évènement traumatique vécu et émotions y étant rattachées

- *La mentalisation efficiente* –FR-T bon ou supérieur : elle se décline par une compréhension élaborée des états mentaux sous-jacents aux comportements et des dynamiques complexes qui régissent le monde interne des individus et celui des autres à l’abord du sujet traumatique. Trois manifestations sont relevées : l’une est la prise de conscience articulée de l’impact de la maltraitance sur la dynamique familiale qui tient au fait que le sujet peut considérer les états mentaux des autres, ce qui n’est pas facile si ceux-ci sont touchés par l’évènement ou s’il s’agit des figures d’attachement. L’autre est la réflexion complexe de l’impact de l’ASE sur soi. Elle concerne la prise de conscience de l’impact trauma de l’ASE sur le développement et que le développement peut influencer leur façon de percevoir certains phénomènes. La dernière concerne la réflexion complexe sur l’impact de l’ASE sur soi. Il s’agit de la reconnaissance de l’impact de l’ASE sur l’adulte actuel et ses conduites.

Les perspectives anglo-saxonnes, tout comme celles de l’école psychosomatique de paris, prennent en compte le volet psychodynamique du processus de mentalisation. Cependant, alors que l’approche psychosomatique de paris accorde la primauté aux réalités intrapsychiques et les interactions psychisme/soma, les perspectives anglo-saxonnes vont au-delà en apportant une description des réalités psychophysiologiques et cognitives impliquées dans ledit processus. Ce qui transparait, c’est surtout le fait que ces approches semblent quelque peu limitées pour rendre pleinement compte des faits dits de mentalisation dans un contexte Africain, contexte où la réalité culturelle occupe une place de choix. Ainsi, il est alors judicieux de se demander, quels sont les éléments pouvant permettre une saisie africaine de la mentalisation ?

### **2.3.3- Approche africaine**

De manière précise, il n’existe pas de théories africaines sur le processus de mentalisation, mais des éléments permettant une saisie plus adaptée dudit concept en Afrique. Cette appréhension de la mentalisation en Afrique noire met l’accent sur la culture. Il est donc question de présenter les éléments qui contribuent à une saisie plus africaine de ce concept, ainsi qu’à l’explication des faits dits de somatisation. A cet effet, nous nous attardons sur les travaux de Mayi (2017) et Sow (1977).

### 2.3.3.1- Mayi (2017)

Mayi (2017) pense la psychopathologie africaine d'une manière particulière. Dans ses travaux, la mentalisation se présente comme un processus psychodynamique qui vise à atténuer l'impact des automatismes psychologique et psychobiologique sur le sujet, les réorienter en vue d'une réponse adaptée et des perspectives plus favorables pour le sujet et sa communauté. Cette approche de la mentalisation le situe dans une perspective adlérienne de l'épanouissement du sujet en rapport avec sa communauté. Ce qui permet d'aborder de plus en plus les faits de mentalisation comme impliquant la communauté et la culture.

Ce point de vue intègre plusieurs variables qu'il convient de comprendre, et ainsi les distinguer.

*Les processus de pensée* dont les composantes sont : représentation et pensée. Dans ce sens, Une représentation est un substitut mental utilisé en lieu et place de la chose elle-même. La pensée, quant à elle, est constituée de l'imaginaire et la symbolisation. Ce qui permet de dire que c'est l'imagination créatrice qui rend compte de l'élaboration des représentations en lieu et place des objets réels, permettant ainsi au sujet de voir les choses telles qu'il voudrait qu'elles soient et non comme elles sont réellement. Par ailleurs, la symbolisation lie les représentations entre elles dans le but de donner un sens aux expériences du sujet.

*L'affectivité* dont les composantes sont : les affects, l'anxiété et l'angoisse. En fait, il existe les affects narcissiques réactionnels dans le Moi, consistant en l'expression de colère et des ressentiments et les affects appétitifs objectaux dans le ça et le corps, consistant en expressions de honte, angoisse génitale, haine du rival. Quant à l'anxiété, elle n'est pas liée à un objet comme la peur, bien que l'on distingue l'anxiété état en situation et l'anxiété trait en permanence. L'angoisse est un concept Freudien développé progressivement. De ce fait, plusieurs sens ont pu lui être attribués. Soit celui d'une pulsion ne pouvant atteindre son but et générant ainsi de l'angoisse, soit celui lié à la perception d'un danger externe (angoisse réelle), ou même encore la perception de danger de type névrotique (angoisse névrotique).

*Le corps propre* est vu sous un angle particulier. C'est un événement psychologique et narcissique majeur du point de vue de la métapsychologie. Il implique les réponses attitudinales et comportementales en accord avec la conduite du sujet. Ce voudrait dire que c'est le *corps* qui est mobilisé dans l'agir expressif, et qui n'engage pas les médiations intellectuelles sur les plans

affectifs, cognitifs et conatifs. Il s'agit du corps qui peut se décompenser, c'est ce corps qui est mobilisé dans l'agir de l'ordre érotique.

Plusieurs éléments du point de vue culturel permettent de saisir la mentalisation sous une perspective plus nuancée que celle du dualisme corps-âme dans la conception africaine. Ces éléments sont, chez les kamyt, chez les éléments de saisie du composé humain, de la structure écologique de base de l'univers et la place du corps et de la corporéité en Afrique noire.

En Afrique, on appréhende le composé humain sur la base de trois instances. Celles-ci sont respectivement elles-mêmes et toutes les autres. Ce composé humain est « ba », « sad », « ka », renvoyant respectivement au « *souffle* », « *corporalité* », et « *personnalité vitale* ». Le « ba » est le sang et le souffle. Lié à la généalogie, c'est l'énergie de vie permettant la lecture du sujet comme personne. Il renvoie au « *soi* », « *Moi* » de la psychanalyse et ce qu'ils tolèrent, c'est-à-dire le préconscient. Le « *sad* » c'est le soma et le corps éthérique avec ses dimensions énergétiques. Du point de vue de la psychanalyse, il correspondrait au « ça » et l'inconscient. Le « ka », lui, c'est la personnalité dans ses dimensions intellectuelles et affectives. C'est l'énergie de vie permettant de lire le sujet à l'image du verbe, du logos. Il équivaut au Surmoi et à la conscience en psychanalyse. En d'autres termes, l'Homme n'est pas considéré comme dualité opposant corps et âme. Cependant, il est plutôt admis que le psychisme, la conscience et la pensée ont quelque chose de corporel (Mayi,2017).

L'écologie de base de l'univers permet de distinguer le « *microcosmos* », le « *mésocosmos* », et le « *macrocosmos* ». Le premier est le monde usuel, le monde qu'on appréhende à partir des sens, le monde observable par les instruments. Il s'agit du monde d'en bas, la terre. Le second, ou monde d'en haut, est le monde peuplé des contenus d'imaginaire social. C'est le monde des esprits, des défunts, des ancêtres, des divinités, des animaux et végétaux totémiques. Le troisième est plus vaste, il englobe les deux premiers. On l'identifie à la force, à l'être. Ces éléments rendent compte des interactions qui existent entre les êtres de l'au-delà et les habitants du monde usuel.

Les axes fondateurs de la personnalité sont : l'axe vertical qui situe le sujet dans les continuités ethniques, familiales, l'axe horizontal qui reflète l'innervation du sujet dans son milieu socioculturel, l'axe ontogénique qui renvoie à l'idiosyncrasie du sujet. Ces éléments permettent de saisir la conscience et l'inconscient du sujet sur trois niveaux repérables par les chainons

généalogiques : la conscience et l'inconscient personnel, la conscience et l'inconscient familial, la conscience et l'inconscient ethnique (Mayi, 2017).

Dans l'époque antique, au travers des mythes d'Horus et Seth, les spécialistes des sciences de l'Homme abordaient la problématique des deux types de semences ou conduites responsables de certains comportements humains. La semence d'*Horus* : elle appartient au front et c'est par celui-ci que le savant antique reconnaît l'intelligence et la sagesse d'une personne, ainsi lorsque celle-ci est barbare et archaïque. Le front « ha\_t » correspond topiquement à la parole et aux processus de pensées par lesquels on peut dire le sort. La semence de Seth, elle, rappelle l'animalité que l'humain tient des marais. Elle traduit un déficit ou une absence de mentalisation. Il est question de l'animalité totémique des marécages dont le nom « ha\_t » situe topiquement au niveau du ventre en tant que porteur des pulsions, instincts, non régi par les principes de civilité. L'opposition de ces deux tendances par les traditionalistes depuis l'antiquité est preuve de l'ancienneté des faits de mentalisation en Afrique (Mayi, 2017).

Dans ces analyses, le corps revêt une importance capitale en Afrique en tant qu'il est porteur de langage, impliqué dans la médiation sociale et les thérapies traditionnelles africaines. Ce corps est une réalité dans toutes les langues africaines et les mots pour le dire sont légion. Son importance lui confère des rôles variés. C'est pourquoi, celui-ci est appréhendé comme un langage et un porteur de langage. En fait, il est un objet de communication et de médicalisation en milieu traditionnel africain. Ce qui permet d'identifier, par des signes distinctifs, des individus appartenant à certaines communautés. C'est le cas de certaines ethnies du Cameroun dont les membres arborent en signes corporels des indications relatives à leurs positions sociales ou leurs statuts matrimoniaux. Les manipulations du corps sont multiples chez les kamyt. Elles sont liées à une certaine image du corps par sexe selon les cultures. Chaque culture, partant de ses propres représentations sur l'anatomie humaine, marque de son empreinte le corps, le transformant en une certaine mémoire sociale. Ce qui lui confère un facteur de discrimination entre individus. Cela suppose alors, qu'au-delà de l'arsenal biologique qu'il représente, il est aussi une structure symbolique permettant de rallier les formes culturelles les plus larges. Il apparaît ainsi comme un phénomène social et culturel, matière et symbole, bref un objet de signification. Le corps donc un signe de vie et une expression du rapport à l'environnement et aux autres.

Il devient évident que le corps et le registre corporel occupent une place centrale en thérapies traditionnelles africaines. Ils sont les médiateurs des pratiques liées à la cure. Lors des cures, on peut effectuer un blindage sur le corps du patient dans le but de protéger toute l'organisation de sa personnalité. Dans ce cas, le sujet est protégé au travers des barrières corporelles. On peut donc renforcer ou affaiblir l'énergie du corps en agissant sur celui-ci. Ce qui implique un contrôle des pulsions de morts susceptibles d'investir le corps propre du sujet (Mayi, 2017). Ces pratiques corporelles impliquent un certain contact.

Au regard de ces connaissances, les somatisations en Afrique noire ne correspondent pas toujours aux réalités de type occidentales de causalité corps/esprit ainsi que leurs interactions de manière générale, ou à des déficits de mentalisation de manière spécifique. En Afrique noire, l'Homme est appelé à être trois instances (« *ba* », « *sad* », « *ka* ») et à fonctionner tel qu'il est attendu qu'il fonctionne (Mayi, 2017).

### **2.3.3.2- Sow (1977)**

C'est en 1977, dans *Psychiatrie dynamique africaine*, que Sow dévoile majoritairement son point de vue sur sa théorie du relativisme culturel. Il envisage alors une conception triptyque de l'individu en Afrique noire. Le sujet y est envisagé comme une totalité ordonnée et constituée par une triple relation polaire. Cette relation s'articule autour de trois axes :

- *Verticalement* : dimension phylogénétique (par rapport à l'être Ancestral), c'est le pôle majeur, sur lui repose tout le reste.
- *Horizontalement* : c'est la dimension socioculturelle, par rapport au système des alliances et à la communauté élargie.
- *Ontogénétiquement* : dimension de l'existant, par rapport à son individualité, étroitement liée à son lignage et à la famille restreinte.

Ces pôles ou éléments de la personne-personnalité situent respectivement l'individu dans son être, son identité et son existence. Le sujet ou « *Ego* » pouvant ainsi se retrouver coupé du phylum génétique qui l'articule à la verticalité, coupé des signifiants culturels et alliances actuelles (identité) qui l'articule à l'horizontalité, ou coupé de son Soi (existence) en rapport avec sa famille restreinte et son lignage. En fait, chaque axe présente donc son type d'agresseur et ses modes spécifiques d'agression, ainsi que des formes cliniques qui lui sont associées en cas de rupture de

lien. Toutefois, ces formes cliniques ne sont pas figées sur un axe spécifique, car, le sujet peut présenter, en cas de rupture avec un axe, les symptômes attribués à la rupture d'un autre.

Notons que le sujet est en correspondance avec les pôles constituants par le biais de la structure intime qui le constitue (Sow, 1977). Ce qui permet de dire que, le sujet est constitué du corps ou enveloppe corporelle, les principes vitaux (principe biophysique et principe vie), et le principe spirituel. Leurs appellations peuvent varier selon les aires culturelles. On reconnaît généralement que le corps est périssable, et que le principe spirituel est impérissable. Le principe spirituel quitte le corps pendant le sommeil hypnotique normal ou lorsque le corps périt pour rejoindre l'ancêtre et les êtres du mésocosmos. C'est donc sa séparation définitive de l'enveloppe corporelle qui est donc la conséquence de la mort. En ce qui concerne les principes vitaux qui animent le corps, l'un contrôle la physiologie du vivant, commun à l'animal et à l'homme, et l'autre principe (principe de vie) est propre à l'homme, c'est lui qui est à la base de la vie psychique au sens large du terme. Ils sont également périssables. On peut donc distinguer les correspondances suivantes :

- *Le Corps et le système végétatif* : en relation étroite avec le pôle communautaire (pôle horizontal). Le conflit se manifeste par les actes de fétichage-maraboutage ou l'empoisonnement du corps par la magie noire. Les troubles morbides qui en résultent sont les maladies organiques qui menacent le principe vital tout entier (principe vital physiologique et principe vie).
- *Le principe vital* : en relation étroite avec la famille restreinte. Le conflit s'y manifeste par la sorcellerie africaine proprement dite, connue pour être une affaire de lignage, de famille en raison de la circulation, la distribution et l'échange du potentiel humain vital. On y retrouve des troubles variés allant de la maladie organique aux troubles psychopathologiques, soit l'angoisse, soit la névrose, soit une désorganisation lente et progressive.
- *Le principe spirituel* : en relation étroite avec l'ancêtre (le pôle vertical) qui est le seul à avoir accès au principe spirituel de chacun. Les troubles issus d'une rupture de ce pôle englobent ceux présents dans les principes cités récemment, ainsi qu'au sens africain, la folie la plus grave parce qu'ils comprennent le désordre le plus intime dans l'être de l'existant.

Dans la pensée traditionnelle africaine, on ne peut parler des principaux éléments constitutifs de la personne-personnalité sans toutefois les situer dans les principaux axes constitutifs issus des trois pôles fondamentaux et leurs effets sur la personne. C'est pourquoi il est admis que la stabilité et la bonne qualité des liens avec ces axes est à l'origine d'une vie mentale stable et sereine (Sow, 1977). Au niveau des vécus de conscience de l'individualité, les différentes dimensions constituantes décrite de l'identité de soi, se manifeste selon l'axe considéré comme suit :

- *Sur l'axe vertical* : les sentiments de plénitude d'être, de profonde assise et de continuité ontogénétique : c'est l'axe spirituel de la personne-personnalité.
- *Sur l'axe horizontal* : les sentiments de coexistence avec les principaux signifiants, valeurs, symboles, culturels, fondé sur le signifié ancestral.
- *Sur l'axe existentiel* : sentiment de plénitude d'exister pour soi dans la totale sécurité de la famille africaine, dans la solidarité, une appartenance bio-lignagère dans laquelle la relation de chacun a un sens.

Cette théorie de Sow permet de comprendre que la mentalisation en Afrique noire peut être fonction des interactions entre le sujet ego et les axes qui le constituent, Plus que c'est une relation harmonieuse entre la personne-personnalité et ces pôles constituants qui lui procure une certaine stabilité à la fois psychique et physique. Lorsque les interactions entre la personne-personnalité et ses axes constituants sont bonnes, celui-ci se retrouve dans un état de bien-être à la fois psychique et physiologique auquel on peut inférer une incidence positive sur les fonctions mentales, alors qu'à l'inverse, l'individu est en trouble à la fois mentalement, mais aussi physiquement. Ce triptyque polaire représente des réalités de cultures qui transcendent le sujet singulier. Elles ne constituent, en aucune manière, ni un fantasme individuel, ni un projet délibéré de défense développé par un individu singulier. La perspective africaine met alors un accent particulier sur le rôle central de la culture dans la qualité des processus psychiques et physiologiques. Se référant à cette approche de Sow (1977), le symptôme psychosomatique pourrait trouver une valeur symbolique dans la rupture du lien avec un pôle constituant de la personnalité Dans cette perspective, les désordres somatiques de la psychosomatique ne sont pas toujours liés à des déficits de mentalisation proprement dite, mais surtout à la rupture de lien entre l'individu et une ou plusieurs de ses dimensions constituantes en Afrique.

En somme, cette section nous a été utile dans le but de mieux cerner ce qu'est la mentalisation et comment ce processus pourrait nous permettre d'analyser à la fois les faits normaux et pathologiques. En fait, il est question d'un processus psychologique et dynamique permettant à l'individu de s'adapter aux évènements de la vie de manière non-archaïque en favorisant des rapports harmonieux à soi-même et aux autres. Cette analyse théorique fait transparaître trois aspects de la mentalisation. Le premier est celui des modes de mentalisation, ceux-ci sont mis en évidence par la flexibilité de ce processus comme l'indiquent Marty (1991 ; 2001) et Fain (2001). De ces auteurs, nous comprenons que le processus de mentalisation est variable d'un individu à l'autre, de jour comme de nuit, chez un même individu en fonction des évènements de vie. Le second est celui des stratégies de mentalisation, celles-ci sont mises en évidence par les approches de ce processus et leur réussite comme l'indiquent les travaux de Marty (1991), Beaulieu-Pelletier et Phillippe (2016). De ces auteurs, il ressort que la tolérance au trauma est fonction du processus d'élaboration mentale qui permet d'élaborer l'excitation somatique brute et la modulation du degré d'ouverture consciente à l'expérience qui détermine la nature des mécanismes de défense en jeu. Le troisième aspect est celui du travail de mentalisation, celui-ci est mis en évidence par les travaux de Fonagy et Target (2002) ; Fonagy (2008) ; Fonagy et Luyten (2009). De ces travaux, il ressort que la mentalisation est un processus permettant de réguler les émotions, les rapports à l'autre et de construire des modèles explicatifs. Ces aspects illustrés précédemment sont utilisés dans la description de la mentalisation en tant que variable de ce travail.

Toutefois, cette section ne permet pas suffisamment de comprendre le rapport entre la mentalisation et le TSPT, encore moins son rapport aux abus sexuels. Pour ce faire, il est nécessaire d'articuler notre réflexion autour de la problématique des traumatismes psychiques consécutifs aux abus sexuels en contexte camerounais.

## **CHAPITRE 3 : ABUS SEXUELS ET PROBLEMATIQUE DES TRAUMATISMES PSYCHIQUES**

Le présent chapitre met l'accent sur la compréhension des abus sexuels, leurs spécificités en contexte culturel camerounais, et la problématique des traumatismes psychiques.

### **3.1- APPROCHES EN DEFINITION**

Dans cette partie, il est question de mettre en lumière quelques perspectives définitionnelles globales et spécifiques. Nous y présentons succinctement les points de vue de l'OMS, la psychologie et la gynécologie.

#### **3.1.1- Perspectives OMS (2012) sur l'Abus sexuel et la violence sexuelle**

La violence sexuelle désigne :

Tout acte sexuel, toute tentative d'obtention d'un acte sexuel, tout commentaire à connotation sexuelle, toute avance sexuelle ou tout trafic ou toute exploitation sexuelle à des fins commerciales par usage de la contrainte, de la menace, de la surprise ou de la force physique, exercées par une personne sans tenir compte du lien qui l'unit à la victime et quel que soit le lieu.

Elle inclut les actes allant du harcèlement verbal à la pénétration forcée, et l'usage de moyens de contraintes allant de l'usage de pression sociale et à l'intimidation physique. On y retrouve alors le viol, le harcèlement sexuel, l'esclavage sexuel, l'abus sexuel des enfants et des personnes en situation de handicap mental ou physique, les formes traditionnelles d'abus comme le mariage et la cohabitation forcée.

L'abus sexuel, quant à lui, est l'acte par lequel un enfant est utilisé à des fins sexuelles par un adulte, une personne plus âgée en qui l'enfant a confiance ou toute personne en position de pouvoir, d'autorité et de contrôle de l'enfant. Il englobe les passages à l'acte tels que les attouchements et viols, les comportements (harcèlement, exhibition, tentative de viol ou attouchement), ainsi que les intentions (usage de ruse, chantage matériel ou affectif). Bien que ce type de violence prenne pour cible, dans la majorité des cas, Les enfants et les adolescents, les adultes aussi en sont victimes.

### 3.1.2- Perspectives psychologiques et relationnelles

Dans son ouvrage *L'abus sexuel : discussion de la définition, éléments de diagnostic et de prévention : Service social* (2017), Collart décrit les abus sexuels, en présentant les processus impliqués ainsi que leurs conséquences sur les sphères physique et psychologique. Il envisage alors l'abus sexuel comme « *toute interaction sexuelle impliquant une / des personne(s) qui n'y consent(ent) pas.* » (Collart, 2017, P.30). Pour cet auteur, Trois axes permettent alors d'appréhender l'abus sexuel : ce qui le détermine, les comportements qui le composent, ainsi que les processus à l'œuvre.

Ce qui détermine majoritairement une sexualité socialement problématique et un acte d'abus sexuel en particulier, c'est le *consentement*. Ce dernier consiste en un libre choix des protagonistes, c'est-à-dire une décision sans contrainte. La personne qui consent doit avoir les capacités nécessaires lui permettant d'évaluer et comprendre les risques. On parle alors du consentement libre et éclairé. L'abus sexuel survient lorsque le sujet ne peut jouir des ressources cognitives ou de la maturité nécessaire lui permettant d'opérer un choix en pleine connaissance de cause. Or, l'enfant, en raison de son immaturité et sa dépendance à l'adulte, n'est pas ne droit de consentir, c'est pourquoi toute interaction sexuelle entre l'adulte et l'enfant peut être qualifiée d'abus sexuel. Il est important de souligner que le consentement porte sur une activité devant se dérouler à l'instant, et il peut être revu au moment de l'acte. Cet accord ne concerne donc pas les activités sexuelles futures.

Par ailleurs, *les comportements* qui constituent les actes sexuellement abusifs sont aussi multiples et variés. Au-delà du simple contact génital, l'abus sexuel inclut tous les actes orientés vers l'intimité corporelle de la victime, qui agressent ses sens et /ou utilisent son corps. Il s'agit alors des « *formes verbales et non verbales, gestuelles, visuelles, exhibitionnistes, voyeuristes, masturbation, fellation, ..., jusqu'aux relations sexuelles complètes, avec pénétration orale, anale ou vaginale* » (Haesevoets, 1997, cité par Collart, 2017) par un doigt, le sexe ou un objet.

Les travaux de Gosset & al. (1996) permettent de distinguer globalement deux formes d'abus sexuels :

- *Les actes agressant la sphère sensorielle de la victime* : cette forme fait référence aux conversations ou appel téléphonique obscène, à la présentation forcée d'images à caractère pornographique, à l'exhibition d'organes sexuels

➤ *Les actes qui utilisent le corps* : cette forme regroupe les attouchements sexuels ou masturbation forcée, toilette intime imposée, relations sexuelles sous la contrainte, participation active à des scènes pornographiques, incitation à la prostitution, ainsi que les mutilations sexuelles chez la fillette.

A ces deux formes, peuvent s'ajouter les abus sexuels principalement marqués par la violence physique. Ceux-ci peuvent avoir lieu entre un adulte et un enfant ou entre pairs. Cette catégorie regroupe alors le viol, les meurtres sadiques, et les blessures physiques (May, 1977).

*Les processus à l'œuvre* dans ces passages à l'acte sont conditionnés par les facteurs structuraux, situationnels, et du mode opératoire. Pour ce qui est des facteurs structuraux, en raison de leur diversité, il n'existe pas de profil de personnalité type, propre aux agresseurs sexuels. Toutefois, l'attachement insécure semble être une caractéristique commune aux agresseurs sexuels. Les facteurs situationnels quant à eux concernent les situations de vie (perte d'emploi, rupture, séparation), désinhibiteurs (drogues, alcool, émotions négatives, colère, rage, haine, pornographie) et accroissement du risque de répétition. Le mode opératoire présente des multiples caractéristiques (stratégies, type d'acte abusif, lien agresseur/victime, réaction de la victime) et sont donc à comprendre dans une logique interactionnelle.

Tout ceci permet d'affirmer que le diagnostic de l'abus sexuel n'est pas aisé. En fait, bien qu'il n'y ait pas de signes pathognomoniques spécifiques aux abus sexuels, il existe tout de même un ensemble de symptômes plus ou moins évocateurs de l'abus sexuel qu'il convient de confronter à la parole et au contexte de la révélation. Pour Tyler (2002), comparativement aux adolescents qui n'ont pas vécu d'épisodes d'abus sexuels, ceux qui en ont été victimes présentent, à une fréquence plus élevée, des symptômes :

(...) de dépression, d'idées suicidaires, consommation d'alcool et de drogue, de comportements sexuels à risque et grossesse, de prostitution, de nouvelle victimisation sexuelle, de fugues, de troubles comportementaux tels que l'isolement social, des conduites socialement déviantes, des conduites agressives. (...) ainsi que le risque de présenter un état de stress post traumatique.

### **3.1.3- Perspectives gynécologiques**

Lachowsky et Winaver (2003, p. 847) appellent les professionnels de la santé à plus de vigilance en ces termes :

Nous ne pouvons ignorer la réalité, la fréquence et les séquelles psychopathologiques des abus sexuels, même si ces abus sont rarement le motif direct de la consultation. Beaucoup de victimes gardent leur secret. Leur comportement dans nos consultations, la manière dont ces femmes expriment certains troubles gynécologiques, certaines difficultés sexuelles nous permettent de percevoir leur souffrance. Quant à la cause de cette souffrance, quelques patientes vont pouvoir la révéler si nous leur donnons du temps et de l'empathie.

Ce qui permet de comprendre que les abus sexuels sur le plan gynécologique vont au-delà de l'urgence et du simple constat médical. Les éléments permettant une appréhension gynécologique des expériences d'abus sexuels portent majoritairement sur : les comportements et les troubles gynécologiques observés en consultation. Certains comportements peuvent indiquer une expérience ancienne d'abus sexuel chez la patiente au moment de la consultation gynécologique. En effet, la consultation dans divers aspects (position de la patiente sur la table, attouchements au niveau des parties intimes) évoque souvent, des souvenirs traumatiques en rapport à des abus sexuels précoces. En fonction des individus, peuvent alors survenir des réactions plus ou moins observables (larmes, tremblements, etc.). En outre, certains problèmes gynécologiques (douleurs pelviennes chroniques et autres pathologies génitales) peuvent être parfois liés à des abus sexuels récents ou précoces (Lachowsky & Winaver, 2003). Dans de tels cas, le traitement des lésions organiques induites par ces abus ne suffit pas à soulager la souffrance réelle de la victime. D'où la nécessité des soins psychiques en complément de soins gynécologiques pour une prise en charge psychosomatique.

### **3.2- ABUS SEXUELS ET PERSPECTIVES PSYCHOTRAUMATIQUES**

Cette section aborde les spécificités des abus sexuels, ainsi que leurs conséquences psychotraumatiques sur les victimes. Elle s'articule autour du psychotraumatisme, le processus de révélation, et la dynamique traumatisante des abus sexuels.

### **3.2.1- Causes des abus sexuels et psychotraumatisme**

Dans son étude de 2003 « abus sexuels : soyons clairs », Vasseur se penche sur la question des abus sexuels et leur lien au psychotraumatisme. Elle relève que les causes majeures de ces abus sexuels sont les carences affectives dont souffrent les abuseurs. Ces carences trouvent leurs origines dans les dysfonctionnements du système familial. D'où l'importance du repérage précoce de ces dysfonctionnements au sein du noyau familial. De ce fait, la meilleure façon d'empêcher un enfant d'être plus tard un abuseur, c'est de l'écouter, le respecter, lui fournir de l'affection et de l'attention (Vasseur, 2003). A ces carences affectives peuvent s'ajouter des événements de vie ou des contextes de désinhibition susceptibles de favoriser les abus sexuels (Collart,2017).

Les abus sexuels, qu'ils soient en dehors ou au sein du cadre familial, ont des conséquences psychotraumatiques sur les victimes. En fait, les abus extrafamiliaux entraînent un choc chez l'enfant en raison de la confrontation précoce à la sexualité. Lorsque celui-ci est alors en âge de comprendre, ce choc induit chez lui un traumatisme : il éprouve de la honte et de la culpabilité. Ceux intrafamiliaux sont encore plus traumatisants pour l'enfant du fait du lien avec le parent. L'enfant qui est en besoin d'affection se retrouve face à un parent aux tendances ambivalentes : un visage attentionné, aimable et un visage dur où l'enfant devient objet sexuel de l'adulte. Cette ambivalence expose l'enfant à une souffrance ultérieure. Moins il est mature, plus il sera susceptible de développer ces séquelles ultérieures. Cette configuration pourrait entraîner des déséquilibres au sein du système familial et des difficultés dans la construction et l'investissement d'un objet d'amour à l'âge adulte (Vasseur, 2003).

De manière générale, les victimes d'abus sexuels, souvent condamnées au silence par l'agresseur ou le contexte social, n'ont d'autres recours d'expression que celui corporel. Il s'ensuit alors un certain nombre de troubles qui peuvent s'avérer plus sévères en absence de prise en charge : conduites addictives, délinquance, prostitution, passivité et soumission, homosexualité, tendance suicidaire, identification à l'agresseur et reproduction des abus sur d'autres enfants (Vasseur, 2003).

### **3.2.2- Abus sexuels et processus de révélation**

Dupont et *al.* (2012) dans leurs travaux mettent l'accent sur « *Le processus de révélation dans les agressions sexuelles intrafamiliales et extrafamiliales sur mineurs* ». Ces auteurs ont conduit une étude sur les différences dans le processus de révélation chez les victimes mineures

d'agression sexuelle selon les liens entre celles-ci et les agresseurs. La révélation y est décrite comme un événement dont le processus fait suite à l'agression et permettant d'informer les autorités judiciaires. Cette étude a permis de comprendre que le processus de révélation est plus complexe, douloureux et tardif lorsque les agresseurs appartiennent à la famille, alors que le processus de révélation est plus spontané et rapide lorsqu'il est question du cadre extrafamilial.

Notons que plusieurs facteurs influencent le processus de révélation chez l'enfant. Ces facteurs sont : la perception que l'enfant a de sa responsabilité dans le déroulement des faits, la relation intra ou extrafamiliale avec l'agresseur, les caractéristiques en rapport avec l'âge et le sexe, les influences sociales, les attitudes culturelles et sociales. Les sentiments de culpabilité, de honte, d'impuissance, la peur des réactions de l'entourage constituent des facteurs rendant complexe la révélation de la victime. L'enfant a surtout tendance à se confier à une personne de son entourage. Ces dévoilements se font le plus souvent dans un contexte de parole où les choses sexuelles sont initiées par quelqu'un d'autre (Dupont & al., 2012).

### **3.2.3- La dynamique traumatisante des abus sexuels et leurs conséquences**

Damant D. (1993), étudiant « *la dynamique traumatisante des abus sexuels et leurs conséquences à long terme* », décrit des dynamiques spécifiques aux abus sexuels à partir desquelles plusieurs répercussions peuvent être regroupées. Il s'appuie sur les travaux de Finkelhor et Browne (1985) qui présentent une dynamique traumatisante comme « *une expérience qui modifie la perception cognitive ou émotionnelle du monde et qui cause un traumatisme en faussant le concept de soi de l'enfant, sa vision du monde et ses capacités affectives* ». Ces dynamiques traumatisantes sont au nombre de quatre dans les abus sexuels : *la sexualisation traumatisante, la stigmatisation, la trahison et l'impuissance*. Bien qu'il y ait dominance d'une dynamique particulière en fonction du cas, c'est la conjonction de ces dynamiques qui distingue les abus sexuels d'autres formes d'abus. Elles ont des conséquences sur le plan psychologique et sur le plan comportemental.

*La sexualisation traumatisante* : elle décrit le processus par lequel à la suite d'abus sexuel, la victime développe des conduites sexuelles non conformes à son niveau de développement (chez l'enfant) et à ses relations interpersonnelles. Ce traumatisme s'explique par le fait que les activités sexuelles qui se vivent au cours de l'abus sexuel (incestueux ou non) sont des événements inconnus des enfants de l'âge de la victime. Le degré de sexualisation de l'acte et son potentiel traumatisant

sont variables d'un sujet à l'autre. Les conséquences chez l'enfant sont alors des préoccupations sexuelles inadaptées à son âge, des comportements compulsifs et des préoccupations sexuelles excessives. Chez l'adulte, les répercussions sont variées et relatives aux individus. Certaines victimes développent, en rapport à la sexualité, des symptômes de peur, de culpabilité, de dégoût, d'aversion et d'anxiété. Alors que d'autres adoptent des comportements hypersexualisés comme la multiplication des partenaires sexuels et une activité sexuelle compulsive pouvant s'étendre à la prostitution.

*La stigmatisation*, c'est un mécanisme de transmission de messages négatifs à la victime, l'amenant à une dévalorisation d'elle-même. Cette dynamique s'installe de différentes façons : l'abuseur peut blâmer et exercer une pression sur la victime, provoquant chez elle des sentiments de honte et culpabilité. Les réactions de l'entourage et la famille peuvent aussi contribuer à renforcer cette honte et culpabilité lorsque ceux-ci la tiennent responsable des faits, ne croient pas en elle ou l'accusent d'avoir provoqué l'abuseur. A ces cas de figures s'ajoute la connaissance des tabous sociaux, à l'instar de l'inceste socialement interdit, qui contribuerait à renforcer cette culpabilité. Les conséquences immédiates sont donc la honte, la culpabilité, le repli sur soi, mauvaise estime de soi, comportements antisociaux de délinquance (Finkelhor, 1986, cité par Damant, 1993) et conduite suicidaire (DE Young, 1982). Dans le long terme, cette stigmatisation contribue à fragiliser davantage l'image de soi, entraînant alors une faible estime de soi, ainsi que les sentiments dépressifs, la honte et la culpabilité.

*La trahison*, « c'est le processus par lequel une personne dont dépend la victime lui cause du tort » (Finkelhor & Browne, 1985, cités par Damant, 1993). L'abus serait plus traumatisant si le rapport de confiance avec l'abuseur est grand. Ce sentiment de trahison s'étend aussi sur les autres membres de la famille qui n'auront pas contribué à éviter cet abus, ainsi que leur posture au moment du dévoilement des faits. Ces réactions peuvent regrouper la trahison et la perte d'une figure importante (perte du parent). Cette perte d'objet prédisposerait à la survenue d'une dépression. Le besoin de retrouver la confiance et la sécurité perdue se traduirait alors par des comportements de dépendance excessive ou par une hostilité, colère et isolement pour répondre à la trahison. A l'âge adulte, on assiste plus à des problèmes relationnels, sentiments d'isolement, peur, colère et méfiance à l'égard des hommes.

*L'impuissance*, c'est la résultante du processus de transgression de la volonté, le désir et le sens de l'efficacité. Cette sensation est plus accentuée lorsque la victime tente sans succès de se défendre de l'abus. L'expérience de l'abus avec violences physiques ou menaces induit tout aussi un fort sentiment d'impuissance. Cette dynamique peut entraîner les problèmes psychosociaux intériorisés (troubles du sommeil, de l'alimentation, phobie, et dépression) et extériorisés (fugues, délinquance et difficultés scolaires) (Damant, 1993).

Ces troubles consécutifs au traumatisme par abus sexuel permettent de comprendre que la souffrance liée ces situations abusives a des spécificités. Autrement dit, cette souffrance est particulièrement envahissante et invalidante pour les victimes, ce qui fait transparaître la nécessité d'une prise en charge qui en tiendrait compte.

### **3.3- PRISE EN CHARGE DES PERSONNES SEXUELLEMENT ABUSEES**

La prise en soins des personnes sexuellement abusées se fait en considération avec plusieurs faits généraux et des spécificités relatives à l'individu et au type d'abus subi. Il est toutefois à noter que ces protocoles, pourtant adaptés en fonction des spécificités des victimes et du type d'abus, tendent à négliger l'importance du processus de mentalisation dans la prise en charge des victimes. En d'autres termes, ces protocoles n'utilisent que très peu, la mentalisation comme un levier thérapeutique.

#### **3.3.1- Perspectives générales**

Dans leur article de 2010 sur « *La prise en charge des victimes d'agression sexuelle au Cauva : une urgence psychologique* », Galaber, Benali, et Gromb abordent la question de l'accueil psychologique des adultes victimes d'agression sexuelle au sein d'un service d'urgence médico judiciaire. Ces victimes ont besoin d'une prise en charge pluridisciplinaire afin de répondre efficacement à leurs besoins sur le plan médical, psychologique, judiciaire et social. Dans ce sens, la prise en charge psychologique joue un rôle central. Elle permet d'intervenir de manière précoce chez les victimes de chocs psychologiques, en favorisant la décharge émotionnelle par le biais de la verbalisation pour atténuer et prévenir les conséquences psychotraumatiques de l'événement. Cependant, l'abréaction n'est que la première étape du processus de restauration psychique, d'élaboration et assimilation du trauma. En effet, il est question pour la victime d'intégrer l'expérience traumatique dans le continuum de son histoire à travers des opérations de mise en sens par le langage (Crocq, 2002).

Les abus sexuels ne dérogent pas à ce principe, plus qu'ils ont des répercussions psychotraumatiques sur l'individu. En fait, ces abus induisent souvent chez les victimes, un choc psychique qui nécessite une prise en charge. C'est pour cela que Galaber et *al.* Pensent qu'ils « renvoient toujours le sujet à un court-circuit des processus de mentalisation, à la confrontation à l'expérience du néant et de la mort » (2010, P.23). Les victimes sont ainsi confrontées à l'irreprésentable, l'intolérable. Pour Crocq, cette expérience traumatique entraîne des altérations de la personnalité qui bouleversent l'être dans ses relations à lui-même et au monde.

Accueillir les victimes d'abus sexuels en urgence consiste alors à les aider à renouer avec le langage et contribuer ainsi à s'affranchir du sentiment d'exclusion. Il n'est pas question pour le psychologue d'initier à tout prix chez la victime une narration des faits au risque de la plonger dans la boucle douloureuse de l'événement, encore moins de dédramatiser ou de déculpabiliser la victime, l'expression de culpabilité pouvant servir d'amorce à la reconstruction des défenses. La tâche du psychologue est d'offrir à la victime une présence contenant, d'étayage, une écoute chaleureuse et humanisante indispensables à sa réinsertion dans l'ordre du langage. C'est comme une sorte d'accompagnement par le soignant vers la réinsertion au monde pour la victime. Dans ce processus, il est important pour le thérapeute de garder une bonne distance relationnelle au risque d'un transfert négatif. Les premiers entretiens, souvent émotionnellement plus éprouvants, sont eu égard à leur force transférentielle.

Pour les victimes d'abus plus anciens, il est généralement question de fournir un accompagnement psychologique, court prélude à des démarches psychothérapeutiques ultérieures. Dans ces cas de figures, les tableaux cliniques sont déjà généralement installés chez les victimes bien qu'elles consultent à cause d'un fait déclencheur (séparation, grossesse, autre abus, décès de l'agresseur, délai de procédure judiciaire) ou l'impossibilité à supporter le fardeau plus longtemps dans le silence (Galaber & al., 2010).

### **3.3.2- La prise en charge des adultes victimes d'agressions sexuelles**

Dans son article intitulé « *Clinique et prise en charge des adultes victimes d'agressions sexuelles* », Lopez (2012) fait savoir que les façons de prendre en charge une agression sexuelle unique et des agressions sexuelles répétées sont différentes, et nécessitent une prise en compte de leurs particularités respectives. Ce qui tient cliniquement au fait qu'une agression sexuelle unique entraîne un trouble de stress post traumatique avec des particularités liées à la cause de l'événement

alors que les agressions sexuelles répétées, quant à elles, affectent plus sévèrement la personnalité par des dysfonctionnements en ce qui concerne la régulation des affects, l'identité et les effractions narcissiques. Plusieurs spécificités existent alors selon le type d'agression sexuelle en cause. On distingue :

- *Les agressions sexuelles uniques* : elles sont génératrices de troubles péritraumatiques et de troubles post traumatiques. Dans la majeure partie des cas, l'apparition d'une dissociation péritraumatique au moment de l'événement prédirait du développement d'un TSPT. Ces traumatismes sexuels auraient des conséquences plus marquées que d'autres. Ainsi, ils touchent aux croyances relatives à la confiance, le contrôle, l'estime de soi, et l'intimité en induisant un évitement relatif à la vie sexuelle.
- *Les agressions sexuelles répétées*, quant à elles, sont plus complexes. Plusieurs personnes ayant vécu ce type d'agressions sexuelles dans l'enfance ne parviennent pas à faire le lien entre leur histoire et leurs symptômes. D'après le Developmental Trauma Disorder, les personnes ayant subi des traumatismes répétés présentent alors souvent les troubles dissociatifs, incapacité à faire confiance aux autres, passage à l'acte hétéroagressif et sexuel, conduites d'automutilation, idées suicidaires, honte, culpabilité, prise de risque excessive, troubles alimentaires.

Pour une prise en charge efficace, il convient au préalable d'aménager le cadre thérapeutique. Le bon aménagement du cadre thérapeutique passe par la prise de parti pour la victime, le gain de sa confiance, l'empathie, l'établissement d'un consensus sur le cadre, ne pas dissimuler les événements traumatiques, ne pas essayer d'intégrer à tout prix le « *non intégrable* » dans la vie du sujet. Il est question par la suite de capaciter le sujet par des techniques corporelles à la gestion des émotions et désamorcer les effets dissociatifs du traumatisme (Lopez, 2012). Enfin intervient le choix d'une thérapie visant à briser le syndrome de répétition et réécrire le scénario traumatique.

### **3.3.3- La prise en charge des enfants victimes d'agressions sexuelles**

La prise en charge d'enfants victimes d'agressions sexuelles répond à des réalités autres comparativement à la prise en charge des adultes. Le type d'intervention à privilégier dépend

majoritairement de l'évaluation que le soignant fait de la relation enfant/agresseur et le type d'abus subi. Pour Vasseur, lorsque l'agresseur se trouve au sein de la famille, une intervention systémique peut être privilégiée pour déceler et corriger les interactions familiales dysfonctionnelles ainsi que les carences affectives dont souffrent les abuseurs. Mais, il est aussi question d'offrir à la victime une prise en soin individuelle et spécifique à fin qu'il surmonte cet événement de vie et qu'il ne devienne pas plus tard un abuseur à son tour. Ce qui nécessite que le thérapeute joue lui-même un rôle de contenant (écoute bienveillante) et de fournisseur d'affection pour l'enfant (Vasseur, 2003).

### **3.3.4- Abus sexuels et résilience**

Cette partie traite de la résilience chez les victimes d'abus sexuels. On y abordera successivement les facteurs de résilience chez les femmes victimes d'abus sexuels, ainsi que le cas particulier de la résilience dans le viol.

#### **3.3.4.1- Les facteurs de résiliences chez les personnes sexuellement abusées**

Dufour, Nadeau et Bertrand (2000) se sont intéressés aux facteurs de résilience chez les victimes d'abus sexuels. Ils ont eu pour ambition d'en faire l'état de la question. C'est ainsi qu'ils relèvent un ensemble de facteurs contribuant ou non au rétablissement des victimes d'abus sexuels appelés : facteurs de résilience. En fait, la résilience n'est pas l'absence de souffrance, mais la capacité à retrouver un niveau d'adaptation similaire à celui antérieur à l'événement traumatique en dépit de la souffrance. Les facteurs de protection, quant à eux, sont des caractéristiques individuelles et environnementales qui améliorent la réponse d'un individu face à une menace ou une agression (Rutter, 1985, cité par Dufour & al., 2000). Ils contribuent à moduler l'impact du stress et la qualité d'adaptation de l'individu.

Ces facteurs de protection sont, d'après Dufour et al. (2000), de deux catégories :

- *Les facteurs de protection liés à l'individu* : ils concernent le fait de se reconnaître un pouvoir personnel, se considérer positivement, se percevoir en bonne santé, avoir une bonne estime de soi, les stratégies de coping (la recherche de soutien, la révélation de l'abus, la restructuration cognitive, la perception des effets positifs, l'attribution de la responsabilité de l'abus à l'agresseur, l'expression des émotions) ;
- *Les facteurs de protection liés à l'environnement* : il s'agit du soutien social en général, c'est-à-dire, le soutien familial (en général pendant l'enfance et à la suite du dévoilement

de l'abus) et/ou le soutien extra-familial (par les pairs auprès des victimes, par les professionnels).

En gros, le rétablissement des victimes serait fonction d'un ensemble de stratégies cognitives d'adaptation et de soutien social.

#### **3.3.4.2- Cas de résilience chez des femmes violées**

Les analyses de Bihabwa et Mbenda (2018) suggèrent que, la résilience chez les femmes violées peut se faire dans la résignation. Rappelons que, le processus de résilience est optimal lorsque les ressources internes sont conjuguées avec les paramètres externes du sujet. Ce qui n'est pas souvent le cas chez les femmes victimes de viol, où cette synchronisation est peu évidente en raison d'un contexte socioculturel qui rejette le viol et la victime de viol. C'est le cas des victimes de viol en contexte de conflits armés. Ces viols qui sont déjà présents en contexte de paix, sont encore plus accentués en contexte de guerre. En temps de guerre, Ceux-ci sont souvent effectués dans des conditions humiliantes (obligation d'assistance des proches de la victime : mari, voisin, enfants, etc.) et accompagnés parfois de mutilations. La victime condamnée à sa souffrance ne peut trouver refuge dans la culture ou la religion. Plus que la société la rejette, la stigmatise, et l'exclue sous prétexte d'un délit moral. Alors que du point de vue religieux, celle-ci paraît comme souillée et pécheresse. Dans cette situation, la résilience passe par la résignation, c'est-à-dire un désinvestissement permettant d'invalider sa propre culture. C'est ainsi dire « *que la personne lâche prise sur ce qui était considéré par le passé, comme acquis, id, est toutes les faveurs de sa communauté.* » (Bihabwa & Mbenda, 2018, P. 215).

Au regard de ce qui précède, nous comprenons que la prise en charge des abus sexuels n'est pas souvent axée sur les réalités culturelles des victimes. Pourtant, la culture est un tuteur de résilience à tel point que ce processus de résilience est souvent entravé lorsque la culture devient objet de stigmatisation, de marginalisation ou même de rejet pour les victimes. Ce qui nous interpelle à questionner la gestion culturelle des abus sexuels en contexte culturel camerounais.

### **3.4- CULTURE ET ABUS SEXUELS**

Les abus sexuels peuvent être appréhendés du point de vue culturel africain en général, et camerounais en particulier. Nous traitons succinctement des perspectives dégagées par Mbassa, des abus sexuels en contexte de conflits armés, leur signalisation, ainsi que leur gouvernance politique et sociale.

### 3.4.1- Perspectives dégagées par Mbassa

Dans ses travaux de (2001 ; 2015), Mbassa se penche sur la question de la gestion culturelle des abus sexuels en contexte camerounais. Au regard de l'insuffisance des initiatives visant à apporter du soutien aux victimes, il semble impératif de s'intéresser à la nécessité d'une gestion culturelle des préoccupations que posent les violences sexuelles au Cameroun.

Notons que les cultures camerounaises, bien que prohibant l'inceste et les abus sexuels, n'en demeurent pas moins stimulantes pour ce type d'actes. Le fait est que, l'inceste est un interdit fondamental qui se transmet de générations en générations, et qui s'inscrit dans les interactions au sein de la famille. Lorsque cette loi n'est pas respectée au sein d'une configuration familiale, peut alors survenir un système de violence fondé sur la domination des uns sur les autres à l'origine des abus sexuels incestueux (Mbassa, 2015). Au Cameroun, comme ailleurs en Afrique noire, la famille est élargie, car, l'enfant n'y est pas seulement celui des géniteurs, mais celui de toute la communauté. Pour cela, l'enfant doit obéir aux aînés et aux adultes de sa société au même titre que ceux avec qui il partage des liens de sang. Les parents sont alors, dans cette perspective, plus enclins à confier leurs enfants à leurs tiers proches ou un proche parent sans en évaluer les risques.

Pour ce qui est des langues locales, il n'existe pas de mots chez les populations Bantou d'Afrique centrale (Cameroun, Gabon, Congo, Angola) pour désigner l'inceste ou le viol. En revanche, il les substitue au terme de sorcellerie pour désigner l'acte de destruction de la famille. On dit alors d'un enfant violé chez les Beti et Bafia du Cameroun « qu'on l'a gâté » pour signifier les dommages subis sur les plans physiques, psychologiques passant par la destruction de son enfance, sa vie relationnelle et affective. Ces actes abusifs sont à l'origine de malheurs dans la communauté à l'instar de la famine, épidémies, calamités naturelles, malformations, mort subite, etc.

Ces représentations justifient le choix de certains rites traditionnels à des fins thérapeutiques. Alors que les violeurs sont bannis de la communauté et considérés comme des sorciers s'il s'agit d'un abus sur enfant. La famille, elle, tient à préserver son harmonie familiale et son honneur vis-à-vis de la communauté. Ce qui explique pourquoi beaucoup de cas d'incestes sont cachés par la famille. De plus, dans le même sens, les incestueux (parfois leur progéniture) sont sanctionnés de maladies, plus ou moins graves, de stérilité ou d'impuissance par les ancêtres. Les alliances incestueuses et les viols sont alors prohibés dans la majeure partie des peuples

d’Afrique centrale. C’est fort soucieux des risques qu’il existe à transgresser ces règles, qu’ont été instaurés des rites de purification dans certains de ces peuples pour protéger les concernés de potentiels malheurs. Force est de constater Cependant, avec l’influence de la mondialisation et l’urbanisation anarchique, que certaines de ces valeurs culturelles tendent à disparaître des communautés (Mbassa, 2015). Tamekem (2017) voit en cette mondialisation un facteur favorable aux violences basées sur le genre. Plus que la compréhension des abus sexuels dans la société camerounaise passe nécessairement par l’analyse de la nature des représentations sociales autour du genre et de l’âge. En Afrique noire, chez les Grass Fields de l’Ouest et Béti du centre-Sud Cameroun en particulier, la relation Homme-Femme ne se décrit pas par un équilibre parfait. Dans ces communautés, l’homme semble occuper la première place dans la scène sociale, et la femme paraît alors en rôle secondaire et de soutien, même si elle intervient la prise de décisions importantes au sein de la famille. C’est surtout le contact avec les valeurs occidentales qui consolide cette domination la traduisant ainsi par l’instrumentalisation de la femme comme objet sexuel.

Ce Cameroun considéré comme Afrique en miniature, intègre divers aspects du continent de manière générale. En d’autres termes, il intègre les réalités d’un continent en proie à diverses menaces, y compris les menaces sécuritaires. Un contexte qui pourrait expliquer davantage la récurrence de diverses violences, y compris les violences sexuelles.

### **3.4.2- Abus sexuels et conflits armés en Afrique**

Josse a travaillé sur les « *Violences sexuelles et conflits armés en Afrique* ». Elle s’est appuyée sur les perspectives de l’OMS (2002), et fait alors savoir que ces violences sont répandues dans les contextes d’insécurité. Pourtant, ces interactions sexuelles perpétrées sans consentement réciproque sont interdites en Afrique comme ailleurs. Pour plusieurs auteurs (Josse, 2006 ; Bihabwa & Mbenda, 2018), les violences sexuelles se sont accentuées ces dernières décennies dans les zones de conflits armés en Afrique, comme en témoignent les viols commis lors du génocide au Rwanda, des guerres au Burundi, au Libéria et récemment au Congo.

En contexte de conflits armés, Josse (2006) pense que ces violences sexuelles prennent plusieurs formes :

- *Le viol comme arme de guerre* : il est généralement question d'un viol de masse perpétré par plusieurs agresseurs sur de nombreuses victimes dans le but de les exclure symboliquement de leur communauté et de détruire leur identité individuelle et culturelle.
- *Le viol opportuniste* : les belligérants profitent de l'avantage que leur procurent leurs armes pour faire de l'exploitation sexuelle.
- Le viol perpétré par des individus infectés au VIH/SIDA pour contaminer volontairement les femmes et contaminer le camp adverse de manière indirecte.
- Les violences sexuelles contre monnaie d'échange (nourriture, logement, protection). Les victimes deviennent ainsi des sortes d'esclaves sexuels.
- Les mariages et grossesses imposés par la force.
- L'esclavage sexuel imposé aux filles chargées des tâches domestiques des belligérants.
- La prostitution forcée : certaines femmes enlevées comme butin de guerre sont par la suite condamnées aux faveurs sexuelles imposées.
- L'ablation des organes génitaux.

Toutes ces violences sexuelles entraînent de profondes conséquences à court et à long terme chez les victimes sur les plans de la santé physique (blessures corporelles, invalidités, MST, VIH, grossesses non désirées, problème de santé sexuelle et reproductive), sur la santé mentale (honte, dépression, idées suicidaires, troubles de stress post traumatiques, retrait social), ainsi que sur le plan social (stigmatisation et rejet social).

### **3.4.3- Le viol et la signalisation des abus sexuels au Cameroun**

Awa (2021) dans son article « *Viol : pourquoi au Cameroun les femmes signalent rarement les agressions sexuelles contre elles ?* », pense que les victimes de viol au Cameroun seraient davantage condamnées au silence à cause des réalités culturelles, juridiques et médico-légale. Cette posture est illustrée par les propos de Mbetbo dans son ouvrage recueillant les témoignages des victimes de viols intitulé *Coupez leur le zizi*. Il y affirme que « *le silence est l'unique refuge des victimes de viols au Cameroun ; Il y a une telle négation des victimes* ». Cette loi du silence est dénoncée par les acteurs qui luttent contre les abus sexuels dans le pays, car, elle contribue à renfermer la victime dans l'injustice. Mais, elle est aussi un obstacle à collecte des données et leur mise à jour régulière sur les abus sexuels.

La culture du viol contribue à entretenir cette loi du silence répandu à travers le pays. On entend par culture du viol, « *l'ensemble d'idées reçues selon lesquelles le viol n'existerait même pas* » (Mbetbo cité par Awa, 2021, P.6). Elle pose un réel obstacle aux victimes, qui, au lieu d'être soutenues et encouragées à établir justice, sont plutôt critiquées sur leur tenue, leurs formes corporelles, leur conduite vis-à-vis du potentiel agresseur, ou les préjugés qu'elles pourraient causer à l'accusé. Cette culture est renforcée par les us et coutumes familiales qui font de la discussion sur le viol un sujet tabou, car, le considérant comme souillure. Celles-ci ont tendance à privilégier l'arrangement à l'amiable. Cette famille en tant qu'institution cherche alors très souvent à se protéger, quitte à sacrifier la santé physique et mentale de la victime.

Du point de vue juridique, les procédures sont complexes. Il faut prouver qu'il y a effectivement eu viol en rassemblant le maximum de preuves et à l'aide d'un certificat médical délivré par un médecin après consultation. Or, cette expertise médico-légale n'est pas toujours donnée. Le fait que le médecin n'affirme pas clairement qu'il y ait eu viol dans le certificat médical n'est pas bénéfique pour la victime au tribunal. A cela s'ajoutent les lenteurs administratives et le fait que les victimes n'ayant pas réussi à prouver qu'elles ont été abusées peuvent faire l'objet de poursuites judiciaires pour diffamation et déclaration mensongère (Awa, 2021).

Par ailleurs, bien qu'il y ait des spécialistes et des associations chargées de prendre en charge les femmes victimes de ces abus, les victimes et les familles privilégient parfois le réconfort religieux. Ce qui explique qu'en réalité, plusieurs victimes ne bénéficient pas d'un traitement du psychotraumatisme adéquat.

### **3.4.4- Abus sexuel et gouvernance politique et sociale au Cameroun**

Il existe plusieurs dispositifs permettant de traiter et de gérer de manière plus ou moins efficace les problématiques autour des abus sexuels au Cameroun. Ces dispositifs sont principalement d'ordre traditionnel communautaire, et d'ordre politique et institutionnel.

#### **3.4.4.1- Traditions communautaires et abus sexuels**

Dans son article « La problématique des enfants victimes d'abus sexuels en Afrique ou l'imbricatio d'un double paradoxe : l'exemple du Cameroun », Mbassa se préoccupe de la question de la gouvernance sociale et communautaire des enfants victimes d'abus sexuels. Sur la base d'une étude de 405 dossiers médico-légaux dont 19 portent sur les abus sexuels, il en détermine la prévalence de 4,7% en milieu semi-rural. Les victimes de ces abus extrafamiliaux étaient toutes

des femmes âgées entre 10 et 19 ans. Pour lui, la gestion de cas d'abus sexuels au Cameroun fait très peu recours à la juridiction légale à cause de l'environnement économique défavorable, les pressions socioculturelles et les injonctions judiciaires. Deux systèmes de régulation juridiques traditionnels peuvent alors être distingués d'après Mbassa (2001) :

- *Le tribunal coutumier* : il exerce de façon plus humanisée pour établir la paix et la cohésion dans la communauté. Sur le plan judiciaire, il existe une cohabitation entre ce tribunal et le tribunal légal chargé d'appliquer la loi. Le tribunal coutumier est inspiré des coutumes et normes traditionnelles. Il est exercé par les autorités traditionnelles, c'est-à-dire les chefs de villages et les notables. Peuvent alors être décidées des sanctions variées en guise de compensation, des biens matériels et en nature, des rites, ou d'autres mesures de compensations comme le mariage entre l'abuseur et la victime. Ces sanctions vont vers l'exclusion de l'abuseur de manière partielle (interdiction de fréquenter certains lieux) ou définitive de la communauté.
- *Les consensus familiaux* : il est culturellement admis que la famille est issue d'un lignage. Celui-ci s'étend jusqu'aux ancêtres, incluant l'enfant. Les membres du lignage ont devoir de solidarité, partagent les uns envers les autres et de soumission au groupe à travers le représentant de l'ancêtre. En référence à ce système de représentation, les familles sont appelées à résoudre les cas d'abus sexuels à l'amiable pour ne pas déroger aux prescriptions de la communauté et s'abstenir de la connaissance publique de ce déshonneur.

Ces systèmes de régulation culturelle n'excluent pas les mesures légales. En effet, le tribunal légal est parfois saisi en cas d'échec d'arrangement à l'amiable des familles ou insatisfaction du verdict du tribunal coutumier. Ce type de délit peut alors être sévèrement puni par la loi.

#### **3.4.4.2- Appui institutionnel aux jeunes filles sexuellement abusées**

Tamekem (2017) s'est intéressé à « *la question de l'appui institutionnel aux jeunes filles victimes de viols et d'incestes au Cameroun* ». Par le biais d'une analyse qualitative relevant de la socio-anthropologie, il a fait une critique des dynamiques politiques et institutionnelles sur la question. Ses résultats font globalement savoir que la dynamique politique et institutionnelle mise en place pour répondre aux problèmes d'abus sexuels est certes présente, mais c'est la qualité de la gouvernance qui est un échec.

Le dispositif institutionnel mis en place au Cameroun pour lutter contre les abus sexuels et le viol, s'illustre au travers de plusieurs organes, à savoir juridiques, administratifs, et socioculturels. Dans ce sens, on distingue le MINPROFF, le MINAS, les ONG et le code pénal.

Le MINAS, quant à lui, travaille en étroite collaboration avec le MINPROFF pour atteindre leurs objectifs spécifiques. Le MINPROFF s'occupe prioritairement des problèmes relatifs à la santé reproductive des jeunes. Son but principal est de penser, mettre en œuvre et évaluer les stratégies relatives au respect et au droit de la femme et la famille. Cette promotion de la famille passe également par la promotion de son bien-être sexuel et la création d'un environnement propice à celui-ci. Le MINAS s'occupe prioritairement des affaires sociales, plus particulièrement des personnes de couches sociales vulnérables comme les enfants de la rue, orphelins, handicapés, victimes de maltraitance et les personnes victimes d'abus sexuels. Ce ministère élabore et met en œuvre la politique gouvernementale sur la prévention et l'assistance sociale.

L'action des organisations non gouvernementales et associations dans la lutte contre les violences faites aux femmes et les abus sexuels est très importante. On en distingue plusieurs, entre autres le RENATA, l'ALVF, la GIZ qui semblent fournir un travail remarquable dans ce sens.

Au niveau pénal camerounais, l'inceste et le viol sont condamnés respectivement par les articles 360 et 296 du code de procédure pénal. Dans les cas de viol, la peine est d'ailleurs doublée lorsque l'auteur est une personne ayant autorité sur la victime ou en garde légitime ou coutumière de celle-ci. Cette disposition inclut le viol incestueux.

Les institutions et la loi sont mises en place certes pour répondre en faveur d'une réparation pour les victimes d'abus sexuels, mais au Cameroun, le véritable souci reste celui de la gouvernance en matière de gestion de santé publique. En effet, au Cameroun en particulier, il incombe de noter que les problèmes fondamentaux de gouvernance n'émanent pas des textes ou des structures étatiques en elles-mêmes, mais plutôt de leur application réelle sur le terrain. Force est de constater que les abus sexuels ne sont pas un défi de santé publique au même titre que le SIDA, la tuberculose, le cancer, etc. En plus de cela, ces structures responsables de la gestion des problèmes d'abus sexuels ne disposent pas réellement de données du terrain, ce qui occasionne un problème majeur dans l'élaboration et l'implémentation de véritables stratégies sur le plan opérationnel. Il est donc primordial d'apporter une correction à la politique de gouvernance chargée de la gestion des problèmes de genre pour répondre à la question de l'appui institutionnel

aux femmes victimes de viols et incestes au Cameroun. Autrement dit, il faut corriger au Cameroun, l'inexistence d'une politique nationale centrée sur le viol et l'inceste, l'inadéquation entre le profil du fonctionnaire et le poste occupé, la corruption, la faible application des textes et lois sur le terrain (Tamekem, 2017).

### **3.5- LES TRAUMATIQUES PSYCHIQUES**

Le traumatisme psychique, d'après Crocq et ses collaborateurs (2014), est défini comme :

Un phénomène d'effraction du psychisme, et de débordement de ses défenses par les excitations violentes afférentes à la survenue d'un événement agressant ou menaçant pour la vie ou l'intégrité (physique ou psychique) d'un individu, qui y est exposé comme victime, témoin ou acteur.

Cette notion de trauma est un préalable à la compréhension des différents troubles consécutifs à ce phénomène, parmi lesquels figure le trouble stress post traumatique. En référence à la description du manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-V), le *trouble stress post traumatique* peut être défini comme un état de détresse polymorphe consécutif à l'exposition effective à la mort ou menace de mort. Il se manifeste par les syndromes dits de reviviscence, d'évitement, d'activation neurovégétative, et d'altération négative des cognitions (APA, 2015).

#### **3.5.1- Origine et réalités cliniques proches**

La notion de traumatisme psychique est apparue pour la première fois au XIXe siècle, bien que la réflexion autour de celle-ci soit plus ancienne. Elle a dès lors suscité un grand intérêt dans le monde scientifique, mais aussi des grandes confusions avec des notions voisines. Il paraît important de distinguer le traumatisme psychique du stress, de l'anxiété, de l'angoisse, et de la phobie.

##### **3.5.1.1- Origine**

Comme nous l'avons illustré dans la section précédente, le mot traumatisme est tiré de l'étymologie grecque antique « *traumatismos* » qui signifie « *action de blesser* » ; et trauma qui signifie blessure. Utilisé en médecine pour décrire un choc mécanique exercé par un agent physique, il est par la suite transposé en psychologie sur le terme de traumatisme psychologique

pour signifier un choc psychique provoqué par un agent extérieur et entraînant des perturbations psychopathologiques (Crocq & al., 2014).

Un bref historique de l'évolution du concept de traumatisme psychique est présenté par Lebigot (2016). En fait, la réflexion sur le trauma est très ancienne, mais ce n'est qu'au XIXe siècle qu'elle prend une expansion réelle. En effet, décrite sous le vocable de « *névrose traumatique* » pour la première fois par Oppenheim en 1889, dans les accidents de chemin de fer, comme un état émotionnel lié à un choc physique induisant des effets sur le système nerveux. Cet état survenait après une période de latence asymptomatique. Plus tard, Kraepelin décrivait une névrose d'effroi chez des sujets qui avaient été exposés à une mort brutale en tant que témoins. L'explication de cette pathologie comme apparition de la mort dans le champ de la conscience devenait alors pertinente. Cette idée est développée par Freud (1920) dans la métaphore de l'effraction psychique, une « *impensée* » mort qui vient court-circuiter le « *principe de plaisir* ». Lors de la première guerre mondiale, les Américains remplacent le concept de traumatisme psychique par celui de *shell shock* pour expliquer les signes cliniques liés aux altérations des substances nerveuses des soldats. Selye lui a conféré le terme de stress, une réalité psychophysiologique qui détermine la souffrance psychologique. La confrontation au réel de la mort selon les psychanalystes devenait alors « *stress* » selon les apports américains comme en témoigne la nosographie de l'APA avec l'état de stress post traumatique. En France, c'est encore le recours aux conceptions psychanalytiques d'effroi comme rencontre avec la mort, au détriment des conceptions américaines imposées par l'APA : l'état de stress post traumatique du DSM-IV et le trouble stress post traumatique du DSM-V. Il s'agit, selon la conception lacanienne, de la rencontre avec le réel de la mort, c'est-à-dire l'expérience d'une connaissance de la mort réelle comme anéantissement (Lebigot, 2016).

### **3.5.1.2- Réalités cliniques proches**

Les concepts de stress, d'anxiété, d'angoisse et de phobie sont souvent très rapprochés et utilisés comme synonymes du traumatisme psychique, mais bien que les différences soient subtiles, il n'en est rien. Il convient alors d'opérer une distinction entre ces réalités cliniques et le trauma.

### 3.5.1.2.1- Le stress

Le terme de stress est issu de la langue anglaise (to stress : presser). Il est utilisé en métallurgie où il désigne le comportement d'un métal soumis à des forces de pression ou de torsion. Il s'est tour à tour étendu à la physiologie animale, la physiologie humaine, la psychiatrie et la psychologie.

D'après le modèle de Selye, le stress est un phénomène essentiellement physiologique ou neurophysiologique qui permet à l'organisme agressé de se mettre en alerte et mobiliser ses défenses. La réponse au stress stimule alors des axes neurophysiologiques précis dans le but de mobiliser les effecteurs (organes, muscles, peau, etc.) dans le système neurovégétatif et le système relationnel afin de mettre l'organisme en état d'alerte et de défense. La réponse au stress est brève, mais si les stressseurs maintiennent leur action, la réaction se prolongera autant. Le stress, en plus d'être très couteux en énergie, est caractérisé par des symptômes tels que : pâleur, sueur, tachycardie, spasmes viscéraux. Les dépenses en énergie épuisent les réserves hormonales et glucidiques au point où, en cas de stress perpétuel, l'organisme peut s'épuiser et s'effondrer (Crocq & al., 2014).

Les travaux de Clervoy (2016) présentent le stress est comme un phénomène adaptatif normal. C'est surtout un état de tension de l'organisme faisant suite à la confrontation à une situation menaçante. En fait, Chez l'homme, cet état de tension se manifeste sur le plan psychique et le plan physique. En ce qui concerne le plan psychique, on note un ensemble d'activations sur le système nerveux se traduisant par une augmentation de la vigilance, de la sensibilité et de la réactivité. Le plan physique quant à lui se traduit par la modification de la fréquence cardiaque, les vaisseaux sanguins, l'excitabilité musculaire, de la peau, du système digestif et de la respiration. Ces modifications, bien que très couteuses en énergie, permettent à l'organisme de faire face à la situation menaçante. C'est lorsque ces modifications sont trop intenses et prolongées dans le temps qu'elles produisent des effets pathologiques sur l'organisation psychologique (troubles anxieux, et dépressifs) et somatique (ulcère, cancer, asthme, etc.).

Le stress fait ainsi transparaître certains aspects fondamentaux. *L'aspect universel* : Bien que les réponses au stress soient variables d'un individu à un autre, celui-ci est universel, car, il est présent chez tous les individus. *L'aspect contemporain* : l'organisme réagit immédiatement sans délai lorsqu'il est soumis à une situation menaçante. *L'aspect cumulatif* : les conditions de

stress s'additionnent et augmentent les contraintes subies par l'organisme. *L'aspect adaptatif* : le niveau de tension est proportionnel au niveau de la menace, sauf en cas de surprise ou de harcèlement. *L'aspect résolutif* : le retour à une situation de sécurité entraîne la disparition des tensions. *L'aspect prédictif* : par le biais de l'apprentissage, l'organisme devient en mesure d'anticiper sur les situations pouvant le mettre en tension.

On peut alors le définir comme « *la réaction réflexe neurobiologique, physiologique, et psychologique d'alarme, de mobilisation et de défense, de l'individu à une agression, une menace ou une situation inopinée* » ; Ce qui permet de le distinguer du traumatisme psychique ou trauma peut être défini précédemment par son phénomène d'effraction (Crocq & al., 2014). En effet, on peut ainsi dire que ces deux termes se rapportent à des registres différents : le stress à un registre bio-neuro-physiologique, et le trauma à un registre psychologique. Dans le premier, il est question de mobilisation des ressources énergétiques et l'autre des débordements des défenses psychiques par effraction, d'où l'incapacité du sujet à en attribuer un sens. De manière générale, mais non exhaustive, les individus qui réagissent à un événement par un stress adapté ne le vivent pas comme un trauma, alors que ceux qui réagissent par un stress inadapté le plus souvent le vivent comme un trauma et développent par la suite un trouble post traumatique. Dans le même sens, Lebigot (2005), pense que le trauma se distingue du stress par le phénomène d'effraction qu'il entraîne sur l'enveloppe psychique, alors le stress ne se limite qu'à une pression exercée sur cette enveloppe sans qu'elle rompt.

Quant au vocable trouble de stress post traumatique, l'introduction du terme anglais « *stress* » dans cette pathologie psychique reflète une posture résolument biologisante au détriment du terme psychanalyste de névrose. Il désigne un trouble mental supposé être biologique (stress) à la suite de l'exposition à une situation de traumatisme psychique.

### **3.5.1.2.2- L'anxiété**

L'anxiété vient du latin *anxietas* qui renvoie à une inquiétude, une tension nerveuse. C'est une dimension de l'humeur caractérisée par un ensemble de dispositions émotionnelles prédictives et évaluatives (Vicent, 2004). C'est donc une attente pour le sujet anxieux, à être confronté à un fait aversif. Elle est par conséquent non spécifiée en raison de l'absence d'un objet réel, d'où sa source endogène.

Les travaux de Belon (2019) révèlent que, L'anxiété n'est pas toujours pathologique, car, elle peut être la résultante d'une forte émotion commune (peur, colère ou bonheur) se dissipant ainsi rapidement. Dans ce cas, elle joue un rôle adaptatif. Lorsqu'elle est pathologique, on parle de trouble anxieux, c'est-à-dire un ensemble de troubles psychologiques caractérisé par une anxiété excessive, une peur diffuse, des inquiétudes et comportements typiques en fonction du contexte. Elle peut être évoquée dès que les symptômes sont fréquents, intenses ou inadaptés. D'après la pharmacologue Sandra Lamassiaude-Peyramaure, ces symptômes peuvent s'ajouter des symptômes physiques traduisant des douleurs musculaires, palpitations et symptômes digestifs.

Spielberger (1983) distingue l'anxiété état de l'anxiété trait. La première étant un état d'humeur variable lié à une situation spécifique vécu comme menaçante. La seconde quant à elle est un trait de personnalité, c'est-à-dire qu'elle est une disposition relativement stable et générale chez certains individus, déterminant les réponses à une variété de situations (relativement sans danger par des réactions d'anxiété disproportionnelles). Les troubles anxieux se distinguent par leur intensité et leur irrationalité. Il s'agit de tentatives d'évitement de situations à angoisse intense.

L'anxiété peut être polymorphe, entraînant ainsi des confusions avec l'angoisse comme dans les troubles anxieux généralisés. Les manifestations cliniques peuvent donc être d'ordre divers : psychologique, somatique et/ou comportementale. De même que les termes d'angoisse et d'anxiété sont réunis en un seul vocable allemand *angst*, c'est-à-dire angoisse. Il incombe de distinguer ces deux termes.

### **3.5.1.2.3- L'angoisse**

Au sens étymologique, Le terme « *angoisse* » vient du latin *angustus* qui désigne « *étroit* », « *resserrement* ». Marchais (2004) pense que la distinction anxiété et angoisse n'est pas aisée. Plus que, en langue allemande, angoisse et anxiété sont réunis en un mot « *angst* » c'est-à-dire angoisse. Toutefois, Freud distingue *l'automatische angst* qui est le signal d'alarme et *realangst*. En fait, la première représente une tension libidinale non déchargée alors que la seconde est la réaction à un danger réel. Les auteurs anglo-saxons parlent plus d'anxiety.

La distinction entre ces concepts est alors très complexe et surtout fonction des écoles ou du domaine de spécialisation. Classiquement, dans les nosologies françaises, l'angoisse représente un ensemble de manifestations physiques et de troubles neurovégétatifs alors que l'anxiété désigne

un mal-être psychique indéfinissable, une peur sans objet, une attente craintive. Bien que l'Homme soit une réalité somatopsychique, l'angoisse semblerait plus se définir par des manifestations physiques aisément mesurables. Ces dernières disparaissent à l'atténuation de l'angoisse. L'absence de signe physique significatif dans l'anxiété l'inscrit plus dans un sillage d'ordre psychique. On peut ainsi dire que l'angoisse physique est l'expression du système biopsychique. En effet, qu'elle soit due à une accumulation de tension somatique ou de tension psychique, l'angoisse est un fait objectivable se traduisant par des troubles neurovégétatifs. L'anxiété psychique, elle, dérive de fonction biologique ou psychique ou encore d'autres niveaux et supports neurophysiologiques (Marchais, 2004).

Les travaux de Mayi (2017) présentent l'angoisse comme un « *sentiment dépressif et sans limite de disparition de soi comme être conscient* ». La véritable angoisse serait alors, pour l'Homme, l'angoisse de mort à entendre comme le sentiment d'un danger de mort imminente et irréversible. C'est donc une force psychique qui va au-delà des capacités de tolérance de l'individu. C'est de cette angoisse qu'il est question dans le traumatisme psychique. Une angoisse qui prend très souvent la forme d'une phobie.

#### **3.5.1.2.4- La phobie**

Le mot phobie vient du grecque ancien « *phobos* » qui signifie « *crainte* » ou « *frayeur* ». Cette signification est analogue à celle mise en avant en psychologie, c'est-à-dire, une peur irrationnelle et intense apparaissant dans un contexte sans danger apparent. Elle est déclenchée lorsque l'individu se trouve en présence d'une situation ou d'un objet dit « *phobogène* ». Mirabel-Sarron et *al.*, (2018) fournissent une description plus détaillée. Pour eux :

Une phobie est une peur d'un genre particulier, disproportionnée par rapport à la réalité, ne pouvant être ni expliquée ni raisonnée, allant au-delà du contrôle volontaire et qui conduit à l'évitement de la situation redoutée.

En réalité, la phobie peut être comprise comme une pathologie à part entière ou comme un symptôme. En effet, selon les manuels diagnostiques des troubles mentaux DSM-IV et DSM V, la phobie est à la fois un trouble psychopathologique de la catégorie des troubles anxieux, mais on la retrouve également comme symptôme dans les troubles de stress post traumatiques. Dans ce

dernier cas de figure, les phobies sont alors spécifiques à des objets ou situations se rapportant au traumatisme psychique. Elles alimenteraient ainsi le syndrome d'évitement post traumatique.

### **3.5.2-Critères diagnostiques et typologie**

Le TSPT est un trouble psychique faisant suite à la confrontation à une ou plusieurs situations dans lesquelles le sujet sent sa vie menacée. Le sujet exposé à cette situation, en tant que victime, témoin ou auteur, manifeste alors un certain nombre de signes et symptômes faisant suite à une période de latence. En fonction des particularités de la fréquence d'exposition, il en existe plusieurs types.

#### **3.5.2.1- Critères diagnostiques**

En référence à la cinquième édition du manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM V), le trouble stress post traumatique fait partie d'une nouvelle catégorie intitulée « *Les troubles liés à des traumatismes ou à des facteurs de stress* » contrairement à la version précédente où il était considéré comme un trouble anxieux. En effet, pour l'APA, les individus souffrants à la suite d'exposition à des événements traumatiques ne le manifestent pas toujours par une symptomatologie d'anxiété ou de peur, mais plutôt par des symptômes d'anhédonie, de dysphorie ou encore agressifs et dissociatifs bien que l'on distingue très souvent des symptômes anxieux associés.

D'après le DSM-V, le diagnostic du trouble stress post traumatique se fait sur la base des critères présents à l'annexe 5 de ce travail.

#### **3.5.2.2- Typologie**

En référence à Terr (1991), Solomon & Heide (1999), et Josse (2006), quatre types de traumatismes psychiques peuvent être distingués selon la spécificité de la fréquence d'exposition et l'intensité.

Terr distingue les traumatismes de type I et les traumatismes de type II. Les premiers se produisent en cas d'événement unique déterminé par un début et une fin claire. Ils sont induits par un agent stressant non abusif ou aigu. Ils peuvent donc se produire à la suite d'un événement de crise humanitaire telle qu'agression, viol, accident en induisant une détresse clinique chez le sujet. Les seconds se produisent lorsque l'événement est répété et durable (Terr, 1991, citée par Crocq

& col., 2014). Ils sont induits par des agents de stress abusifs ou chroniques. Autrement dit, tout traumatisme de type II est d'abord un traumatisme de type I qui s'est par la suite répété pendant une longue période. Ils induisent une détresse clinique comme ceux du type I, mais sont très souvent couplés des processus inadaptatifs tels que déni, émoussement affectif, dissociation et dépersonnalisation (Crocq & al., 2014).

Solomon & Heide (1999) ont proposé une troisième catégorie, à savoir les traumatismes de type III. Ceux-ci font référence à des événements multiples, violents et envahissants présents pendant une longue période et induits par des stressors abusifs ou chroniques.

Josse (2006) propose, dans un contexte humanitaire, une quatrième catégorie, celle des traumatismes de type IV qui sont des traumatismes perpétuels qui se poursuivent dans le présent. Ils se produisent dans plusieurs cas de figures parmi lesquels kidnappings, épidémies mortelles et faits de guerres. Ainsi, le traumatisme de type I est encore appelé traumatisme simple alors que les traumatismes de type II, III, et IV sont des traumatismes complexes (Josse, 2006).

### **3.5.3- Quelques approches théoriques**

Il existe plusieurs approches théoriques ayant pour ambition d'expliquer le traumatisme psychique selon la grille de lecture qui leur est propre. Loin de privilégier une approche au détriment des autres, nous présentons particulièrement les points de vue issus de l'approche psychanalytique, phénoménologique, cognitive et comportementale.

#### **3.5.3.1- Approche psychanalytique**

Le point de vue psychanalytique met l'accent sur l'analyse de la vie psychique et les phénomènes psychiques inconscients pour mieux comprendre l'individu. Plusieurs auteurs ont développé les points de vue psychanalytiques du trauma. Nous retenons les contributions de Freud, Kardiner, Ferenczi, Lacan, et Lebigot.

Ces travaux apparaissent à la suite des prémisses issues de l'œuvre de Janet. En effet, Pierre Janet (1889) a le mérite d'avoir rapidement cerné ce qu'est le trauma. Il décrit le processus comme suit : un ensemble d'excitation fait intrusion dans le psychisme et y demeure comme « *un corps étranger* » donnant lieu à une dissociation de la conscience. La souvenance brute de l'événement qui comprend les images, sensations, et éprouvés bruts qui se rapportent à l'événement, se loge

dans un coin du préconscient, à l'insu de la conscience et génère alors un ensemble de manifestations psychiques et psychomotrices dites « *automatiques* », inadaptées alors qu'une autre partie de la conscience continue à penser et agir de manière adaptée. A cette époque, il proposait alors de modifier ces souvenirs traumatiques sous hypnose en souvenirs heureux et inciter le sujet à intégrer la transformation de ces souvenirs traumatiques en souvenirs construits sous hypnose.

Quatre ans plus tard, Freud, dans sa communication préliminaire, reprend les idées de Janet sur le choc émotionnel induit par l'effraction traumatique et le corps étranger, ainsi que les phénomènes de dissociations. Il désigne la souvenance brute de l'événement par le terme de « *réminiscence* ». Il propose alors, pour la cure, une méthode cathartique qui consiste à faire revivre au patient sous hypnose tout l'événement associé à sa charge émotionnelle en vue d'une abréaction. Il y est demandé au sujet d'établir des associations d'idées afin d'en tirer le sens et les intégrer dans le cours de sa vie. C'est dans *au-delà du principe plaisir*, en 1920, que Freud expose majoritairement sa théorie sur le trauma, comme nous l'avons illustré dans le chapitre précédent, lorsqu'il compare l'appareil psychique à une sphère contenue dans une enveloppe appelée pare-excitations. Cette dernière est chargée d'énergie positive dans le but de protéger l'appareil psychique des fortes énergies extérieures qui, si elles avaient accès au-dedans, pourrait perturber le réseau des représentations chargé de faible énergie et liées entre elles. Lorsque l'image traumatique (corps étranger), traverse alors la pare-excitations et fait effraction dans l'appareil psychique, il se crée des perturbations au niveau du réseau des représentations. Ces dernières et leurs liens forment les signifiants (mots), souvenirs, pensées et affects (Freud, 1920, cité par Lebigot, 2016).

Pour Kardiner (1941, 1947), c'est le débordement de l'ego effectif dans ses fonctions d'adaptation à l'environnement lors de l'expérience traumatique qui traduirait la défaillance. Cet égo affectif se développe dès l'enfance. Il utilise les fonctions sensorielles, capacités cognitives, motrices, neurovégétatives pour faire face aux stimuli agressifs en modifiant l'environnement pour les éliminer, en adoptant le retrait pour y échapper, ou en adoptant un contrôle sur soi pour en réduire l'impact. Cependant, lors d'excitations particulièrement violentes, cet ego effectif se trouve sidéré dans ses fonctions, n'ayant d'autre choix que celui de la contraction sur soi ou la dissociation. C'est ce qui serait à l'origine de symptômes d'inhibition, de destructibilité, de conversions sensorielles, sensitives et motrice, ainsi que les perturbations neurovégétatives et la

dépersonnalisation. Ces symptômes témoigneraient des tentatives désespérées d'adaptation et de maintien du rapport au monde. D'où les altérations sur la perception de soi et du monde, sur les techniques d'adaptation et sur la régulation neurovégétative : une nouvelle personnalité issue du système effectif (Kardiner cité par Crocq & al., (2014).

Ferenczi (1930), lui, pense que la réaction immédiate lors du trauma est passible de « *psychose passagère* ». Plus qu'elle se caractérise par un cortège de sensations désagréables telles que des hallucinations brèves, vertiges, perte de conscience, et une « *compensation hallucinatoire positive* » qui donne l'illusion du plaisir. En fait, la période de latence qui s'en suit témoigne alors du clivage psychotique en raison du fait qu'une partie de la personnalité subsiste seule sans rechercher d'autres issues que les symptômes névrotiques utilisant un symbole. Ainsi, les perturbations affectives génératrices d'angoisse qui sont liées au trauma sont dues à *l'effondrement du sentiment de toute puissance narcissique d'invulnérabilité* et l'expérience d'*anéantissement du sentiment de soi*. L'autodestruction de la cohérence psychique du sujet, puis la reconstitution à partir des fragments, apparaissent dès lors comme solution pour se libérer de cette angoisse et éviter la destruction totale.

Les travaux de Lacan, Briole et Lebigot (1994) mettent un accent sur un aspect particulier dans le trauma : absence de signification. Ces travaux suggèrent que c'est la confrontation au réel de la mort qui fait trauma. En effet, nous ne sommes pas confrontés au monde réel mais aux signifiants, c'est-à-dire, les perceptions, représentations mentales et de notre culture que l'on a du monde. Or l'événement traumatique nous met directement en contact avec le réel de la mort sans que nous ayons eu le temps de l'appréhender par les signifiants, d'où la sensation d'effroi, une perception de la mort totale, en tant que néantisation par défaut de parole ou pensée.

Lebigot (2004) approfondit alors la métaphore Freudienne sur l'effraction traumatique. Selon lui, l'image traumatique qui fait effraction dans le psychisme atteint le niveau inconscient où elle peut se lier aux éprouvés du refoulement originaire. Ainsi, ce corps étranger vient alors se greffer au plus profond de l'appareil psychique, la marque du refoulement des premiers éprouvés de l'être, bien avant que le sujet n'acquière le langage (fœtus, nourrisson). Ces premiers éprouvés regroupent les angoisses de néantisation, éprouvés de plénitude, et de jouissance (Lebigot, 2016). C'est donc une expérience brute de jouissance dans la complétude alimentaire, ou d'anéantissement par défaut du contact maternel. Ces éprouvés ont fait l'objet d'un refoulement

avec l'apparition du langage. L'expérience traumatique interrompt le langage, laissant ainsi le sujet à une époque archaïque d'anéantissement et de jouissance brute. Il est alors horrifié, car se trouvant face à ses origines et fasciné, plus qu'il retrouve l'objet perdu du sein maternel, d'où son attachement morbide au trauma et sa culpabilité pour l'avoir commis.

Lebigot (2011) distingue quatre caractéristiques fondamentales du trauma. Il s'agit de :

- *La confrontation au réel de la mort* : le sujet fait l'expérience de la mort réelle comme anéantissement ;
- *L'effroi* : c'est la marque de l'effraction traumatique. Il se manifeste par un manque total de représentation (toute pensée, idée et mot disparaît du champ de la conscience) ;
- *La soudaineté* : c'est un moment de surprise, un moment auquel le sujet n'était pas préparé ;
- *La perception dont résulte le trauma* : le trauma est toujours lié à l'incrustation de ce d'une sensation. Ce que l'on a vu, entendu, une odeur ou un goût.

### **3.5.3.2- Approche phénoménologique**

Le modèle phénoménologique vise à appréhender l'expérience vécue par le sujet dans le moment présent et l'élucider en lui attribuant un sens. Il ne s'intéresse donc pas aux causes de la maladie (Ionescu, 2019). La conception phénoménologique du trauma, quant à elle, est majoritairement développée par Crocq et Barrois. Elle renvoie aux considérations sur le réel de la mort. Ce qui implique la clinique de l'effroi. Contrairement à la pathologie de l'angoisse qui se déroule dans l'histoire intérieure de la vie, celle de l'effroi implique la présence d'un objet externe. L'effroi se situe à la scène traumatique dans le contexte actuel qui ne renvoie à rien de plus que l'anéantissement immédiat. Sur le plan clinique, le trauma bouleverse l'être, entraînant des altérations dans sa personnalité (Crocq & al., 2014).

Pour Barrois (1988), l'événement traumatisant est propulsif dans la temporalité, subite et promoteur de mort comme vérité. L'expérience du trauma promeut, sur le plan clinique, une altération profonde de la personnalité dans la temporalité sans possibilité d'attribuer sens aux choses. En effet, pour le sujet traumatisé, le temps semble être en arrêt, et l'expérience démunie de sens. Il entre dans l'univers du néant, car, ne pouvant désigner ou se représenter ce qui lui arrive (Barrois, 1988, cité par Crocq & al., 2014).

### 3.5.3.3- Approche cognitive et comportementale

La perspective cognitive désigne l'ensemble des activités et de processus internes inhérents aux fonctions psychologiques, à l'acquisition des connaissances, à la compréhension et à la résolution des problèmes. Ce traitement de l'information est considéré comme la déterminante fondamentale des comportements. Le postulat de l'approche cognitive en psychopathologie est que les dysfonctionnements cognitifs contribuent, avec d'autres facteurs, au développement et au maintien des troubles psychopathologiques. On y distingue trois types de dysfonctionnements cognitifs : les déficits cognitifs, les biais cognitifs et les croyances dysfonctionnelles. Les premières renvoient à une incapacité à la réalisation des fonctions cognitives de base comme la mémoire et les fonctions exécutives, indépendamment du contenu de l'information traitée. Les secondes, quant à elles, renvoient à la disposition selon laquelle certaines personnes traitent préférentiellement un certain type d'information par rapport à d'autres. Elles concernent le jugement, la mémoire, l'attention. Les dernières, elles, sont constituées d'un ensemble complexe d'associations entre concepts stockés en mémoire à long terme et déterminant le fonctionnement affectif, cognitif et relationnel (Vicent, 2004).

Le cerveau est généralement incapable de reproduire les expériences antérieures en un rappel précis. Les souvenirs sont réellement transformés en une histoire approximative. Ce qui n'est pas le cas des souvenirs traumatiques qui sont encodés de manière différente. Les émotions, sensations, images et réactions musculaires qui constituent le traumatisme sont inscrites profondément dans la mémoire (van der kolk, 2002, cité par Cvetek, 2008). Ces souvenirs traumatiques peuvent être revécus sans subir la moindre altération après de nombreuses années, suscitant par la même occasion les sensations physiques relatives à l'expérience. En effet, il s'agirait alors, selon cette approche, d'un dysfonctionnement mnésique.

Selon le modèle de Ehlers et Clark (2000), c'est d'une part, la lecture et la représentation négative de l'événement, et d'autre part, le biais de mémoire et le défaut d'élaboration de la mémoire autobiographique qui inscriraient les réactions inadaptées face au trauma dans le temps. Ce qui suppose que la symptomatologie serait alors le résultat d'un ensemble de tentatives cognitives et comportementales visant à réduire la détresse dans le court terme, mais aboutissant involontairement à l'entretien du trouble. Les reviviscences seraient liées, selon eux, à la manière donc l'information traumatique a été encodée dans la mémoire. En effet, le souvenir traumatique

serait peu élaboré et enregistré de manière fragmentée dans son espace-temps et d'éléments autobiographiques antérieurs. Ce qui crée alors des perturbations générales de la mémoire autobiographique qui la rendent incapable de réorganiser les souvenirs antérieurs et ultérieurs au contexte pour produire une stabilité entre représentations de soi et le contexte de vie de l'individu. L'évitement et la réactivité neurovégétative représentent des stratégies inadaptées pour faire face à la menace interne (Ehlers et Clark, cités par Galliot & *al.*, 2019).

La description de Mouchabac et *al.*, (2016) ne s'éloigne pas de celle de ces auteurs. Rappelons que c'est la mémoire épisodique qui regroupe les événements vécus associés à leur contexte d'acquisition, c'est-à-dire le contexte spatio-temporel et les émotions associées. Ces informations sont donc autobiographiques et subjectives. Il est de coutume de considérer le TSPT comme un trouble de la mémoire. Envisagée comme tel, son appréhension passe par la compréhension des processus mnésiques d'encodage, de consolidation et de récupération. Le premier permet de traduire, en un format spécifique (sémantique, visuel, verbal), les informations environnementales perçues par les organes de sens. Les événements ne bénéficient pas tous du même niveau d'encodage, car, les processus d'attention interviennent dans la sélection des informations. Le second processus, la consolidation ou rétention, correspond au stockage de l'information sous la forme de représentations dans la mémoire à long terme. Cet apprentissage n'est pas instantané, bien qu'il permette d'établir de nouvelles connexions entre les réseaux cérébraux pendant des heures consécutives. En effet, lorsqu'un stimulus aversif est stocké en mémoire, il est par la même occasion associé aux perceptions émotionnelles négatives. En cas de présentation ultérieure de stimuli similaires ou proches, la récupération mnésique du souvenir ainsi que la charge émotionnelle associée seront aussitôt déclenchées. Le troisième processus, quant à la lui est un processus dit de rappel. Il permet au souvenir d'être extrait de la mémoire et réutilisé dans un contexte précis.

Ce rappel permet aussi la reconstruction des représentations internes et la récupération des souvenirs. Ces derniers peuvent être remaniés lors de ce processus de reconsolidation. C'est ainsi qu'intervient la désensibilisation qui affaiblit l'impact des liens entre stimuli environnementaux proches et souvenir traumatique, conduisant à l'extinction progressive de la peur. C'est ce processus adaptatif qui ferait défaut dans le TSPT où les conduites d'évitement ne permettent pas la confrontation au stimulus traumatique en vue de sa désensibilisation. La désensibilisation

apparaît alors fondamentale, car, elle peut servir de cible thérapeutique. Les intrusions traumatiques seraient liées au dysfonctionnement du processus de récupération.

D'après Mouchabac & al. (2016), les personnes présentant un TSPT ont tendance à fournir moins de détails à la narration d'événements de vie ou un manque de cohérence de détails, et plus particulièrement les événements de vie émotionnellement positifs. Il s'agirait d'une certaine généralisation de la peur. Inversement, certaines parties du souvenir sont seules à être rappelées comme des zones de réactivités « *Hotspots* ».

Les circuits de la peur jouent un rôle central dans le processus pathologique. C'est le traitement de l'information par le thalamus, qui en état d'éveil transfère et filtre les informations sensorielles vers le cortex, qui permet l'activation de celui-ci et par conséquent l'augmentation de la vigilance. En effet, il communique avec le cortex pariétal hétéromodal, le cortex préfrontal médian, le cortex orbitofrontal et le cortex cingulaire antérieur. Ces structures interviennent respectivement dans le traitement de l'information visuospatiale, la régulation émotionnelle, l'inhibition et codage motivationnel et émotionnel, production des comportements et gestion des conflits. Dans cette configuration, l'amygdale occupe une place centrale dans le circuit de la peur, car, elle intervient dans l'évaluation et l'attribution de la valence émotionnelle, et dans l'apprentissage associatif permettant la modulation émotionnelle. Elle participe également à l'apparition des réponses comportementales et la réactivité du système nerveux autonome. Ce qui permet de dire que cette structure du système limbique est en étroite communication avec une autre appelée hippocampe. Cette dernière joue un rôle dans la formation des souvenirs autobiographiques (Mouchabak & al., 2016).

### **3.5.4-Prise en charge immédiate et post immédiate**

Les prises en charge immédiates et post immédiates du traumatisme psychique renvoient prioritairement aux interventions de défusing et de débriefing psychologique.

#### **3.5.4.1- Défusing psychologique**

Le défusing est une intervention immédiate. Il s'effectue moins de 24 heures après l'événement à potentiel traumatisant. Etymologiquement, le mot défusing vient de l'anglais, et veut dire désamorçage ou déhoccage.

Selon Clervoy (2016), Il s'agit donc de : « *l'action de désamorçage du trop-plein d'excitation émotionnelle duquel une personne seule, parfois choquée, n'a pas toujours les moyens de s'extraire.* ». En d'autres termes, c'est une action de parole immédiate qui vise à diminuer l'excès émotionnel. Il ne s'agit pas d'une activité bien organisée au sens propre, plus qu'il intervient de manière improvisée lors de l'entrée en contact du thérapeute et les victimes qui sont encore sous l'emprise de la situation. Le but de cette technique est d'inviter le sujet à la parole, de jouer la fonction de contenant par l'écoute, d'apaiser, d'informer, et de dépister d'éventuels traumatismes (Crocq & al., 2014).

### **3.5.4.2- Débriefing psychologique**

Le débriefing psychologique est une intervention post immédiate organisée et planifiée. Elle s'applique dans un délai minimum de 24 heures à la survenue de l'événement potentiellement traumatisant.

La technique du debriefing est utilisée en psychologie dans le but de permettre la verbalisation de l'expérience émotionnelle, la réinsertion dans l'espace-temps et la restitution des valeurs normales (Crocq, 1998). Cette technique peut se pratiquer en individuel ou en groupe. Le choix du type de débriefing passe par l'évaluation de certains aspects. Le thérapeute devra savoir si le patient appartient à un groupe constitué, et avec lequel il a affronté l'expérience. Dans ce cas, un débriefing collectif est recommandé. A l'inverse, le débriefing individuel est plus adapté (Lebigot, 2005).

Il existe plusieurs modèles de débriefing psychologiques. Se référant à Crocq et al. (2014), ces modèles peuvent globalement se dérouler comme suit :

- *L'introduction* : elle consiste en la précision autour du cadre ;
- *La narration* : les participants racontent des faits, les sentiments et réactions associées ;
- *L'enseignement* : elle consiste à normaliser et la dédramatiser les émotions ;
- *La synthèse* : l'animateur de la séance fait un résumé de l'activité et les bénéfices pour les participants. Il ne manque pas de les capaciter pour d'éventuelles préoccupations avenir.

Le débriefing psychologique permet ainsi de cerner la rencontre avec le réel, les réactions émotionnelles et cognitives du sujet au moment de l'événement. De manière brève, il permet de reconstituer le contexte. Il permet aussi l'établissement d'un transfert et de favoriser les processus d'élaboration psychique chez les bénéficiaires, ce qui a pour but de rendre les psychothérapies ultérieures plus efficaces (Lebigot, 2016).

En somme, ce chapitre nous a permis de comprendre la dynamique traumatisante des abus sexuels et la manière dont ces abus sont gérés au Cameroun. Ce détour nous permis de cerner ce qu'est le TSPT au regard du DSM V et des théories de référence en psychopathologie (psychanalytiques, phénoménologiques, cognitives et comportementales), ce qui nous permis de décrire ce trouble en deux aspects : les troubles associés et les troubles non spécifiques. Les premiers sont les troubles consécutifs au traumatisme (syndrome de répétition, syndrome d'évitement, et activations neurovégétatives). Les seconds sont des troubles non spécifiques au traumatisme psychique, c'est-à-dire qu'on peut les retrouver dans d'autres pathologies mentales sans lien avec un traumatisme psychique. Du point de vue économique, nous avons compris que la mentalisation et le TSPT sont liés lorsque Freud (1920) présente l'effraction psychique de la pare-excitations et le débordement des capacités de liaison de l'appareil psychique comme étant à l'origine du trauma. En d'autres termes, ce traumatisme touche à l'ensemble des processus psychiques permettant la maîtrise et l'immobilisation des excitations afférentes à la situation abusive en vue d'une éventuelle décharge.

Les aspects théoriques et contextuels qui précèdent nous permettent de mieux cerner les éléments de notre problématique. Toutefois, cette compréhension est limitée lorsqu'il est question de questionner de manière claire l'incidence de la mentalisation sur le TSPT et ainsi répondre à notre question de recherche. Il devient alors nécessaire de construire un cadre méthodologique permettant d'investiguer de manière opérationnelle notre objet d'étude et de répondre ainsi à notre question de recherche.

## **PARTIE II : CADRE METHODOLOGIQUE ET OPERATOIRE**

## CHAPITRE 4 : METHODOLOGIE

Ce chapitre présente la méthodologie utilisée afin de répondre à notre question de recherche. Il s'articule autour de : La précision de la question de recherche, la méthode de recherche, la population de l'étude, les outils de collecte de données, la technique d'analyse de données.

### 4.1- PRECISION DE LA QUESTION DE RECHERCHE

Ce travail est intitulé : « *Mentalisation et trouble stress post traumatique chez les femmes victimes d'abus sexuels au Cameroun* ». Il questionne l'incidence du processus de mentalisation dans le TSPT à travers la question de recherche suivante : « *Comment la mentalisation participe-t-elle au trouble de stress post traumatiques chez les femmes victimes d'abus sexuels au Cameroun ?* », en d'autres termes, il est question de savoir de manière spécifique :

« *Comment les modes de mentalisation participent-ils au trouble stress post traumatique chez les femmes victimes d'abus sexuels au Cameroun ?* »

« *Comment la stratégie de mentalisation Concourt-elle au trouble stress post traumatique chez les femmes victimes d'abus sexuels au Cameroun ?* »

« *Comment le travail de mentalisation contribue-t-il au trouble stress post traumatique chez les femmes victimes d'abus sexuels au Cameroun ?* »

#### 4.1.1- Hypothèses de l'étude

Cette articulation présente l'hypothèse générale, entendue comme une réponse provisoire à la question principale de recherche précédemment posée, ainsi que les hypothèses de recherche issues de la description opératoire des variables.

##### 4.1.1.1- Hypothèse générale

L'analyse théorique de la préoccupation principale de cette recherche a permis de formuler l'hypothèse générale suivante : « *A travers les modes, la stratégie et le travail, la mentalisation adéquate participe à la réduction du trouble stress post traumatique chez les femmes victimes d'abus sexuels au Cameroun* ». Cette hypothèse résulte de la mise en commun de la variable indépendante et la variable dépendante qu'il convient de décrire.

#### **4.1.1.1.1- Variables de l'hypothèse générale**

L'hypothèse de la recherche met en relation deux concepts, deux faits, deux phénomènes :

- La mentalisation (VI)
- Le trouble stress post traumatique chez les femmes victimes d'abus sexuels au Cameroun (VD)

#### **4.1.1.1.2- Définition opératoire des variables de l'hypothèse générale**

L'hypothèse générale se construit à partir d'une intrication des concepts. Il s'agit de mettre en relief ce que ceux-ci recouvrent comme signification. Dans ce sens, cette rubrique se donne pour but de présenter l'espace conceptuel de la recherche, retenant à cet effet, les aspects concrets, jugés pertinents. Dès lors, une sélection des dimensions et significations des concepts de Mentalisation et de trouble de stress post traumatique chez les femmes victimes d'abus sexuels a été opérée. Il s'agit de ne plus juxtaposer les informations, mais de les intégrer dans deux cadres théoriques de référence qui se complètent, à savoir la psychanalyse dans son modèle psychosomatique de paris (Marty, Fain, Debray) ; et la psychosomatique dans son modèle réflexif (Fonagy, Bateman, Debbané), impliqués dans la compréhension de la problématique des processus psychiques. Ces dimensions et significations ont constitué l'ensemble des indicateurs susceptibles de prendre la forme d'un comportement, d'une attitude (Pourtois, Desmet & Lahaye, 2006, cités par Mgbwa, 2009)

#### **4.1.1.1.3- Variable indépendante : la mentalisation**

- **Modalité 1 : Modes de mentalisation**

**Indicateur : flexibilité du processus de mentalisation**

**Indices :** la mentalisation de jour, la mentalisation de nuit, adaptabilité de la mentalisation.

- **Modalité 2 : Stratégie de mentalisation**

**Indicateur : approches de mentalisation et leurs réussites**

**Indices :** tolérance à l'adversité (conflits intrapsychique, interpersonnels, événement de vie), modulation du degré d'ouverture consciente à l'expérience, élaboration mentale.

➤ **Modalité 3 : Travail de mentalisation**

**Indicateur : incidence de la mentalisation sur les représentations, les comportements, les attachements et les liens**

**Indices :** association d'idées et des représentations, régulation des émotions et des relations aux autres, élaboration des modèles explicatifs des comportements, réduction des conduites automatiques au profit des conduites plus contrôlées.

**4.1.1.1.4- Variable dépendante : la réduction du trouble de stress post traumatique chez les femmes victimes d'abus sexuels au Cameroun**

➤ **Modalités 1 : Conséquences psychotraumatiques**

**Indicateur : les troubles cognitifs, comportementaux et fonctionnels induits par le trauma**

**Indices :** syndrome de répétition, Syndrome d'évitement, altérations de la cognition, de l'affectivité, des attitudes, dysfonctionnements de la mémoire, réactions involontaires ou incontrôlées.

➤ **Modalité 2 : Troubles non spécifiques au TSPT**

**Indicateur : Symptômes non associés**

**Indices :** Troubles somatiques, Troubles de conduite, Troubles de l'humeur, Troubles anxieux, Troubles dépressifs

**Tableau 1 : Tableau synoptique des variables, modalités, indicateurs, indices de l'hypothèse générale**

Hypothèse générale	VI			VD		
« La mentalisation adéquate participe à la réduction du TSPT chez les femmes victimes d'abus sexuels »	La mentalisation			La réduction du TSPT		
	Modalités	Indicateurs	Indices	Modalités	Indicateurs	Indices
	Modes de mentalisation	<b>Flexibilité du processus de mentalisation</b>	-la mentalisation de jour -la mentalisation de nuit -adaptabilité de la mentalisation	Conséquences psychotraumatiques	<b>Troubles cognitifs, comportementaux et fonctionnels induits par le trauma</b>	-syndrome de répétition -Syndrome d'évitement -altérations de la cognition, de l'affectivité, des attitudes -dysfonctionnements de la mémoire -réactions involontaires ou incontrôlées
	Stratégie de mentalisation	<b>Approches de mentalisation et leurs réussites</b>	-tolérance à l'adversité -modulation du degré d'ouverture consciente à l'expérience -élaboration mentale	Troubles non spécifiques au TSPT	<b>Symptômes non associés</b>	-Troubles somatiques -Troubles de conduite -Troubles de l'humeur -Troubles anxieux -Troubles dépressifs
Travail de mentalisation	<b>Incidence de la mentalisation sur les représentations, les comportements, les attachements et les liens</b>	-régulation des émotions et des relations aux autres -élaboration des modèles explicatifs des comportements -réduction des conduites automatiques au profit des conduites plus contrôlées				

#### **4.1.1.2- Hypothèses de recherche**

Le travail de description des variables auquel nous nous sommes attelés en vue de rendre plus opérationnelle cette recherche a permis de dégager les hypothèses de recherche suivantes :

**HR1 :** « *Les modes de mentalisation contribuent à la réduction du TSPT chez les femmes sexuellement abusées au Cameroun* ».

**HR2 :** « *La stratégie de mentalisation participe à la réduction du TSPT chez les femmes sexuellement abusées au Cameroun* ».

**HR3 :** « *Le travail de mentalisation concourt à la réduction du TSPT chez les femmes sexuellement abusées au Cameroun* ».

#### **4.2- METHODE DE RECHERCHE : La méthode clinique**

Cette recherche s'inscrit dans une approche de type qualitative. Cette dernière vise à comprendre les sujets dans leurs agissements en s'intéressant au discours, aux intentions, aux modalités d'action et d'interactions. Cette démarche compréhensive cherche donc à appréhender comment les acteurs agissent et interagissent (Dumez, 2016).

Dans cette quête qualitative, nous faisons recours à la méthode clinique au travers de l'étude de cas afin de comprendre la totalité du cas étudié dans sa singularité et en milieu naturel. Cette méthode porte sur le recueil de faits par observation, entretien et analyse des productions du sujet et vise, d'après Lagache, à cerner la conduite dans sa perspective propre, à relever aussi fidèlement que possible la manière d'être et agir du sujet en situation (Pédinielli, 1999). Elle est donc appropriée pour la description, l'explication, la prédiction et le contrôle de processus inhérents à divers phénomènes, que ces derniers soient individuels, de groupe ou d'une organisation (Woodside & Wilson, 2003). Yin la définit l'étude de cas comme : « *(a) un phénomène contemporain, dans son contexte de la vie réelle, particulièrement quand (b) les frontières entre ce phénomène et son contexte ne sont pas clairement évidentes.* » (Yin, 1981, p. 59, cité par Dumez, 2016, P. 203)

#### **4.3- POPULATION DE L'ETUDE**

Le centre social de Yaoundé II Messa constitue la population cible de cette recherche. Dans ce grand ensemble, l'étude porte sur un nombre limité de sujets (Les jeunes femmes victimes

d'abus sexuels présentant un trouble stress post traumatique) qu'il faut choisir sur la base des critères objectifs en rapport avec les hypothèses de recherche.

#### **4.3.1- Critères de sélection des participantes**

La population retenue pour cette étude a été obtenue grâce à l'application de critères stricts d'inclusion et d'exclusion.

##### **4.3.1.1- Critères d'inclusion**

Pour participer à cette étude, il faut :

- Être jeune femme victime d'abus sexuel dans l'adolescence ;
- Présenter un TSPT consécutif à cet abus au Traumaq ;
- Avoir fait recours aux affaires sociales pour motif d'abus sexuel ;
- Être âgée de 18 à 22 ans pendant l'étude. Selon Averett et *al.* (2008), la jeune femme est celle dont l'âge situe entre 18 et 22 ans.

##### **4.3.1.2- Critères d'exclusion**

Pour cette étude, on a choisi d'exclure :

- Les jeunes femmes victimes d'autres formes de violences ;
- Les femmes en dessous de l'âge de 18 ans et au-dessus de l'âge de 22 ans ;
- Les jeunes femmes ne présentant pas de trouble de stress post traumatique consécutif à l'abus sexuel ;
- Les jeunes femmes présentant un trouble de stress post traumatique pour une cause autre qu'un abus sexuel

#### **4.3.2- Technique de recrutement des participants**

Pour obtenir les participants de l'étude, il a été appliqué la technique de l'échantillonnage non probabiliste, précisément l'échantillonnage typique (ou « par choix raisonné »). C'est une méthode qui se veut plus rationnelle qu'essentiellement fondée sur le bon sens et l'expérience commune (Beaud, 2009, p.265). En effet, on veut orienter la recherche sur un type de phénomène qui se distingue des autres : la participation de la mentalisation dans le trouble de stress post traumatique des femmes sexuellement abusées. Cette technique typique s'est avérée utile, choisissant les jeunes femmes sexuellement abusées, correspondantes aux critères précédemment évoqués et acceptant de participer à la recherche.

L'utilisation de cette technique se justifie dans ce cas par la pertinence des « choix raisonnés » qui l'accompagnent. Ce qui importe n'est pas la précision des résultats, mais la découverte d'une logique, d'un mécanisme, ce qui intéresse le chercheur, ce ne sont pas les variations même à l'intérieur de la population, mais plutôt quelques particularités de celle-ci (Beaud, 2009, pp.265-266). Dans cette logique, l'échantillon retenu est aussi pertinent que « le choix raisonné ». En effet, chaque jeune femme abusée est différente en raison de son histoire et sa relation à l'abuseur. Dans ce cas, même s'il peut y avoir quelques similitudes entre les cas, ils demeurent uniques. Ce qui revient à dire qu'« il ne s'agit pas d'élaborer un modèle à partir de l'observation d'un seul cas, mais de coordonner un réseau d'informations d'origine diverses » (Séron cité par Weil-Barais, 1997, p. 50).

L'approche qualitative qui guide cette recherche s'inscrit dans une vision holistique, globale du contexte étudié (Muchielli, 2009). C'est dire d'ailleurs que l'hypothèse formulée dans cette recherche n'a pas besoin d'être « vraie » pour être scientifique. « *Son caractère scientifique tient à la démarche plutôt qu'à une question de vérité. Confirmé ou infirmé, elle se déduit toute entière de la recherche des données qu'elle essayera de synthétiser* » (Girard, 2004, p.103). La singularité de l'observation implique d'avantage le chercheur, conduisant à des contraintes d'une autre nature, qui affectent tout autant le recueil des données que les hypothèses. Freud et sa suite dans chacune de leurs œuvres fondamentales, applique l'étude de cas. C'est l'exemple dans « les cinq 67 psychanalyses » des titres comme : « l'homme au rat », « l'homme au loup », « le cas de Dora », etc.

#### **4.3.3- Caractéristiques des participantes**

Les cas recrutés sont ceux qui ont le plus répondu à l'objectif de l'étude. L'identité des cas a été modifiée en changeant certaines informations comme le nom, et en n'insistant pas trop sur les lieux de résidence de ceux-ci. Suivant l'exemple de Freud et d'autres psychanalystes évoqués dans le cadre théorique de cette recherche, un pseudonyme a été donné à chaque sujet (Dalia et Delna) pour des raisons éthiques et déontologiques. La méthode d'étude de cas choisie, insiste sur le fait qu'il doit y avoir une inter-implication entre la connaissance du particulier et celle du général. En psychologie, les cas exemplaires existent. Par rapport à ce point de vue, Rouquoy (cité par Alberto, 2003, p. 74) écrit :

On distingue un nombre limité de personnes. La question de la représentativité au sens statistique ne se pose donc pas. Le critère qui détermine la valeur de l'échantillon devient son adéquation avec des personnes interrogées et en vérifiant qu'aucune situation de l'importance n'a été oubliée. Dans cette optique, les individus ne sont pas choisis en fonction de l'importance numérique de la catégorie qu'ils présentent, mais plutôt en raison de leur caractère exemplaire.

Les cas qui ont été définitivement retenus pour cette étude sont présentés dans le tableau ci-dessous :

**Tableau 2: Caractéristiques des participantes**

<b>Participant</b>	<b>Dalia</b>	<b>Delna</b>
<b>Age</b>	20 Ans	19 Ans
<b>Genre</b>	Femme	Femme
<b>Type d'abus sexuel</b>	Viol	Viol
<b>Période de l'abus</b>	A 14 ans	A 12 ans
<b>Lien à l'abuseur</b>	Beau-frère	Voisins (2)
<b>Niveau de scolarité</b>	Première D	Licence 1
<b>Rang dans la fratrie</b>	7/8	4/6
<b>Ethnie</b>	Bamiléké	Ewondo
<b>Religion</b>	Protestante	Catholique

#### **4.4- OUTILS DE COLLECTE DE DONNEES**

Cette recherche s'applique à une réalité clinique, c'est-à-dire unique en son genre : la vie psychique d'un sujet dans un groupe social, ses comportements, ses besoins et attentes, ses raisons d'agir, ses manières d'agir, ses manières de vivre l'abus sexuel. Il s'agit des jeunes femmes sexuellement abusées présentant un trouble stress post traumatique au Cameroun.

Dans l'optique de mieux saisir l'objet de cette recherche, nous faisons usage d'une clinique à mains nues et une clinique instrumentalisée ou armée. Dans la première, le psychologue n'emploie pas d'instrument, il est lui-même son propre instrument : c'est le cas de l'entretien clinique. Alors que la seconde emploie majoritairement les tests psychologiques pour se faire (Chilland, 2013).

Nous utilisons deux outils de collectes de données afin de répondre à nos questions de recherche : l'entretien clinique semi-directif et le test Traumaq.

#### **4.4.1- Guide d'entretien**

Nos entretiens étaient organisés sur la base d'un guide d'entretien rendu explicite autant que possible. Les thèmes et les sous-thèmes ont été exploités en focalisant l'attention sur des informations qui apportaient un nouvel éclairage et qu'il fallait approfondir par des relances, des demandes d'explications, des reformulations, etc.

##### **Période l'abus sexuel :**

##### ***Thème 1 : Mentalisation***

*Sous-thème 1 : Modes de mentalisation*

*Sous-thème 2 : stratégie de mentalisation*

*Sous-thème 3 : Travail de la mentalisation*

##### ***Thème 2 : trouble de stress post traumatique***

*Sous-thème 1 : conséquences psycho-traumatiques*

*Sous-thème 2 : troubles non spécifiques au TSPT*

#### **4.4.2- Cadre de l'entretien**

Les sujets ont été rencontrés au sein des services d'affaires sociales de Yaoundé II. Il était question repérer les requérants aux affaires sociales pour des motifs de violence, en particulier d'abus sexuels. Ensuite, On a eu à prendre attache avec l'assistante psychosociale responsable qui nous a permis de nous rapprocher des victimes présentant un stress post traumatique. Avant les entretiens, nous avons pris connaissance des dossiers des participantes après consentement au préalable afin de nous rassurer qu'ils correspondent bien à nos critères. Nous avons programmé

par la suite les entretiens qui se sont déroulés dans le calme et le respect de la liberté des participantes.

#### **4.4.3- Déroulement des entretiens**

Les entretiens se sont déroulés en deux phases majeures afin de permettre aux jeunes femmes de verbaliser autant que faire se peut dans un climat de la confiance. La première phase était la phase mise à l'aise, et la seconde phase consistait à l'entretien proprement dit.

La première phase avait pour objectif d'établir un climat de confiance participant/chercheur et un cadre propice à l'expression. C'est donc une étape qui vise à réduire les facteurs de résistance au profit de la verbalisation. Concrètement, il était question pour d'une prise de contact conviviale chercheur/participant assortie à des présentations individuelles. Ici, nous avons ressorti les objectifs et les bénéfices de cette étude tout en précisant la notion d'anonymat dans la recherche. Cette étape s'est terminée par la précision du cadre et l'aménagement du local de consultation fonction des participantes. Pour cela, nous faisons comprendre aux victimes qu'elles sont libres d'aborder les sujets dont elles se sentent capables et surtout qu'elles sont au centre de l'étude en tant qu'humain. Nous laissons la porte du local ouverte au moment de la consultation avec l'assistante psychosociale à proximité du local. Cette astuce permettait de baisser les défenses ces jeunes victimes qui ne se seraient pas sentie à l'aise dans un endroit clos avec le chercheur.

Les entretiens proprement dits se sont inspirés du guide d'entretien ci-dessus. Il y est question, tout en gardant une attitude non-directive, d'induire la parole et/ou le langage autour de l'ensemble des thèmes constituant le guide afin d'explorer les contours de la problématique. Des limites et des lignes à ne pas franchir ont été fixées dans le but de respecter les conditions du cadre à distinguer ici de l'environnement. La technique de l'entretien a consisté à soumettre un champ de l'étude où certaines caractéristiques de ce champ à la réflexion. Un champ de réflexion assez large a été présenté aux participantes et ensuite on s'est inséré dans la logique exprimée par les personnes interrogées. Toutefois, à partir de là, les jeunes victimes d'expérience sexuelle abusive avaient toute la liberté d'aborder les aspects du champ qui leur apparaissaient particulièrement pertinents en ce moment de la réflexion.

Les jeunes femmes avaient la liberté d'orienter leur discours dans diverses directions. Un sujet pouvait par exemple commencer sa réflexion au présent et finir au passé. Cette façon de faire témoigne ce qu'Alberello (2003, p. 72) affirme : « *l'intérêt de la méthode non directive : identifier*

*dans quelle direction, oriente les sujets interrogés et reconstituer ultérieurement la logique sociale des directions choisies.* » Au terme de ce parcours, les résistances constatées au début des entretiens s'atténuent progressivement, car on a su chercher des chemins sans entrer dans une « chasse de l'information », des chemins de plus en plus rassurants, sans tomber toutefois dans le piège des préjugés, des stéréotypes. L'action s'inscrivait dans une perspective d'entretien de recherche.

On était particulièrement attentif aux messages non verbaux. Les sujets pouvaient pour une raison ou une autre se retrouver dans l'incapacité de dire certaines choses, mais l'exprimer par son visage ou son corps. Ces éléments supplémentaires ont permis de recevoir une impression plus complète et plus authentique du message réel. Laisser les adolescents s'exprimer et transcrire à la mesure du possible l'intégralité de leurs discours paraissait importante. Ainsi, en prenant les notes, on se referait toujours au mode de vécu et de conduite des sujets. C'est dans la même logique que Schraml (1973, p. 64) citant Matarazzo souligne : « l'alternance de prise de notes et d'absence de notion fait ressentir consciemment ou inconsciemment au patient ce qui est retenu comme particulièrement significatif ». La prise des notes renforce la richesse des entretiens et les rend productifs.

#### **4.4.4- Présentation du Traumaq**

Ce questionnaire francophone d'évaluation du traumatisme psychique est développé en 2006 par Damiani et Pereira-Fradin. Il a pour objectif d'établir une mesure des manifestations du traumatisme psychique selon la fréquence et l'intensité. Il évalue le vécu du traumatisme pendant et après l'évènement. Ce questionnaire comporte 62 items répartis en 10 échelles dont les résultats permettent non seulement de poser un diagnostic du TSPT, mais aussi d'en évaluer la sévérité : c'est la partie quantitative. Ces échelles, allant de « A » à « J », évaluent respectivement :

- Le vécu pendant l'évènement en 8 items (A)
- L'intrusion de l'évènement en 4 items (B)
- La qualité du sommeil en 5 items (C)
- L'état anxieux en 5 items (D)
- L'hypervigilance en 6 items (E)
- Les altérations psychosomatiques en 5 items (F)
- Les troubles mnésiques en 3 items (G)
- L'état dépressif en 8 items (H)

- La culpabilité, dépréciation de soi et changement de cognitions en 7 items (I)
- La qualité de vie en 11 items (J)

En supplément, il comporte une partie qualitative basée sur le délai d'apparition des troubles et leur durée. Tout ceci fait transparaître quelques points forts de ce questionnaire. Il s'agit entre autres de :

- L'évaluation des symptômes spécifiques et des symptômes associés (non spécifiques au TSPT)
- L'évaluation du vécu traumatique pendant et après l'évènement
- Prise en compte de la qualité de vie
- Mesure du temps de latence et l'évolution des symptômes

#### **4.4.5- Passation du Traumaq**

Sa passation est d'une durée moyenne de 30 à 45 minutes environ. Elle peut être individuelle ou collective, en hétéro-passation. Il peut être administré à partir de 18 ans à toute personne ayant directement été exposée à un évènement traumatogène en tant que victime, auteur ou témoin. Tout ceci en fait un test très prisé en pays francophones.

#### **4.4.6- Utilisation du traumaq : Justification**

L'utilisation de ce questionnaire dans cette recherche se justifie surtout par le fait qu'au-delà du diagnostic et la sélection de nos participantes, il nous permet de voir l'état de notre hypothèse de recherche grâce aux multiples dimensions qu'il évalue. Ces dernières sont impliquées dans le trauma et la mentalisation. En Effet, la qualité du sommeil et l'intrusion de l'évènement (échelles C et B) fournissent des indications sur la qualité des modes de mentalisation, le vécu pendant l'évènement (échelle A), les troubles mnésiques ( échelle G ), et la qualité de vie (échelle J) sur la stratégie de mentalisation ; L'état anxieux, l'hypervigilance, les altérations psychosomatiques, l'état dépressif, La culpabilité, dépréciation de soi et changement de cognitions ( échelles D, E , F , H , I) sur le travail de mentalisation.

### **4.5- TECHNIQUE D'ANALYSE DES RESULTATS**

Une recherche qualitative a été menée auprès de 02 jeunes femmes sur la base des entretiens semi-directifs. Les données recueillies ont été analysées par la technique de l'analyse structurale (Mucchielli, 2009). La démarche de base de cette analyse est systématisée en quatre par Albarello (2003) suivant les travaux de Hiernaux :

- Inventorier, dans sous observation, les unités de sens qui, autour du propos analysé, semblent s'appeler les unes les autres
- Repérer les dispositions élémentaires au sein desquelles chacune de ces unités acquiert son sens propre en se séparant de ce qu'elle n'est pas (qu'est-ce qui est contre défini par rapport à qui ? Qu'est-ce qui est l'inverse de quoi ? Quels sont les couples de contre définitions ? »).
- Vérifier les associations entre unités ou termes d'un couple de contre définitions à l'autre (« qu'est-ce qui est associé à quoi ? Qu'est-ce qui est du même côté de quoi ? »).
- Ce faisant « *en remontant les filières* », dégager le graphe de la structure global qui constitue et distribue l'ensemble des unités selon un modèle particulier, qui fait le sens du segment de matériau observé et qui également esquisse le modèle culturel concerné » (Hiernaux, cité par Alberello, 2003, p. 84). Ainsi, les principales préoccupations étaient de :

- Focaliser l'attention sur la signification psychologique des phénomènes observés sur les plans psychoaffectifs et psycho cognitif ;
- Déterminer les contenus latents et/ou manifestes des discours recueillis afin de les connaître et de comprendre les interactions susceptibles d'exister entre eux ;
- Restituer la cohérence des récits des sujets. Il s'agit de la méthode des cas, démonstrative non seulement, mais aussi didactique des éléments à interpréter dans les récits des sujets, libres d'apparition dans les entretiens. La démarche consiste à 98 restituer les sentiments de cohérence en organisant une présentation dynamique des faits.

Le modèle théorique, développé dans les chapitres 2 et 3 ainsi que son opérationnalisation dans ce chapitre, ont fourni des indicateurs, c'est-à-dire les signes qui ont permis de regrouper les fragments de contenu suivant cette organisation structurale.

Une grille de lecture des contenus des entretiens a semblé indispensable pour s'assurer de la présence des indices qu'on a recensés au départ comme susceptible d'être identifié chez les sujets à travers les discours, les sensations corporelles répétitives ou chroniques... Cette grille de lecture comporte des catégories des éléments du discours, la nature de ces éléments, ainsi que les thèmes de référence. La grille a permis d'obtenir les positions de la mentalisation dans le discours

(flexibilité du processus, approches de la mentalisation et leurs réussites, et incidence de la mentalisation sur les comportements et liens) d'une part, et le rôle de ces positions dans l'expression du trouble de stress post traumatique et des troubles non associés à celui-ci chez les jeunes femmes sexuellement abusées qui ont constitué l'échantillon de cette recherche.

Conformément aux deux outils de collecte utilisés (entretien clinique semi-directif et Traumaq), la recherche comporte deux grilles d'analyse : l'une pour l'identification des éléments du langage (verbal et non verbal), et l'autre pour la cotation des réponses aux items du questionnaire. Au cours de cette entrevue, 02 sujets sélectionnés ont systématiquement fait l'objet d'une observation rigoureuse pendant les entretiens individuels. Cette conjonction d'outils, venait en effet, pallier un manque en permettant l'exploration d'un domaine peu étudié jusqu'à présent : la mentalisation chez ces femmes présentant un trouble de stress post traumatique consécutif à une expérience sexuellement abusive en contexte camerounais.

#### **4.5.1. Grille d'analyse des entretiens**

Après identification des éléments du discours des participantes, cette partie se charge de la relever des thèmes saillants de ces derniers afin de faciliter une analyse de contenu thématique en continu telle qu'énoncé plus haut. Cette analyse repère dans le discours et le langage non verbal des participants, les thèmes et sous-thèmes de notre guide d'entretien de recherche. On relève alors les occurrences de chaque dimension du discours chez chaque participante pour faciliter le contrôle de l'effet de saturation.

#### **4.5.2. Grille d'analyse du Traumaq**

Les notes brutes obtenues après passation sont converties en notes étalonnées. Les résultats obtenus au score global après étalonnage permettent de statuer sur le sujet soumis au questionnaire : un stress post traumatique très fort (Score 5), un stress post traumatique fort (score 4), un stress post traumatique moyen (score 3), un stress post traumatique léger (score 2), ou sur une absence de stress post traumatique (score 1).

## CHAPITRE 5 : PRESENTATION ET ANALYSE DES DONNEES

Ce chapitre présente brièvement les participantes de cette étude, ainsi que la procédure d'analyse des données. Il est question de présenter un aperçu de leur histoire, leurs résultats aux échelles du Traumaq, ainsi que l'analyse de leurs verbatims.

### 5.1- PRESENTATION DES PARTICIPANTES

Nous avons deux victimes de viol comme participantes à l'étude. Nous les avons surnommé Dalia et Delna.

#### 5.1.1- Dalia

Dalia est une jeune femme âgée de 20 ans, élève en classe de première littéraire dans un collège de Yaoundé. Elle est le 7<sup>ème</sup> enfant d'une fratrie de 8. Elle est bamiléké de Bafoussam (Ouest) et de religion protestante. Suite au décès de son père en 2005 et les ressources limitées de la mère, elle était contrainte à vivre avec sa grande sœur et son fiancé.

C'est à l'âge de 14 ans que son beau-frère abusa sexuellement d'elle, usant de menaces et intimidations. La petite Dalia ne peut alors pas parler de peur de voir les intimidations de son beau-frère mises à exécution. Cette situation la condamne davantage au silence. L'impact de ce viol est alors tellement traumatique que la petite développe alors une souffrance cliniquement significative qui l'empêche de vivre normalement au quotidien, avec de fortes répercussions sur ses études. C'est ainsi qu'elle présentera par la suite un décrochage scolaire et un retrait social qui lui ont valu de passer trois ans au quartier sans se rendre à l'école. Cette situation l'amène à aménager avec son frère aîné afin de reprendre ses études.

**Tableau 3: résultats au Traumaq chez Dalia**

Subtests/ Echelles	Notes brutes	Notes étalonnées	Résultats
Le vécu pendant l'évènement (A)	19	4	Intensité forte
L'intrusion de l'évènement (B)	8	4	Intensité forte
La qualité du sommeil (C)	6	3	Intensité moyenne
L'état anxieux (D)	4	2	Intensité légère

L'hypervigilance (E)	7	3	Intensité moyenne
Les altérations psychosomatiques (F)	11	5	Très forte intensité
Les troubles mnésiques (G)	5	3	Intensité moyenne
L'état dépressif (H)	17	4	Intensité forte
La culpabilité, dépréciation de soi et changement de cognitions (I)	9	3	Intensité moyenne
La qualité de vie (J)	7	4	Intensité forte
Total	95	4	Traumatisme Fort

Ce tableau montre que Dalia présente un trouble de stress post traumatique fort. Celui-ci est fortement caractérisé par des altérations somatiques et un ensemble des troubles dont le moins grave est l'anxiété.

La partie qualitative du Traumaq quant à elle, indique que les troubles sont apparus dans des délais relatifs d'une semaine à trois ans. Certains de ces troubles, bien que présents, ont fortement diminué.

### 5.1.2- Delna

Agée de 19 ans, Delna est une étudiante en Licence 1 des lettres modernes françaises vivant à Yaoundé. Elle est 4<sup>ème</sup> enfant d'une fratrie de 6. Ewondo originaire du Centre, elle est de religion catholique. Suite à la séparation de ses parents, elle était restée vivre avec sa mère. Mais pendant les vacances, elle partait chez son père.

A l'âge de 12 ans, alors qu'elle était allée en vacances chez son père, deux de leurs voisins plus âgés ont profité du fait qu'elle soit restée seule à la maison pour faire intrusion, usant de la force pour violer cette dernière. Delna restera dans le silence, ne révélant cet évènement à aucun de ses proches. Elle essayait de surmonter la situation toute seule jusqu'à ce qu'elle commence, depuis deux ans au moment de la consultation, à faire des rêves aux tendances homosexuelles qu'elle met en facilement en lien avec son expérience abusive.

**Tableau 4: résultats au Traumaq chez Delna**

<b>Subtests/ Echelles</b>	<b>Notes brutes</b>	<b>Notes étalonnées</b>	<b>Résultats</b>
Le vécu pendant l'évènement (A)	20	4	Intensité forte
L'intrusion de l'évènement (B)	12	5	Très forte intensité
La qualité du sommeil (C)	14	5	Très forte intensité
L'état anxieux (D)	12	4	Intensité forte
L'hypervigilance(E)	18	5	Très forte intensité
Les altérations psychosomatiques (F)	10	5	Très forte intensité
Les troubles mnésiques (G)	7	4	Intensité forte
L'état dépressif (H)	21	3	Intensité Moyenne
La culpabilité, dépréciation de soi et changement de cognitions (I)	20	5	Très forte intensité
La qualité de vie (J)	9	5	Très forte intensité
Total	143	5	Traumatisme très fort

Ce tableau montre que Delna présente d'un trouble de stress post traumatique qui entraîne une souffrance clinique très forte dans divers aspects psychopathologiques.

La partie qualitative montre que la majeure partie des troubles que présente celle-ci sont apparus dans un délai ponctuel allant du même jour à un mois et sont toujours présents au moment de la consultation avec une intensité peu variée dans l'ensemble.

## **5.2- ANALYSE DES VERBATIMS DES PARTICIPANTES**

Afin de mieux exploiter les verbatims de nos participantes, nous procédons par une analyse de contenu thématique en fonction des thèmes présents dans notre grille d'analyse.

## 5.2.1- Analyse des verbatims de Dalia

### 5.2.1.1-Modes de mentalisation

Les représentations consistent en une évocation des perceptions premières qui se sont inscrites et qui laissent des traces dans la mémoire. Ces représentations sont mobilisées aussi bien de jour que de nuit, et permettent ainsi les associations d'idées, la pensée et la réflexion intérieure. En journée, cette évocation peut porter sur les représentations d'une expérience particulièrement abusive ou traumatique associée à un trop plein d'excitations. C'est ce qui se traduit chez Dalia en ces termes : « ( ...) *Quand je reste, il y a des choses qui font que je me rappelle* » « *Généralement en journée, je suis plus exposée* »

Ces propos laissent transparaître un trop-plein d'excitations se traduisant par des représentations intrusives dont Dalia semble avoir des difficultés à lier et maîtriser. Ce qui explique aussi que, dans la grande partie de son discours, celle-ci formule des phrases et expressions incomplètes comme si les représentations des mots étaient indisponibles.

Ce processus de mentalisation s'opère de nuit au travers du système sommeil-rêve. Dans ce sens, le sommeil est à envisager sur le plan fonctionnel comme étant un impératif de désinvestissement de la sensori-motricité au profit de la restauration et le développement du soma. C'est dire qu'un sommeil insuffisant et de mauvaise qualité ne peut permettre une bonne restauration somatique. C'est ce dernier cas de figure qui s'illustre par un sommeil parfois interrompu et souvent de courte chez Dalia au travers de ces propos : « *Parfois, je fais des rêves... puis je reviens encore à cet instant-là (...) peut-être même une fois par mois ou peut-être une fois après deux mois* »

Elle ajoute : « *Bon ... j'ai beaucoup l'habitude de me coucher autour de minuit à 6h, euh donc 6 h de temps* »

Ces propos témoignent d'une mauvaise qualité de sommeil chez Dalia. En effet, elle ne dort qu'environ 6h par de temps par jour et ce sommeil est parfois entrecoupé par des phases cauchemardesques. Le corps ne récupère que très peu dans ces conditions, ce qui se traduit par la fatigue chez celle-ci : « *C'est fatigant.* »

Ce processus est variable chez un sujet en fonction des événements de vie. Cette flexibilité des représentations entraîne aussi un changement dans les pensées et la réflexion intérieure. Cet

évènement traumatique a amené Dalia à changer sa manière de voir la vie et de se projeter dans l'avenir. Le changement de pensée est perceptible dans le discours à travers ces propos :

Parce qu'avant ça moi j'avais d'autres rêves (...) Je m'imaginai quand j'étais plus jeune, je me disais que bon ...je vais décider d'arriver peut-être au mariage étant vierge et tout. Mais lorsque ça s'est produit, maintenant je me dis que ah !! ça ne sert même plus à rien. (...) Donc ce que je pensais avant, ça n'est plus la même chose que je pense maintenant.

Ces pensées ont aussi entraîné un changement dans son attitude et son comportement vis-à-vis des autres, comme l'illustre cet extrait : « *Mais c'est différent parce que, après ce qui s'était passé, les années à suivre, ça m'arrivait de ne même plus parler aux gens* ».

#### **5.2.1.2- Stratégie de mentalisation**

Certaines personnes abusées sexuellement ne présentent pas une incapacité à mentaliser de manière globale, mais plutôt un effondrement marqué de la capacité à réfléchir à leurs expériences traumatiques et leurs impacts. Ce qui transparait des propos de Dalia qui ne semble pas avoir des difficultés à mentaliser de manière générale : « *Je prends tout à la légère* ;

Cependant, lorsqu'il est question de faire référence à l'abus dont elle a été victime, On note un évitement d'émotions douloureuses ou confrontantes, notamment les affects et cognitions reliées au trauma. Ce qui se traduit dans le discours par le fait que cette dernière n'arrive pas à nommer l'abus : « *Je ne suis pas encore remise de ce truc là, ce qui s'est passé.* »

Cette intolérance à l'adversité se traduit aussi par des malaises au contact des hommes et des tentatives visant à oublier le trauma. C'est ce qui s'illustre dans ces mots : « *Mais après si peut-être on me touche un genre, ça me met mal à l'aise.* » ; Mais Dalia essaye tant bien que mal de mettre en place des stratégies lui permettant de mieux tolérer cette adversité : « *J'essaye de surmonter (...)* » ; « *J'essaye de rester là où il y a les gens, chercher à rire pour que ... ça me fasse oublier les soucis* »

Le degré d'ouverture consciente à l'expérience est fonction des mécanismes de défenses et les stratégies de régulations émotionnelles plus ou moins matures et adaptatives utilisés contre les

représentations particulièrement menaçantes. On note une certaine fermeture à l'expérience qui se traduit par une incapacité à nommer ou aborder l'évènement traumatique comme en témoignent ces fragments de son discours : « *J'ai l'impression que je ne suis pas encore remise de ce truc là, ce qui s'est passé. (...) Parfois je fais des rêves... puis je reviens encore à cet instant-là* ».

L'élaboration psychique, considérée par Freud comme le travail accompli par l'appareil psychique en vue de maîtriser le trop-plein d'excitations qui dont l'accumulation risque d'être invalidante pour le sujet. Ce travail passe par l'intégration psychique des excitations, voire leur connexion associative (Laplanche et Pontalis, 1981). C'est cette tentative défectueuse d'élaborer l'expérience abusive qui transparait des propos de Dalia :

Je vais causer avec cette personne pour voir si la situation peut peut-être changer, pour voir si je peux guérir de mes blessures parce que, parfois je me dis que si c'est un homme qui m'a mis dans cette situation, c'est aussi un homme qui peut me ressortir. Donc du coup, j'ai envie d'essayer, mais lorsque j'arrive, après ... je ne sais pas ce qui me prend, du coup j'abandonne

Cet échec d'élaborer psychique de ses affects apparait aussi lorsqu'elle affirme : « *je ne sais pas. J'ai toujours cette peur en moi lorsque je suis peut-être prêt d'un homme. Et... donc subitement j'ai peur* »

### **5.2.1.3- Travail de mentalisation**

Les associations d'idées sont conditionnées par la qualité des représentations, à savoir : la disponibilité d'évocation et de liaison de celles-ci (entre représentations de la même époque et de différentes époques). Ces extraits témoignent d'associations de représentations de la même époque Chez Dalia :

« *Il faut quand même dialoguer parce que rester toujours seule dans mon coin, ça attire l'attention et ce n'est pas vraiment bien.* » ; « *Je vais causer avec cette personne pour voir si la situation peut peut-être changer* »

Illustrant aussi sa capacité à associer les représentations d'époques différentes, elle ajoute :

*« Mais c'est différent parce que, après ce qui s'était passé, les années à suivre, ça m'arrivait de ne même plus parler aux gens »*

Dalia présente des difficultés dans la régulation des émotions et des relations aux autres. Ce qui se traduit par une peur incontrôlée lorsqu'elle est en présence des personnes de sexe opposé, ce qui trahit une incapacité du Moi à filtrer les excitations en cas de conflit interne ou interpersonnel. Ces difficultés s'illustrent en ces termes : *« J'ai toujours cette peur en moi lorsque je suis peut-être prêt d'un homme »* ; *« Je peux me sentir mal à l'aise face à un Homme »* ; *« Je suis plus exposée, donc c'est du genre je suis plus entourée des garçons »* ; *« Je n'ai pas l'habitude de raconter mon histoire à quelqu'un »* ; *« Je vais inventer une histoire juste pour se débarrasser de la personne »*. Même si elle essaye tant bien que mal de s'adapter à son environnement social : *« J'essaye de ne pas montrer ma faiblesse »* ; *« Je vais rester ferme face à ça »*.

Pour Fonagy et Target (2002), la capacité à mentaliser devrait permettre à l'individu d'interpréter le sens de ses comportements et ceux des autres dans l'optique de prédire et mieux comprendre les relations aux autres pour une meilleure régulation émotionnelle. On peut repérer une certaine évolution dans ce sens au travers de ces extraits :

Je me dis que je suis encore traumatisée, que je ne suis pas encore vraiment remise même comme beaucoup d'années se sont écoulées mais, ça ne va vraiment pas (...) Ce qui me fait penser ça c'est que, après ça, j'ai quand même eu encore quelques tentatives (...) C'est ça qui fait que je pense comme ça .

Cette activité d'élaboration est d'avantage stimulée par le soutien des femmes de l'association comment en témoignent ces explications de Dalia :

Je ne peux pas rester subitement j'ai mal parce que je suis toujours entourée ou et j'essaye déjà de parler un peu. Mais c'est différent parce que, après ce qui s'était passé, les années à suivre, ça m'arrivait de ne même plus parler aux gens. Donc je ne parlais plus, je ne voulais même plus aller à

l'école. C'est tout ça qui a fait que je passe trois ans au quartier je ne fréquentais pas. Je ne parlais pas, c'est après que j'ai connu l'association, Qu'elles m'ont appris à m'exprimer un peu, à dialoguer.

#### **5.2.1.4- Conséquences psychotraumatiques**

Les participantes présentent un syndrome de répétition constitué de cauchemars nocturnes et de reviviscences diurnes. De nuit, la victime revit au travers des cauchemars l'évènement initiateur avec la certitude effrayante que l'évènement est en train de se produire. De jour, dans des circonstances qui peuvent s'y prêter, le sujet revit la scène traumatique percevant parfois, de manière superposée, le réel de la scène et la réalité présente. Cette description correspond à Dalia qui présente des cauchemars de nuits et des souvenirs intrusifs de jour comme en témoignent ces fragments de son discours :

Parfois je fais des rêves... puis je reviens encore à cet instant-là (...) Oui, c'est quand ça revient, je me sens un peu mal à l'aise (...) Parfois j'ai l'impression quand je bois, je n'oublie pas ça revient même encore plus (...) Quand je le vois... ça me revient. (...) Il y a des choses qui font que je me rappelle

Ces victimes de trauma évitent constamment les stimuli évoquant l'évènement traumatique. Cet évitement porte sur les pensées et souvenirs associées, ainsi que sur les lieux objets, personnes et situations associés à l'évènement (Crocq & al., 2014). C'est dans ce sens que Dalia affirme : « *je veux surtout essayer d'oublier même. (...) Donc je ne parlais plus, je ne voulais même plus aller à l'école. C'est tout ça qui a fait que je passe trois ans au quartier, je ne fréquentais pas* ». Cet évitement prend aussi corps lorsqu'elle essaye d'éviter les contacts avec les hommes.

Tout ceci a des répercussions sur sa sexualité plus qu'elle ne parvient plus à passer à l'acte avec son copain. En effet, pour Damant (1993), les victimes d'abus sexuels présentent souvent une sexualisation traumatisante, c'est-à-dire des conduites non conformes au niveau de développement de l'individu et à ses relations interpersonnelles. Les conséquences en rapport à la sexualité sont, chez les victimes adultes, le développement chez certains des symptômes de peur, de culpabilité,

de dégoût, d'aversion et d'anxiété. Voici l'illustration de cette sexualité problématique dans les propos de Dalia lorsqu'elle essaye d'expliquer sa peur des hommes : « *ce qui me fait penser ça c'est que, après ça, j'ai quand même eu encore quelques tentatives. Et ça ne s'est pas produit mais on a encore voulu, même plusieurs fois, je n'y arrivais pas* ». Son expression orale est d'ailleurs tremblante.

D'après Crocq et ses collaborateurs (2014), la plupart des traumatisés présentent une altération de la personnalité sous l'impact du trauma. Ceux-ci ne perçoivent plus le monde comme avant et changent leur manière de se comporter dans les relations elles-mêmes et à l'autre. Ces propos illustrent bien ce changement chez Dalia :

Ça arrive même parfois que je dis que bon moi je n'ai même plus envie de me marier parce que si je me marie, et que peut être mon mari puisse aussi me faire la même chose du coup j'ai peur.

Ce changement touche aussi à son rapport à elle-même notamment son estime de soi et son image corporelle :

Il y a aussi mon corps, parce qu'avant ça, j'avais moins de poids. C'est après ça que j'ai pris plus le poids. Moi-même je ne comprends pas parce que comment ça se fait... qu'est-ce qui peut faire en sorte que je prenne du poids parce que, après je me suis développée plus vite or que j'étais... je n'avais pas le corps mais après cette situation je me suis développée très vite jusqu'à je fais déjà plus que mon âge, je parais plus grande c'est pour ça que moi-même j'ai toujours commencé à vraiment détester mon corps jusqu'à présent. Et je me dis toujours que tout ça c'est à cause de lui, c'est à cause de lui.

Se référant aux travaux d'Ehlers et Clark (2000) ; Mouchabac et al. (2016) le TSPT peut être envisagé comme un trouble de la mémoire. La dysfonction du processus d'encodage

(enregistrement en mémoire) de l'évènement traumatique crée des perturbations générales dans le fonctionnement mnésique. Ces perturbations chez Dalia s'illustraient par des oublis fréquents :

Il m'arrive parfois d'avoir des oublis, très souvent même. J'oublie, mais après je me rappelle, après ça revient. Je peux oublier maintenant après peut être trois jours ce que j'avais oublié me revient donc je n'oublie pas définitivement.

### 5.2.1.5- Troubles non spécifiques au TSPT

Les femmes traumatisées vivent un état de détresse c'est-à-dire est une expérience émotionnelle trop intense, trop vraie sans recul symbolique. Cette expérience implique des réponses urgentes, car mal tolérée, elle conduit à des actions autocalmantes, agitation impuissante, appels à l'aide répétés dont le but est de s'en débarrasser. Sa régulation émotionnelle passe par le recours à l'autre qui joue le rôle de contenant. Cet autre peut aussi être un objet comme l'alcool. Dans le même sens, chez Crocq et ses collaborateurs (2014), il s'agit d'une alternative visant à fuir un vécu douloureux et insupportable. Voici les propos de Dalia :

Je consomme l'alcool. A part l'alcool, il n'y a plus rien, mais je consomme quand même l'alcool (...) quand ça me revient je peux consommer tellement, mais quand c'est dans les occasions je peux même boire une ou deux bières et puis ça va. Mais lorsque ça me revient, je bois même si c'est combien, même si c'est 6-7.

Les personnes traumatisées présentent un ensemble de troubles psychologiques caractérisé par une anxiété excessive, une peur diffuse, des inquiétudes et comportements typiques en fonction du contexte. Ces symptômes sont fréquents, intenses et inadaptés justifient l'appellation de trouble anxieux (Belon, 2019). Les propos de Dalia font acte de cette peur intense inadaptative et incontrôlée comme en témoignent ces extraits de son discours : « *Je rentre la peur s'installe à nouveau* » ; « *Quand je rentre la peur s'installe à nouveau et je me renferme* » ; « *J'avais peur* » « *ça me fait même peur* » ; « *donc subitement j'ai peur* » ; « *J'avais peur que les autres filles aussi* »

*mal parlent de moi et me rejettent » ; « J'avais tellement peur que, je peux marcher comme ça et puis, une autre personne aussi vient refaire la même chose ».*

Pour Lebigot (2005), la dépression accompagne toujours les troubles post traumatiques. Elle est variable d'un sujet à un autre allant de la simple tristesse au délire mélancolique. Et renforcée par les sentiments de culpabilité et de honte qui accompagnent les victimes de viol (Crocq & al., 2014, chapitre 7). Cette description illustre l'état de Dalia comme en témoignent ces extraits : « *Je vais me morfondre et culpabiliser* » ; « *je me renferme.* » ; « *J'avais honte* » ; « *J'avais l'impression qu'il a brisé tout, que tout était fini pour moi* » ; « *Je n'avais plus la tête à rien* » ; « *Je ne voulais plus rien faire* ».

## **5.2.2- Analyse des verbatims chez Delna**

### **5.2.2.1-Modes de mentalisation**

Les excitations liées aux situations de vie se déchargent par deux principales voies : la voie mentale et la voie comportementale et sensorielle. Ainsi, lorsqu'une émotion liée à un évènement de vie est mal mentalisée, elle conserve un lien étroit avec le corps dans sa tendance à l'action, comme si celle-ci devait être exprimée de toute urgence. Ces manifestations corporelles s'observent chez Delna lorsqu'elle dit :

C'est comme si je suis là sans être là, je me perds dans mes pensées. Et parfois, le fait d'y penser me donne l'impression que j'étouffe, comme si je n'arrivais pas à bien respirer. Ça me fait souvent paniquer quand ça arrive. Et j'ai l'impression que me problème me rendent plus nerveuse et agressive.

Ce qui laisse penser que la situation abusive n'a pas été bien mentalisée.

Le processus de mentalisation s'effectue de nuit au travers de la conjonction de deux processus respectifs à savoir le rêve et le système sommeil-rêve. Dans l'un les représentations fournissent les éléments du rêve et dans l'autre il est question de désinvestir la sensori-motricité au profit du soma. Chez Delna, ce système sommeil- rêve semble rencontrer des difficultés à désinvestir et restaurer le soma comme l'illustre cet extrait :

Je ne dors pas tôt généralement, je ne dors pas avant au moins minuit, voire une heure. J'ai vraiment du mal à dormir normalement. Parce que vers 22-23h j'ai déjà tout fini de faire mes travaux mais pour trouver le sommeil sans rien prendre ce n'est pas facile, c'est pourquoi je prends souvent les somnifères pour bien dormir. Mais parfois ça me dérange parce que je dois être debout tôt à 6h.

Ce processus n'est pas un processus statique. Elle varie au sein d'un même individu et d'un individu à l'autre au cours et selon les évènements de vie (Marty, 1991). Chez Delna, on note cette flexibilité du processus de mentalisation se traduisant par le changement d'attitude de jour et de comportement de nuit (dormir) comme en témoignent ces extraits :

Je dormais bien avant que ça n'arrive, parfois même en journée. C'est quand c'est arrivé que tout a changé, j'ai commencé à ne plus bien dormir normalement, jusqu'à présent le sommeil ne me réussit pas vraiment.

### **5.2.2.2-Stratégie de mentalisation**

Les personnes abusées sexuellement ne présentent pas toujours une incapacité à mentaliser de manière globale, mais plutôt un effondrement marqué de la capacité à réfléchir à leurs expériences traumatiques et leurs impacts. Chez Delna, on observe tantôt ces difficultés à réfléchir sur son expérience abusive, d'autre part une tentative de reconstruction limitée : « *D'autrefois quand je pense à ça j'essaye d'être forte mentalement. Je me dis que ça doit passer un jour* » ; « *J'essaye comme je peux de vivre avec ça mais ce n'est pas facile de passer à autre chose.* »

Les personnes ayant vécu un évènement particulièrement douloureux tel que le viol, présentent souvent un évitement des représentations liées au trauma est fonction des mécanismes de défenses et les stratégies de régulations émotionnelles plus ou moins matures et adaptatives utilisés contre les représentations particulièrement menaçantes (Marty, 1991 ; Beaulieu-Pelletier et Phillippe, 2016). Tout comme chez Dalia, on note une certaine fermeture à l'expérience qui se traduit par une incapacité à nommer ou aborder son expérience traumatique abusive. Voici quelques extraits du

discours de Delna : « *avant que ça n'arrive* » « *ce qui était arrivé je me dis que c'est sûrement ça* » « *j'ai compris que les traumatismes-là* »

L'élaboration psychique, considérée par Freud comme le travail accompli par l'appareil psychique en vue de maîtriser le trop plein d'excitations dont l'accumulation risque d'être invalidante pour le sujet. Ce travail passe par l'intégration psychique des excitations voire leur connexion associative (Laplanche et Pontalis, 1981).

Mais la vie continue, C'est vrai que ce n'est pas facile parce que j'ai toujours des malaises mais pas comme c'était souvent avant. En plus j'apprends déjà à me socialiser, à ne pas paniquer pour rien.

### **5.2.2.3- Travail de mentalisation**

Les représentations qui constituent la base de la vie mentale, fournissent les éléments des rêves. Elles peuvent être variées et portant sur diverses époques (Marty, 1991). Chez Delna, ces représentations mobilisées dans le rêve sont riches de symbole (conflit intrapsychique, réalisation hallucinatoire) C'est ce qui apparaît dans le discours de sur cet extrait :

C'est vraiment embarrassant, les rêves bizarres, c'est vraiment les rêves bizarres. Il y a des rêves où je couche avec les femmes. Et j'ai eu à me faire plaisir souvent après ces rêves-là [d'un ton très bas]. Pourtant, ce sont les hommes qui m'attirent dans la réalité, mais avec ce qui s'est passé j'ai vraiment très peur des Hommes mais ça n'est pas pour autant que je vais sortir avec les femmes.

Delna aussi semble présenter des difficultés dans la régulation de émotions et des relations aux autres. Elle semble répondre par la peur et l'agressivité lorsqu'elle est en présence des personnes de sexe opposé ce qui pourrait traduire une incapacité du Moi à filtrer les excitations en cas de conflit interne ou interpersonnel. D'après Debray, cette réaction traduirait une mauvaise *régulation du fonctionnement psychique*. Voici ses propos : « *Je ne peux plus encore vraiment faire*

*confiance à un garçon. (...) Je cherche à avoir une relation stable et à contrôler ma peur d'être touchée. »*

Elle ajoute :

Oui c'est surtout quand il est proche. Tant que chacun gère ses choses il n'y a pas de problème. C'est vrai que je ne suis pas d'abord facile mais je deviens très colérique quand un garçon veut se rapprocher de moi mais en réalité c'est que j'ai peur et ça me dérange même avec mon petit ami.

Cette capacité à mentaliser permet à l'individu d'interpréter le sens de ses comportements et ceux des autres dans l'optique de prédire et mieux comprendre les relations aux autres pour une meilleure régulation émotionnelle. On peut repérer une certaine évolution dans ce sens au travers des propos de Delna :

Je pensais que ce qui était arrivé allait rester derrière moi, mais maintenant je me dis que c'est sûrement ça qui me fait faire les rêves ci parce que lorsque je cherchais sur le net à chaque fois, j'ai compris que les traumatismes-là ne partent pas comme ça si facilement.

L'un des axes d'appréhension de la mentalisation est *l'axe automatique-contrôlé*. Ce dernier quant à lui porte sur la nature des processus en jeu, s'ils sont d'avantage rapides et non-explicites (pôle automatique) ou lents et plus explicites (pôle contrôlé). C'est dire qu'on peut observer la prédominance d'un pôle sur l'autre selon le mode d'expression du sujet observé (Fonagy & Luyten, 2009). C'est ainsi qu'on semble voir chez Delna, une prédominance du pôle automatique donnant ainsi lieu à des conduites plus spontanées, rapides illustrant son tempérament impulsif et agressif. Voici ses propos :

Mes copines disent que je suis agressive avec les gens et que je me fâche trop, que je suis nerveuse et impulsive. Moi je ne me rends pas souvent trop

compte. [Sourire]. Je ne peux pas rester et commencer à parler mal aux gens pour rien même si je réagis parfois excessivement.

#### 5.2.2.4- Conséquences psychotraumatiques

Les victimes de traumatismes présentent un syndrome de répétition constitué de cauchemars nocturnes et de reviviscences diurnes. De nuit ces personnes revivent au travers des cauchemars l'évènement initiateur avec la certitude effrayante que l'évènement est en train de se produire. Parfois d'autres cauchemars apparaissent en substitution au cauchemar portant sur le trauma comme c'est le cas chez Delna. Le jour, dans des circonstances, le sujet revit la scène traumatique par des pensées intrusive ou flash-back. Ce syndrome est encore présent de nuit comme de jour. De nuit : « *Je rêvais encore de ça et je paniquais à chaque fois* »

En journée, les pensées intrusives :

Pour ce qui est de mes journées il n'y a plus trop vraiment de souci comme avant. C'est quand ça venait d'arriver que j'avais peur tout le temps même en journée comme si je revivais ça. Je crois que ça diminue au fil du temps ou alors j'essaye de m'habituer progressivement même si je me perds déjà encore à repenser à ça ces derniers temps.

Les personnes traumatisées évitent constamment les stimuli évoquant l'évènement traumatique. Cet évitement porte sur les pensées et souvenirs associées, ainsi que sur les lieux objets, personnes et situations associés à l'évènement (Crocq & al., 2014). Chez Delna, l'évitement porte surtout sur les personnes comme l'illustre ce fragment : « *Ce qui me fait paniquer le plus souvent, c'est quand je suis avec beaucoup d'Hommes ça me fait paniquer beaucoup. C'est pour ça que j'évite souvent.* »

Les personnes traumatisées présentent souvent une altération de la personnalité sous l'impact du trauma. Celles-ci ne perçoivent plus le monde comme avant et changent leur manière de se comporter dans les relations elles-mêmes et à l'autre (Crocq & al., 2014).

Cette altération touche aussi bien aux attitudes mais aussi à l'affectivité au travers de l'image corporelle comme en témoignent respectivement ces deux extraits de Delna : « *Non, mais*

*quand on grandit on change aussi. Mes copines commencent déjà à s'habituer, elles savent que je suis comme ça. » ; « je me sens d'abord sale. » ; « Je me sens vraiment sale et souillée. Comme si on a seulement détruit ma vie. ».*

#### **5.2.2.5- Troubles non spécifiques au TSPT**

Les personnes qui présentent des mauvaises capacités à mentaliser présentent souvent des processus de somatisation par régression et par déliaison pulsionnelle (Marty, 1991). Ces problèmes somatiques sont variables (Lebigot, 2005, P.70). D'après Lachowsky et Winaver, (2003), Certains problèmes gynécologiques (douleurs pelviennes chroniques et autres pathologies génitales) peuvent être liés à des abus sexuels récents ou précoces. Ce qui semble être le cas chez Delna qui présente des plaintes somatiques sous la forme des dysfonctionnements gynécologiques tels qu'illustrés dans ce discours : *« (...) énormément, il y a les douleurs inexplicables que j'ai souvent » ; « C'est les problèmes de femmes, des douleurs dans le bas ventre. Ça finit et ça recommence après certaines périodes. ».*

Les personnes traumatisées présentent souvent des troubles de Conduite. Ces conduites varient entre l'alcoolisme, la toxicomanie, la prise de médicaments sédatifs et les troubles des conduites alimentaires notamment l'anorexie, la boulimie ou l'alternance des deux (Lebigot, 2005). C'est un trouble de comportement alimentaire de type boulimique que l'on observe chez Delna à l'analyse de ce fragment de son discours :

*Je mange beaucoup ces derniers temps. (...) Oui j'ai beaucoup l'appétit même, sauf quand on a une série de cours sur la journée, c'est là où j'oublie parfois. Ce que je fais plus c'est grignoter, je m'arrange à toujours avoir un truc à grignoter dans mon sac, quand je passe toute la journée à la maison alors c'est plus fort que moi parce que je mange bien plus, jusqu'à je me purge souvent pour me libérer.*

Les personnes traumatisées présentent un ensemble de troubles psychologiques caractérisés par une anxiété excessive, une peur diffuse, des inquiétudes et comportements typiques en fonction du contexte. Ces symptômes sont fréquents, intenses, et inadaptés justifient l'appellation de trouble anxieux (Belon, 2019). Cette anxiété se traduit par ces propos : *« J'avais toujours peur que la porte*

*ne soit pas fermée. Et tout le temps je partais vérifier que la porte est fermée. (...). J'avais peur qu'ils reviennent et je ne pouvais le dire à personne. »*

Les personnes traumatisées présentent toujours des troubles dépressifs accompagnant les symptômes spécifiques au trauma (Lebigot, 2005). Cette dépression est variable d'un sujet à un autre allant de la simple tristesse au délire mélancolique. Elle peut être renforcée par les sentiments de culpabilité et de honte qui accompagnent les victimes de viol (Crocq & al., 2014). Chez Delna cette dépression est présente. Elle conduit à des isolements : *« que je fais même quoi de bon ? souvent quand je suis dans la chambre, je reste couchée comme ça, je pleure bien même, c'est comme si ma part de vie c'est seulement vivre les problèmes. »*

Une perte d'intérêt et les sentiments d'avenir bouchée :

(...) la fatigue, je n'ai vraiment envie de rien faire de bon ces derniers temps, je me sens constamment mal. Parfois, J'ai l'impression que tous mes efforts ne servent à rien, et je ne peux pas revenir en arrière pour changer ça.

## **CHAPITRE 6 : INTERPRETATION DES RESULTATS**

Il est question dans ce chapitre d'interpréter les résultats issus de notre analyse afin de leur attribuer un sens et ainsi répondre à notre question de recherche. Il s'articule principalement autour de la synthèse des résultats, l'interprétation des résultats et la discussion de ces résultats.

### **6.1- SYNTHÈSE DES RESULTATS**

La synthèse de nos résultats peut se faire par le rappel des données théoriques et des données empiriques.

#### **6.1.1- Rappel des données théoriques**

Ce travail fait converger les apports de plusieurs écoles théoriques pour comprendre et examiner au mieux les concepts de nos variables d'étude et leur lien. Pour ce faire, il est question d'intégrer divers apports pour une meilleure description du processus de mentalisation et le traumatisme psychique liée aux expériences sexuellement abusives.

Le processus de mentalisation est un processus Flexible et dynamique car en plus d'être mobilisé de jour comme de nuit, il est variable d'un individu à l'autre ainsi que chez le même individu en fonction des événements de vie. De jour, ce processus mobilise les représentations mentales qui sont impliquées dans la réflexion intérieure, la pensée et les associations d'idées. C'est pourquoi d'élaboration mentale serait fonction de la qualité et la quantité des représentations mentales. Dans certains cas, les représentations mentales peuvent s'avérer indisponibles du fait de l'évitement ou la répression des représentations liées à un événement traumatique, c'est-à-dire d'une tonalité affective douloureuse, ce qui rend difficile le travail d'élaboration mentale. (Marty, 1991 ; 2001). De nuit, ce processus est fonction du rêve comme voie de décharge des excitations pulsionnelles, mais aussi du désinvestissement de la sensori-motricité en vue de restaurer le soma (Marty, 1991 ; Fain, 2001). C'est aussi un processus dont la flexibilité permet à l'individu de s'adapter à l'adversité sur le plan intrapsychique et interpersonnel (Debray, 1997). Cette adversité pouvant être un traumatisme psychique.

La tolérance au trauma, ainsi que la régulation du fonctionnement psychique, dépendent alors de la réussite des stratégies de mentalisation mobilisées par le sujet. D'après Beaulieu-Pelletier et Phillippe (2016), ces stratégies sont fonctions des états mentaux, eux-mêmes fonction de deux processus en cause, à savoir le processus d'élaboration mentale qui vise à mobiliser les représentations en vue d'organiser et élaborer l'activation somatique brute, et la modulation du

degré d'ouverture consciente à l'expérience qui détermine alors les mécanismes de défense et de régulation émotionnels mobilisés. En d'autres termes, moins le sujet est fermé à l'expérience traumatique et plus il use des mécanismes de défense et de régulation émotionnelle dits matures, plus celui-ci tend à surmonter et intégrer son traumatisme dans le cours normal de la vie.

Ce travail de la mentalisation a une incidence sur la régulation des émotions et des relations aux autres. En effet, la régulation des émotions et des relations soi-même passe par la fonction autoréflexive de l'individu, c'est-à-dire son habileté de comprendre les états mentaux qui sous-tendent ses réactions et comportements ainsi que ceux des autres. C'est cette posture qui permet de considérer les paramètres déterminants dans la conduite humaine et de construire les modèles explicatifs autour des comportements pour les rendre plus compréhensibles et moins menaçants (Fonagy et Target, 2002 ; Fonagy, 2008). Lorsque ce travail de symbolisation est correctement effectué, l'individu tend à adopter une conduite alors moins spontanée et rapide, c'est-à-dire plus explicite et contrôlée (Fonagy & Luyten, 2009). Ce qui n'est pas souvent le cas lors des traumatismes psychiques. En effet, les capacités de mentalisation spécifiques au trauma, ainsi que les niveaux de mentalisation de la souffrance liés au traumatisme sont variables (Maheux & al., 2016 ; Lecours, 2016).

Ces traumatismes psychiques sont des événements qui, du point de vue économique, font effraction dans le psychisme de la victime, débordant ses défenses et ses capacités à élaborer psychologiquement dans le but d'induire un certain nombre de troubles chez celle-ci (Freud, 1923 ; Laplanche & Pontalis, 1981). Dans ce sens, le trouble de stress post traumatique est une détresse psychopathologique consécutive à cette effraction. Ce trouble se présente sous la forme de syndrome de répétition, d'évitement, d'activation neurovégétative, et d'altération négative des cognitions relatives au trauma ; et des symptômes non associés (APA, 2015). Sur le plan cognitif et comportemental, les dysfonctionnements contribuent, avec d'autres facteurs, au développement et à l'entretien de ces troubles. En d'autres termes, Ce sont les tentatives cognitives et comportementales visant à réduire la détresse psychologique à court terme qui contribuent à entretenir involontairement le trouble. En effet, les reviviscences seraient liées aux dysfonctions de la mémoire dans ses fonctions d'encodage au moment de l'événement, mais aussi de remémoration après l'événement (Vicent, 2004 ; Cvetek, 2008). Tandis que l'évitement et la réactivité

neurovégétative représentent des stratégies inadaptées pour faire face à la menace interne (Ehlers et Clark, 2000, cités par Galliot & *al.*, 2019).

Les symptômes non associés dans le TSPT renvoient aux différents troubles présents parfois qu'on pourrait retrouver dans d'autres pathologies mentales. Dans ce sens, le trouble d'anxiété occupe une place de choix. Souvent évoqué lorsque les symptômes d'anxiété sont fréquents, intenses ou inadaptés (Belon, 2019). Plusieurs troubles (sexuels, dépressifs, alimentaires, du sommeil, phobiques, d'estime de soi et retrait social) peuvent aussi émerger comme des conséquences de la dynamique traumatisante des abus sexuels (Damant, 1993).

### **6.1.2- Rappel des données empiriques**

L'évocation des représentations liées à une expérience sexuellement abusive peut s'avérer particulièrement douloureuse et difficile à lier pour l'appareil psychique. C'est pourquoi, le Moi peut alors user des stratégies d'évitement des représentations se rapportant à cet événement, les rendant ainsi indisponibles dans le discours. Cette difficulté est présente chez nos cas, mais elle semble s'illustrer de manière différente : alors que, dans la grande partie de son discours, l'une est hésitante et formule des phrases et expressions incomplètes comme si les représentations des mots étaient indisponibles, l'autre quant à elle, évite les représentations liées à l'évènement tout en adoptant un langage plus spontané avec une forte tendance au langage corporel au moment de l'entretien comme si les émotions non verbalisées s'exprimaient par le corps.

Dans la nuit, le comportement des femmes abusées laisse croire que la mentalisation ne s'opère pas normalement grâce au rêve et au sommeil. En effet, non seulement elles ne dorment pas suffisamment tôt, mais lorsqu'elles y parviennent les cauchemars viennent souvent altérer la qualité de leur sommeil qui n'est plus alors récupérateur. Par ce sommeil insuffisant et de mauvaise qualité, la sensori-motricité peine à être désinvestie dans le but de restaurer le soma ou rétablir un traitement adaptatif de l'information.

Cette difficulté à dormir est telle que Delna a recours aux somnifères. Cette difficulté est d'autant plus claire au trauma, plus que Dalia présente une intrusion traumatique et des troubles du sommeil d'intensité moindre comparé à Delna qui présente ces troubles plus sévèrement.

La flexibilité du processus de mentalisation, à la suite du trauma, a permis un changement dans les pensées, les attitudes et comportements ces jeunes femmes. En d'autres termes, ces

femmes ont désormais une vision du monde, ainsi que des habitudes altérées. L'évènement traumatique les amène à non seulement à changer leur manière de voir la vie et de se projeter dans l'avenir, mais aussi à ajuster leur attitude et leur comportement vis-à-vis des autres.

Par ailleurs, ces femmes sexuellement abusées présentent un effondrement marqué de la capacité à réfléchir à leur expérience traumatique et son impact. On peut ainsi observer un évitement d'émotions douloureuses ou confrontantes, notamment les affects et cognitions reliées au trauma. Ce qui se traduit dans le discours par le fait que cette dernière n'arrive pas à nommer l'abus : « *Je ne suis pas encore remise de ce truc là, ce qui s'est passé* ». Cette intolérance à l'adversité se traduit aussi par des malaises au contact des hommes et des tentatives visant à oublier le trauma chez les victimes.

Ces victimes présentent aussi, à des degrés divers, des difficultés à tolérer leur traumatisme malgré leurs tentatives. Ces difficultés varient de l'élaboration des stratégies concrètes à l'adoption des tentatives de reconstruction limitées. Ces difficultés pourraient être la marque des stratégies défensives et de régulation émotionnelle inefficaces. En effet, chez ces femmes, on observe des stratégies qui traduisent une certaine fermeture à l'expérience. Celles-ci ne parviennent pas à nommer ou aborder l'évènement traumatique. Malgré ça, on peut tout de même observer chez ces femmes, des tentatives riches d'élaboration psychique impliquant des représentations de diverses époques autour desquels un effort de liaison est effectué, même si elles ne sont pas toujours couronnées de réussite. C'est cette disponibilité d'évocation et de liaison entre les représentations de la même époque et de différentes époques qui semble surtout apparaître.

Les participantes présentent des difficultés dans la régulation des émotions et des relations aux autres. Ce qui se traduit par une peur incontrôlée de la proximité en présence des personnes de sexe opposé, comme si le Moi n'arrivait pas à filtrer les excitations. Certaines victimes peuvent répondre à cette peur par l'agressivité, donnant ainsi lieu à des conduites spontanées, rapides, illustrant leur tempérament impulsif et agressif.

Pour une meilleure régulation des émotions et relations aux autres, les jeunes femmes traumatisées essayent tant bien que mal d'interpréter le sens de leurs réactions et comportements ainsi que ceux des autres en construisant des explications autour de leur abus, mais ces tentatives semblent limitées.

En ce qui concerne leurs troubles, ces femmes abusées présentent un trouble de stress post traumatique, mais les symptômes semblent ne pas se manifester de la même manière malgré les similitudes. Pour ce qui est du syndrome de répétition constitué de cauchemars nocturnes et de flash-back diurne, celles-ci ont l'impression de revivre l'évènement abusif ou la certitude qu'il est sur le point de se reproduire. Ces pensées intrusives sont souvent accompagnées d'un lot de sensations physiques désagréables aux victimes.

Parfois, d'autres cauchemars apparaissent en substitution aux cauchemars portant sur le trauma comme c'est le cas chez Delna qui, bien qu'attiré par les hommes, fait des rêves répétés où elle couche avec les femmes. Ce syndrome de répétition est plus intense chez Delna que Dalia comme l'indiqué les échelles B et C du traumaq.

Les personnes traumatisées évitent constamment les stimuli évoquant l'évènement traumatique. Cet évitement pathologique porte sur les pensées et souvenirs associées, ainsi que sur les lieux, objets, personnes et situations associés à l'évènement. Une victime dira : *« je veux surtout essayer d'oublier même. (...) Donc je ne parlais plus, je ne voulais même plus aller à l'école. C'est tout ça qui a fait que je passe trois ans au quartier, je ne fréquentais pas »*. Cet évitement peut avoir des répercussions sur sa sexualité plus qu'il induit des troubles sexuels. *« Ce qui me fait penser ça, c'est que après ça, j'ai quand même eu encore quelques tentatives. Et ça ne s'est pas produit, mais on a encore voulu, même plusieurs fois, je n'y arrivais pas »*.

L'impact du trauma va au-delà d'une boucle répétitive et d'évitement pathologique en altérant la personnalité des victimes. En effets, Certaines victimes rapportent qu'elles ne perçoivent plus le monde et ne se comportent plus comme elles le faisaient avant l'évènement traumatique. Ce changement a des conséquences sur la qualité de vie des participantes comme l'illustre l'échelle J du Traumaq chez ces jeunes femmes. L'altération en question touche aussi aux attitudes et à l'affectivité au travers de l'image corporelle.

Dans cette spirale pathologique, la mémoire aussi est la cible de ces dysfonctions dont l'origine remonte au vécu pendant l'évènement. Ce vécu, associé aux sensations d'effroi, de soudaineté et de non-sens, ne permet pas un processus d'encodage (enregistrement en mémoire) normal de l'évènement traumatique, ce qui crée des perturbations générales dans le fonctionnement mnésique. Au Traumaq, l'échelle G permet de statuer sur l'intensité de déceler cette atteinte de la mémoire. Elle renseigne d'ailleurs que ces troubles sont présents comme chez ces jeunes femmes.

Pour ce qui est des troubles non spécifiques, on note que les plaintes somatiques, les troubles de conduite, l'anxiété et la dépression sont présents chez nos participantes. Celles-ci présentent toutes des plaintes somatiques. Ces manifestations peuvent s'exprimer à travers divers organes et fonctions chez les victimes. Dans ce sens, les problèmes gynécologiques semblent occuper une grande proportion de ces troubles chez les victimes présentant un traumatisme lié au viol. En effet, elles présentent toutes les deux des problèmes gynécologiques fréquents.

L'expérience de cette détresse sans recul symbolique est souvent trop intense sur le plan émotionnel. Les victimes qui se trouvent dans l'incapacité à tolérer l'expérience abusive, ont alors recours à l'autre dans son rôle contenant comme un secours pour se libérer. Cet autre peut être un objet dont le recours fréquent illustre prend la forme de trouble de conduite, notamment l'alcoolisme ou le trouble alimentaire de type boulimique observés chez ces femmes. Au niveau du Traumaq, c'est l'échelle F renseigne sur la présence de ces répercussions psychosomatiques que sur certaines conduites addictives chez nos deux participantes.

Ces participantes présentent aussi une anxiété fréquente, intense et non adaptative caractérisée par une peur diffuse, des inquiétudes et comportements typiques en fonction du contexte. Il y a dans leur discours, une certaine récurrence de la peur injustifiée, quasi permanente dans le quotidien, et encore plus intense en présence rapprochée des hommes.

La dépression semble accompagner les troubles post traumatiques chez ces jeunes femmes. Elle varie d'une à l'autre, allant de ses expressions les plus simples aux plus complexes. Et renforcée par les sentiments de culpabilité et de honte qui accompagnent les victimes de viol. Elle conduit à des isolements, une perte d'intérêt et les sentiments d'avenir bouchée chez nos participantes. Cette dépression est aussi présente au Traumaq à travers l'échelle H et I chez nos deux cas.

## **6.2- INTERPRETATION DES RESULTATS**

Les résultats de l'analyse thématique et du test Traumaq au chapitre précédent proviennent de deux jeunes femmes présentant un TSPT à la suite d'un viol. Elles sont respectivement âgées de 20 et 19 ans. Il était plus particulièrement question d'interroger la contribution du processus de mentalisation dans le TSPT de ces jeunes femmes. En d'autres termes savoir comment les modes, les stratégies et le travail de mentalisation participent au TSPT ? Ces différentes modalités constituent nos axes d'interprétation des résultats analysés précédemment.

### **6.2.1- Des modes de mentalisation à la réduction du trouble de stress post traumatique**

Les résultats de nos participantes montrent que celles-ci présentent, à des divers degrés, des modes de mentalisation peu flexibles. Surtout que, le degré de cette atteinte est déterminant dans la réduction de l'intensité du TSPT chez nos sujets. En effet, elles présentent des difficultés à évoquer les représentations liées à l'évènement traumatique dans leur discours, ce qui n'est pas favorable à un travail d'élaboration des excitations qui s'y rapportent. Alors que Dalia évite les représentations liées au trauma à travers un langage hésitant avec une difficulté à terminer certaines expressions ou phrases, Delna quant à elle, présente un langage spontané avec une tendance à l'expression corporelle que l'on observe chez les participantes. De nuit, Les participantes présentent un sommeil de mauvaise qualité (courte durée et cauchemardesque). Le changement de comportement qui illustre l'adaptabilité de la mentalisation est quant à lui présent au même titre chez ces deux femmes. Cette différence est présente dans le Traumaq qui révèle une intrusion traumatique et des troubles de sommeil de plus forte intensité ainsi que des symptômes plus durables sur la partie qualitative chez Delna.

La dynamique du processus de mentalisation est déterminante dans la manière dont les jeunes femmes s'adaptent aux abus. Elle en détermine la flexibilité. C'est pourquoi, la mauvaise qualité des modes mentalisation justifie une incapacité des participantes à élaborer l'expérience traumatique de l'abus sexuel, plus que ceux-ci permettent non seulement l'élaboration mentale, mais aussi la décharge des excitations s'y rapportant. En d'autres termes, l'indisponibilité des représentations liées au trauma dans le discours ne permet pas d'élaborer psychiquement l'abus (Marty, 1991). Par ailleurs, le sommeil de mauvaise qualité qui y est associé ne permet pas la restauration du soma et le traitement adaptatif du traumatisme (Fain, 2001 ; Marx, 2013). Ces atteintes, plus intenses, des modes de mentalisation chez Delna comparativement à Dalia, associées à des troubles plus intenses et durables, montrent que le degré de flexibilité des modes de mentalisation est déterminant dans la réduction du TSPT.

### **6.2.2- De la Stratégie de mentalisation à la réduction du trouble de stress post traumatique**

Les participantes présentent l'une comme l'autre, des stratégies de mentalisation peu efficaces dans la régulation de leur trauma. La nature peu efficacité de ces stratégies se décline par un évitement des émotions, affects et cognitions pouvant permettre une réflexion sur leur expérience abusive et son impact. Cet évitement traduit donc une certaine fermeture à l'expérience

chez nos participantes, ainsi que des tentatives de reconstruction limitées. Une intolérance marquée au trauma est aussi présente chez celles-ci, caractérisée par des malaises en présence des hommes pour les deux, ainsi qu'un agir agressif chez Delna.

Les stratégies de mentalisation mobilisées par les femmes abusées pour réguler leur fonctionnement psychique semblent déterminantes dans la diminution des troubles post traumatiques ou leur entretien. Pour Beaulieu-Pelletier et Phillippe (2016), la qualité des stratégies de mentalisation est déterminée par les états mentaux. Ceux-ci sont dépendants des processus d'élaboration mentale et de la modulation du degré d'ouverture consciente à l'expérience. Nos participantes n'élaborent que très peu mentalement leur expérience abusive. En effet, certains réseaux de représentations liées au trauma semblent indisponibles du fait de l'évitement lié à l'expérience subjective du trauma, ce qui ne permet pas d'y donner pleinement sens et ainsi mieux réguler les affects s'y rapportant pour réduire le TSPT. Par ailleurs, on a aussi observé la fermeture à l'expérience par les stratégies de régulation émotionnelles comme l'évitement. Nos participantes semblent présenter à des degrés divers des états mentaux de bas niveau qui sont souvent associés à un éventail de faits inadaptatifs. Delna, par son agressivité, présente des difficultés plus marquées dans la régulation des relations à *l'Autre*, laissant ainsi entrevoir l'état mental *pensée concrète*. Alors que Dalia laisse entrevoir l'état mental *défensif de bas niveau* plus qu'elle semble utiliser la dévaluation couplée à des tentatives d'élaboration mentale restées défectueuses à cause d'un débordement émotionnel reste présent. Ces observations, associées à des troubles d'intensité légèrement moins sévères chez Dalia et moins durables dans le temps, laisse entrevoir que la stratégie de mentalisation est déterminante dans la réduction des troubles post traumatiques.

### **6.2.3- Du travail de mentalisation à la réduction du trouble de stress post traumatique**

On a observé chez nos participantes un faible travail de mentalisation caractérisée par une mauvaise régulation émotionnelle et des relations aux autres, ainsi que des difficultés à construire des modèles explicatifs au tour du trauma. Les difficultés de régulation émotionnelle et des relations aux autres que présentent ces jeunes femmes se traduisent par une peur incontrôlée de la proximité au sexe opposé, comme si le Moi n'arrivait pas à filtrer les excitations et différencier le sujet actuel de l'abuseur. Certaines victimes peuvent répondre à cette peur par de l'impulsivité caractéristique des conduites spontanées, rapides. Par ailleurs, ces participantes essayent de

diverses façons de comprendre le sens de leurs réactions et comportements en tentant de construire des explications autour de leur abus, mais ces tentatives demeurent limitées.

Pour Fonagy et Luyten (2009) la capacité à mentaliser est dévolue à la fonction réflexive qui permet la différenciation soi-autre et la réduction des conduites automatiques au profit des conduites contrôlées. La présence chez ces participantes d'une faible différenciation soi-autre, couplée à des conduites rapides et spontanées chez l'une, justifie un faible fonctionnement autoréflexif. Or, la construction des modèles explicatifs autour des comportements pour les rendre moins menaçants pourrait s'avérer favorable à la réduction du TSPT (Fonagy et Target, 2002 ; Fonagy, 2008). Ces jeunes femmes utilisent toutes des actions autocalmantes avec recours à un objet (alcool, nourriture), ce qui laisse entrevoir un niveau de mentalisation de la détresse (Lecours, 2016). Ces observations, couplées à des symptômes moins intenses chez Dalia qui présente un travail de mentalisation moins faible, montrent que la qualité du travail de mentalisation participe de manière significative à la réduction du TSPT.

### **6.3- DISCUSSION**

Les résultats obtenus montrent que les modes de mentalisation participent à la réduction du trouble stress post traumatique chez les victimes d'abus sexuels. En outre, la qualité de la flexibilité de ce processus est un indicateur fiable permettant d'estimer sa qualité générale. En fait, bien que nos participantes présentent une mauvaise flexibilité du processus de mentalisation, le degré d'atteinte s'est avéré déterminant dans l'intensité du trouble que celles-ci présentent. Ces résultats vont dans le sens des travaux de Marty (1991 ;2001) qui fait savoir que l'ampleur des atteintes au processus de mentalisation est déterminante dans l'intensité et la gravité des troubles somatiques observés chez les sujets concernés. Les recherches de Fain (2001) vont aussi dans le même, lorsqu'il fait savoir que le processus de mentalisation s'opère de nuit par le système sommeil-rêve permettant d'offrir un repos et une restauration de corps. Marx (2013) pense d'ailleurs que le traitement adaptatif de l'évènement traumatique peut se faire dans le sommeil par les simulations bilatérales altérées qu'effectuent les yeux pendant le sommeil. Dans ce sens, un dysfonctionnement de ce système n'est pas favorable à une bonne activité psychique. Cependant, leurs recherches ne portaient pas particulièrement sur les cas d'abus sexuels en particulier.

Cette recherche suggère que la stratégie de participe à la réduction du TSPT. En fait, les stratégies de mentalisation mobilisées par ces jeunes femmes sont peu efficaces. Ce qui s'est

illustré par le fait que celles-ci présentaient une certaine intolérance et fermeture consciente à l'abus. Autrement dit, ces femmes présentent un évitement des émotions, affects et cognitions pouvant permettre une réflexion autour de leur expérience abusive et son impact chez ces jeunes femmes. Toutefois, la jeune femme qui s'est efforcée de tolérer et de s'ouvrir consciemment au trauma présentait des symptômes TSPT moins graves. Ces observations vont dans le sens des recherches de Maheux et *al* (2016) qui pensent que les victimes d'abus sexuels dans l'enfance présentent des difficultés à mentaliser spécifiques à leur trauma. Ce qui s'explique alors par une souffrance et des troubles plus ou moins sévère selon que la fonction réflexive au trauma est plus ou moins affectée. Notons que leur étude porte spécifiquement sur les victimes des agressions sexuelles dans l'enfance. Les travaux de Beaulieu-Pelletier et Phillippe (2016) convergent vers nos résultats, plus qu'ils pensent que le processus d'élaboration mentale et le degré de conscience que l'on a de la situation traumatique déterminent la capacité du sujet à s'ajuster et surmonter le traumatisme. Cela signifie également que l'évitement des représentations en rapport à l'expérience abusive, couplée à une faible capacité d'élaboration psychique des affects, rend difficile la résolution du trauma.

Par ailleurs, nos résultats suggèrent que le travail de mentalisation participe à réduire l'intensité des manifestations psychotraumatiques. Chez ces femmes, on note la mauvaise régulation émotionnelle et des relations aux autres caractérisées par une peur incontrôlée de la proximité au sexe opposé, comme si le Moi n'arrivait pas à filtrer les excitations et différencier le sujet actuel de l'abuseur. Ce résultat va dans le sens de Fonagy et Target (2002) qui pensent que la construction de modèles explicatifs et la réduction des conduites spontanées indiquent une bonne capacité à mentaliser. En effet, la participante qui faisait plus d'efforts dans la quête de sens de sa souffrance présentait une souffrance moins grave. Les travaux de Lecours (2016) s'accordent aussi avec nos résultats, plus que ces jeunes femmes utilisent toutes, des actions autocalmantes avec recours à un objet (alcool, nourriture), ce qui laisse entrevoir un niveau de mentalisation de la détresse. Cela illustre que le recours à l'autre (alcool, et nourriture), dans ce contexte précis, témoigne d'une expérience émotionnellement trop intense, trop vrai, sans recul symbolique.

Lorsque l'on envisage le processus de mentalisation sous un socle différent, plus particulièrement s'inspirant des conceptions humaines africaines, on pourrait avoir une explication divergente de nos résultats. En fait, si l'on se départit de la logique dualiste corps-psychisme, et

que l'on envisage l'homme d'un point de vue tridimensionnel tels que présenté dans les travaux de Sow (1977) et Mayi (2017), l'explication du trouble stress post traumatique pourrait être autre. Pour Sow, le sujet est constitué de trois composantes avec lesquels il entre relation avec l'altérité. Il s'agit de : l'enveloppe corporelle incluant le système biophysique, le principe vital et le principe spirituel. Alors que pour Mayi, on parle du souffle, la corporalité et la personnalité vitale, comme étant des instances ayant toutes quelque chose de corporel. Plus que ces instances correspondantes aux noms de « ba » « sad » et « ka » ont toutes respectivement des aspects liés au corps : le sang et le souffle pour le premier, le soma et le corps pour le second, l'effectivité et l'intellect pour le troisième. Ces considérations pourraient permettre de comprendre pourquoi l'expérience sexuelle abusive qui engage le corps, entraîne des conséquences pathologiques à divers niveaux de l'être de la victime. En outre, certains facteurs culturels peuvent contribuer à la naissance, l'entretien ou la résolution des troubles psychiques (Ionescu & al. 2010).

## **CONCLUSION GENERALE**

L'objectif poursuivi tout au long de cette étude était de cerner comment la mentalisation participe au TSPT chez les jeunes femmes victimes d'abus sexuels au Cameroun. Cet objectif nait d'une observation empirique, plus précisément de la récurrence de ces abus dans la société camerounaise tout comme ailleurs, mais aussi de la souffrance clinique qu'ils entraînent sur les victimes, à tel point qu'il devient difficile pour les professionnels de soins psychiques d'être indifférents. Les travaux de Freud (1900 ; 1920) sur la première topique et la métaphore de l'effraction traumatique nous ont permis de comprendre l'importance du système préconscient dans la régulation de la vie psychique, ainsi que le traumatisme psychique et son lien avec le processus de mentalisation. En combinant deux modèles de la mentalisation, celui de représentations mentales de Marty (1991) et celui du fonctionnement réflexif de Fonagy (1996), nous avons cherché à comprendre le sens et la participation de la mentalisation dans les troubles post traumatiques que présentent la jeune femme camerounaise ayant subi un viol à l'adolescence. Autrement dit, nous avons traité de la problématique de l'incidence (en termes de sens) de la mentalisation sur le TSPT que les jeunes femmes présentent à la suite d'abus sexuel en général, et plus particulièrement le viol. Nous voulions savoir, comment la mentalisation participe-t-elle au trouble de stress post traumatique chez les jeunes femmes victimes d'abus sexuels ?

Nous avons eu recours à la méthode clinique, notamment une clinique à mains nues et une clinique instrumentalisée illustrées par nos deux outils de collecte de données : l'entretien semi-directif et le questionnaire Traumaq. La complémentarité de ces deux outils dans la vérification de notre hypothèse générale s'est avérée fructueuse, rendant ainsi pertinente cette hypothèse, c'est-à-dire que la mentalisation adéquate participe, à travers les modes, la stratégie et le travail, à la réduction du TSPT chez les femmes victimes d'abus sexuels. Premièrement, ces jeunes femmes présentent des modes de mentalisation peu flexibles. Ce qui s'illustre par le fait que, non seulement, elles ont des difficultés à évoquer les représentations mentales liées au trauma dans leur discours, mais elles présentent aussi une mauvaise qualité de sommeil qui rend difficile un travail de désinvestissement et restauration du soma ou même une éventuelle décharge des excitations par le rêve. L'une dira : « *Bon ... j'ai beaucoup l'habitude de me coucher autour de minuit à 6h, euh donc 6 h de temps* » « *C'est fatigant.* ». Le degré de cette rigidité des modes de mentalisation a participé à la gravité de leurs symptômes. Deuxièmement, les stratégies de mentalisation mobilisées par ces jeunes femmes sont peu efficaces. Ce qui s'est illustré par le fait que celles-ci présentaient une certaine intolérance et une fermeture consciente au trauma, se traduisant par un

éviter des émotions, affects et cognitions pouvant permettre une réflexion sur leur expérience abusive et son impact. Toutefois, la jeune femme qui s'est efforcée de tolérer et de s'ouvrir consciemment au trauma présentait des symptômes TSPT moins graves. Troisièmement, celles-ci présentent une mauvaise régulation émotionnelle et des relations aux autres caractérisées par une peur incontrôlée de la proximité au sexe opposé, comme si le Moi n'arrivait pas à filtrer les excitations et différencier le sujet actuel de l'abuseur. La femme qui présentait moins de difficultés dans ce domaine présentait un TSPT moins grave.

Ces résultats obtenus suggèrent qu'en dépit de leur défaillance chez nos participantes, ces aspects de la mentalisation participent considérablement à la réduction du trouble stress post traumatique présenté par celles-ci. Cette recherche s'est avérée unique parce qu'elle analyse le processus de mentalisation sous le prisme de deux approches théoriques qui tendent parfois à s'opposer : le modèle de représentations mentales et le modèle du fonctionnement réflexif, issus respectivement de l'école de psychosomatique psychanalytique de Paris (Marty, Fain, Debray, Dejours) et celles issues de la littérature anglosaxonne, principalement de Fonagy et ses collaborateurs (Luyten, Bateman, Debbané). En plus de cela, elle envisage la mentalisation spécifique au trauma non plus exclusivement en termes de fonctionnement réflexif, mais en termes de mentalisation des affects liés à la situation traumatique. Cette recherche suggère, pour une meilleure prise en charge des victimes d'abus sexuels, que l'on prenne en compte et accorde une place centrale aux niveaux de mentalisation de la souffrance de ces dernières tout en considérant leurs postures vis-à-vis des axes constitutifs de leur personnalité (Vertical, Horizontal, et bio-lignager). Autrement dit, le clinicien devrait nécessairement considérer les niveaux de mentalisation de la souffrance et la qualité des liens que la personne en souffrance entretient vis-à-vis de ses ancêtres, sa communauté et sa famille restreinte pour améliorer la qualité de sa prise en charge. En perspective, afin de continuer à investiguer sur les spécificités liées au processus de mentalisation en situation, des études longitudinales pourraient être envisagées sur des cas issus de diverses aires culturelles, pour ainsi aboutir à une élaboration ultérieure d'un modèle de thérapies basées sur la mentalisation en contexte culturel africain en général et camerounais en particulier.

## **REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES**

- Alberello, L. (2003). *Apprendre à chercher : l'acteur social et la recherche scientifique*. De Boeck.
- Allione, C. (2005). *La part du rêve dans les institutions Régulation, supervision, analyse des pratiques*. Encre Marine.
- American Psychiatric Association. (2015). *DSM-V : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (J. D. Guelfi & M. A. Crocq, Trad., 5<sup>e</sup> éd.). Elsevier Masson.
- Amnesty International. (2023). *Amnesty international rapport 2022/23 : la situation des droits humains dans le monde*.
- Awa, C. (2021, 7 juillet). Viol : pourquoi au Cameroun les femmes signalent rarement les agressions sexuelles contre elles ? *BBC News Afrique*. <https://www.bbc.com/afrique/region-57722126>.
- Bacqué, M.-F. (2014). « Méthodes projectives et mentalisation : formation et recherche en psychologie clinique psychanalytique avec la fiche de dépouillement du tat de Rosine Debray ». *Psychologie clinique et projective*, 2014/1 (20), 181-197. <https://doi.org/10.3917/pcp.020.0181>
- Barbillon, E., & Le Roy, J. (2012). *Petit manuel méthodologique de l'entretien de recherche : de la problématique à l'analyse*. Enrick B. Editions.
- Beaud, M. (2009). *L'art de la thèse – Comment préparer et rédiger un mémoire de master, une thèse de doctorat ou tout autre travail universitaire à l'ère du Net*. Editions La découverte.
- Belon, J.-P. (2019). L'anxiété et les troubles anxieux. *Actualités pharmaceutiques*, 590, 18–22.
- Bergeret, J., Bécache, A., Boulanger, J.-J., Chartier, J.-P., Dubor, P., Houser, M., & Lustin, J.-J. (2008). *Psychologie pathologique : théorique et clinique*. Elsevier masson.

- Berthelot, N. (2016). Présentation. *Revue québécoise de psychologie*, 37(3), 1–5.  
<https://doi.org/10.7202/1040157ar>
- Berthelot, N., Ensink, K., & Normandin, L. (2013). Echecs de Mentalisation du trauma. *Carnet de notes sur les maltraitances infantiles*, 2013 (2), 9-15.
- Berthelot, N., Ensink, K., & Normandin, L. (2014). Mentalisation efficiente du trauma. *Carnet de notes sur les maltraitances infantiles*, 2014 (1), 6-20.
- Bion, W. (1982). Transformations : passage de l'apprentissage à la croissance. PUF
- Chidiac, N., & Crocq, L. (2010). L'angoisse et l'anxiété. Variations conceptuelles. Ouverture à la théorie des catégories *Annales Médico Psychologiques*, 168, 311–319.
- Chiland, C. (2013). *L'entretien clinique*. Puf.
- Clervoy, P. (2016). *Traumatismes et blessures psychiques*. Lavoisier.
- Collart, P. (2017). L'abus sexuel : discussion de la définition, éléments de diagnostic et de prévention. *Service social*, 63(1), 29–42. <https://doi.org/10.7202/1040028ar>
- Crocq, L., Chidiac, N., Coq, J.-M., Cremniter, D. ; Daligand, L., Damiani, C., Demesse, D., Duchet, C., Gandellet, J.-P., Hariki, S., Pierson, F., Pignol, P., Tarquinio, C., Vila, G., Vilamot, B., Villerbu, L., & Vitry, M. (2014). *Traumatismes psychiques : prise en charge psychologique des victimes (2<sup>e</sup> éd.)*. Elsevier Masson.
- Cvetek, R. (2012). EMDR Treatment of Distressful Experiences That Fail to Meet the Criteria for PTSD. *Journal of EMDR Practice and Research*, 6(3), 31-45
- D'Allonnes, C. R. (1989). Psychologie clinique et démarche clinique. *La démarche clinique en sciences humaines*, 17-33.

- Damant, D. (1993). La dynamique traumatisante des abus sexuels et leurs conséquences à long terme. *Service social*, 42 (2), 51–61. <https://doi.org/10.7202/706617ar>
- Debbané, M., Fonagy, P., & Badoud, D. (2016). De la mentalisation à la confiance épistémique : échafauder les systèmes d'une communication thérapeutique. *Revue québécoise de psychologie*, 37(3), 181–195. <https://doi.org/10.7202/1040166ar>
- Dejours, C. (2001). *Le corps, d'abord : Corps biologique, corps érotique et sens moral*. Petite Bibliothèque Payot.
- Dufour, M., Nadeau, L., & Bertrand, K. (2000). Les facteurs de résilience chez les victimes d'abus sexuel : état de la question. *Child Abuse & Neglect*, 24(6), 781–797.
- Dumez, H. (2016). *Méthodologie de recherche qualitative : Les 10 questions clés de la démarche compréhensive (2<sup>e</sup> ed.)*. Vuibert.
- Dupont, M., Messerschmitt, P., Vila, G., Bohu, D., & Rey-Salmon, C. (2012). Le processus de révélation dans les agressions sexuelles intrafamiliales et extrafamiliales sur mineurs. *Annales Medico Psychologiques* ; 1559, 1-6. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2012.06.024>
- EIP-Cameroun. (2010). *Les abus sexuels sur les enfants au Cameroun : état des lieux et actions à mener*.
- El-hage, W. (2018). Prise en charge des troubles post traumatiques. *Rhizome*, 10(11), 69-70.
- Ferenczi, S. (1934). *Réflexions sur le traumatisme*. Payot.
- Freud, S. (1900). *Interprétation des rêves*. Gallimard.
- Freud, S. (1915). *Métapsychologie*. Flammarion.

- Freud, S. (1920). *Au-delà du principe de plaisir*. Flammarion.
- Freud, S. (1923). *Le Moi et le Ça*. Flammarion.
- Freud, S. (1987). *Trois essais sur la théorie sexuelle* (I. Meyerson, Trad.). Gallimard. (Ouvrage initialement publié en 1905).
- Galaber, P., Benali, L., & Gromb, S. (2010). La prise en charge des victimes d'agression sexuelle au CAUVA : une urgence psychologique. *La revue de médecine légale*, 2010(1), 22-26.  
<https://doi.org/10.1016/j.medleg.2010.02.005>
- Galliot, G., Very, E., Schmitt, L., Rouch, V., & Salles, J. (2019). Le Trouble Stress Post-Traumatique secondaire à l'expérience de la psychose : une revue de littérature. *Encéphale*, 1190, 1-7.  
<https://doi.org/10.1016/j.encep.2019.07.006>
- Girard, R. (1994). *Quand ces choses commenceront*. Collection Arlea, Poche Diffusion du Seuil
- Ionescu, S. (2019). *15 approches de la psychopathologie* (5<sup>e</sup> éd.). Dunod.
- Ionescu, S., Rutembesa, E., & Boucon, B. (2010). La résilience : perspective culturelle. *Bulletin de psychologie*, 510, 463-468.
- Janet, P. (1889) *L'automatisme psychologique. Essai de psychologie expérimentale sur les formes inférieures de l'activité humaine*.
- Josse, E. (2006). Violences sexuelles et conflits armés en Afrique. <http://www.resilience-psy.com>.
- Lachowsky, M., & Winaver, D. (2003). Abus sexuels : ce qu'en entendent les gynécologues. *Gynécologie Obstétrique et Fertilité*, 31, 847-850.  
<https://doi.org/10.1016/j.gyobfe.2003.07.003>

- Lamassiaude-Peyramaure, S. (2008). Stress et anxiété. *Actualités pharmaceutiques*, 479, 25–27.
- Laplanche, J., & Pontalis, J.-B. (1981). *Vocabulaire de la psychanalyse* (7<sup>e</sup> éd.). Presses universitaires de France.
- Lebigot, F. (2005). *Traiter les traumatismes psychiques. Clinique et prise en charge*. Dunod.
- Lebigot, F. (2016). Le traumatisme psychique au risque de la parole. Le rôle du transfert dans les psychothérapies. *Annales Médico Psychologiques*, 2244, 1-8.
- Lecours, S. (2016). Niveaux de mentalisation de la souffrance en clinique : agonie, détresse et tristesse adaptative. *Revue québécoise de psychologie*, 37 (3), 235–257.  
<https://doi.org/10.7202/1040169ar>
- Lopez, G. (2012). Clinique et prise en charge des adultes victimes d'agressions sexuelles. *Elsevier Masson SAS*, 37(510), 1-6.
- Maheux, J., Collin-Vézina, D., Macintosh, H., Berthelot, N., & Héту, S. (2016). Capacités de mentalisation spécifique au trauma auprès d'adultes ayant subi des agressions sexuelles durant l'enfance. *Revue québécoise de psychologie*, 37(3), 93–115.  
<https://doi.org/10.7202/1040162ar>
- Marchais, P. (2004). L'angoisse et l'anxiété. Variations conceptuelles. Ouverture à la théorie des catégories. *Annales Médico Psychologiques*, 162, 196–202.
- Marty, F. (2008). *Les grands concepts de la psychologie clinique*. Dunod.
- Marty, P. (1991). *Mentalisation et Psychosomatique*. Laboratoires Delagrangue.
- Marx, C. (2013). *L'EMDR : l'histoire, la méthode et les techniques pour se libérer de ses traumatismes et dépasser ses blocages*. Eyrolles.

- Mayi, M. (2017) *Quatre essais de psychopathologie africaine*. Dianoïa.
- Mbassa, M. (2001). La problématique des enfants victimes d'abus sexuels en Afrique ou l'imbricatio  
d'un double paradoxe : l'exemple du Cameroun. *Child Abuse & Neglect*, 25, 109–121.
- Mbassa, M. (2015). Violences sexuelles envers l'enfant et lien de parenté en Afrique. Analyse poolée  
des études réalisées au Cameroun. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 2015  
(1065), 1-11. <https://doi.org/10.1016/j.neurenf.2015.11.003>
- Mgbwa, V. (2009). *Perte d'objet et état dépressif de la femme en situation d'AKUS en pays Beti*  
[mémoire de thèse de doctorat *Ph.D*, Université de Yaoundé 1]
- Mouchabac S., El-Hage W., & Ferreri F. (2016). La mémoire intrusive dans le trouble de stress post  
traumatique : apport de la neuroimagerie. *Annales médico-psychologiques*,
- Pourtois, J.-P., Desmet, H., & Lahaye, W. (2006). Postures et démarches épistémiques en recherche.  
Dans P. Paillé, *La méthodologie qualitative. Postures de recherche et travail de terrain*.  
Colin.
- N'da, P. (2015). *Recherche et méthodologie en sciences sociales et humaines*. L'Harmattan.
- Negadia, F., Pelissolob, A., Jouventa, R., & Allilaire, J.-F. (2007). Application de l'EMDR en  
sexotraumatologie : évolution de la comorbidité psychopathologique à propos d'un cas  
d'agression sexuelle. *Annales Médico Psychologiques*, 165, 523–528.
- Sow, I. (1977). *Psychiatrie dynamique africaine*. Payot.
- Stora, J.-B. (2019). *Le stress (10<sup>e</sup> éd.)*. Puf.

- Tamekem, M. (2017). La question de l'appui institutionnel aux jeunes filles victimes de viols et d'incestes au Cameroun : quelle gouvernance dans la gestion de ce « problème genré » de santé publique ? *Afrique et développement*, 42 (1), 177-197.
- Tapia, G., Clarys, D., Isingrini, M., & El-hage, W. (2007). Mémoire et émotion dans le trouble de stress post traumatique. *Canadian Psychology*, 48 (2), 106-119.
- Tychev, C., Diwo, R., & Dollander, M. (2000). La mentalization : approche théorique et clinique projective à travers le test de Rorschach. *Bulletin de psychologie*, 448, 53-4, 469-480.
- Vasseur, P. (2003). Abus sexuels : soyons clairs. *Journal de pédiatrie et de puériculture*, 16, 333–337
- Vincent, D. (2004). Anxiété, anxiolytiques et troubles cognitifs. *Annales Médico Psychologiques*, 162, 601–609.
- Weil-Barais, A. (1997). *Les méthodes en psychologie. Observation, expérimentation, enquête, travaux d'étude et de recherche*. Broché.

## **ANNEXES**

## ANNEXE 1 : Attestation de recherche

UNIVERSITE DE YAOUNDE I  
-----  
Faculté des Arts, Lettres et Sciences  
Humaines  
-----  
Département de Psychologie  
-----



THE UNIVERSITY OF YAOUNDE I  
-----  
Faculty of Arts, Letters and Social  
Sciences  
-----  
Department of Psychology  
-----

### ATTESTATION DE RECHERCHE

Je soussigné, **EBALE MONEZE Chandel**, Professeur des Universités, Chef du Département de Psychologie, atteste que, **M. ADJABA Piddy Jean Marie** Matricule 15B011 a libellé son sujet de Master II, option P'sychopathologie et clinique ainsi qu'il suit :

*« Mentalisation et PTSD Chez les femmes sexuellement abusées au Cameroun : Une étude de cas ».*

Ses travaux qui s'effectuent sous la direction de Monsieur **MAYI Mare Brano**, Professeur des Universités, nécessitent une investigation sur le terrain.

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

Fait à Yaoundé le 25 NOV 2022



Le Chef de Département

*Ebale Monexo Chandel*  
Professeur Titulaire

## ANNEXE 2 : Lettre de mise en stage

REPUBLIQUE DU CAMEROUN  
Paix-Travail-Patrie  
REGION DU CENTRE  
DELEGATION REGIONALE DES AFFAIRES SOCIALES  
DELEGATION DEPARTEMENTALE DES AFFAIRES  
SOCIALES DU MFOUNDI  
BUREAU DES AFFAIRES COMMUNES ET DES  
STATISTIQUES SOCIALES  
N°2023/ *DRAS* /URC/DRAS/DDAS-MFDIBACSS



REPUBLIC OF CAMEROON  
Peace-Work-Fatherland

Yaoundé, le 10 MAI 2023

**Le Délégué Départemental**  
*The Divisional Delegate*  
**À/to**

**Monsieur le Sous-Préfet**  
**d'arrondissement de Yaoundé 2<sup>e</sup>**

**A L'attention de**

**Madame le Chef de Centre Social**  
**Yaoundé 2 Messa**

**Objet : Stage académique.**

Faisant suite à la demande dont l'objet est repris à la marge, introduite par Monsieur ADJABA PIDDY Jean Marie de l'Université de Yaoundé I/FALSH, titulaire d'une licence en Psychologie, option Psychopathologie et psychologie clinique,

J'ai l'honneur de vous demander de bien vouloir accueillir le susnommé et l'accompagner pour le stage académique au sein de la structure dont vous avez la charge de la période allant du 15 Mai au 16 Juin 2023.

Le compte rendu de vos actions est attendu.

**Ampliations :**

- Préfecture/MFDI
- DRAS/C
- Chrono/Archives

**LE DELEGUE**  
  
*Signature*  
**Président Sophie Wame Akole**  
Inspecteur Principal des Affaires Sociales

## ANNEXE 3 : Formulaire de consentement éclairé

### Formulaire de consentement de Dalia

#### FORMULAIRE DE CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ

**Sujet de recherche :** Mentalisation et PTSD chez les femmes sexuellement abusées au Cameroun  
: une étude de cas.

**La soussignée confirme :**

- Avoir entendu et compris toutes informations concernant la recherche
- Avoir pu poser toutes les questions souhaitées

**À l'intention des participants :**

Les renseignements recueillis pendant notre recherche sont anonymes et confidentiels. Ils ne peuvent être exploités dans un autre but que scientifique. La participation à cette recherche est volontaire. Aucun renseignement permettant de vous identifier ne figure sur ce formulaire de consentement éclairé et sur l'entretien qui vous sera soumis. Comme dans toute étude scientifique, nous souhaitons avoir le maximum d'information pour confirmer la viabilité de nos résultats. Toutefois, ces informations pourront être utilisées dans des publications scientifiques, mais sans que l'on puisse vous identifier personnellement. C'est pourquoi nous osons croire que votre participation est capitale dans sa réussite.

Votre participation à cette étude est librement consentie. Vous avez le droit de vous retirer à tout moment au cours de l'étude. On vous a expliqué la teneur de l'étude, vous avez lu et compris le formulaire de consentement, nous avons répondu à vos questions et nous convenons que vous puissiez participer à cette étude. Nous allons vous remettre une copie du présent formulaire de consentement dûment signé.

Date : 17/05/2023

Signature du participant



Signature du chercheur



ADJABA POUH  
698094745

Nous vous remercions de votre participation à cette étude.

## Formulaire de consentement éclairé de Delna

### FORMULAIRE DE CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ

**Sujet de recherche :** Mentalisation et PTSD chez les femmes sexuellement abusées au Cameroun  
: une étude de cas.

**La soussignée confirme :**

- Avoir entendu et compris toutes informations concernant la recherche
- Avoir pu poser toutes les questions souhaitées

**À l'intention des participants :**

Les renseignements recueillis pendant notre recherche sont anonymes et confidentiels. Ils ne peuvent être exploités dans un autre but que scientifique. La participation à cette recherche est volontaire. Aucun renseignement permettant de vous identifier ne figure sur ce formulaire de consentement éclairé et sur l'entretien qui vous sera soumis. Comme dans toute étude scientifique, nous souhaitons avoir le maximum d'information pour confirmer la viabilité de nos résultats. Toutefois, ces informations pourront être utilisées dans des publications scientifiques, mais sans que l'on puisse vous identifier personnellement. C'est pourquoi nous osons croire que votre participation est capitale dans sa réussite.

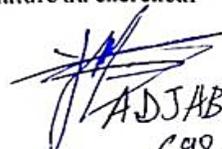
Votre participation à cette étude est librement consentie. Vous avez le droit de vous retirer à tout moment au cours de l'étude. On vous a expliqué la teneur de l'étude, vous avez lu et compris le formulaire de consentement, nous avons répondu à vos questions et nous convenons que vous puissiez participer à cette étude. Nous allons vous remettre une copie du présent formulaire de consentement dûment signé.

Date : 18/05/2023

Signature du participant



Signature du chercheur



ADJABA PAUL  
698 09 47 45

Nous vous remercions de votre participation à cette étude.

# ANNEXE 4 : Formulaire du traumaq

## Traumaq chez Dalia

5<sup>th</sup>

Questionnaire d'évaluation du traumatisme

# Traumaq

Questionnaire d'évaluation du traumatisme

Carole Darniani  
Maria Pereira-Fradin

- Passation individuelle
- Collective
- Victime directe de l'évènement
- Témoïn

Nom : \_\_\_\_\_  
Prénom : \_\_\_\_\_  
 F  M Age : 20  
Date de passation : 17/05/2023  
Lieu de passation : Messa

### Informations concernant l'évènement :

Evènement individuel  Collectif  Nature\* : \_\_\_\_\_  
Lieu (domicile, voie publique, etc.) : Domicile  
Date : \_\_\_\_\_  
Durée : \_\_\_\_\_  
Blessures physiques :  Non  Oui Description : Lésions, infection sexuelle  
Séquelles actuelles : \_\_\_\_\_  
Avez-vous bénéficié de l'intervention de la Cellule d'Urgence Médico-Psychologique sur les lieux ?  
 Non  Oui  
ITT  Non  Oui Nombre de jours : \_\_\_\_\_ Arrêt de travail  Non  Oui Durée : \_\_\_\_\_  
IPP<sup>2</sup>  Non  Oui Pourcentage : \_\_\_\_\_

### \* Nature de l'évènement

En fonction de la réponse recueillie, cocher une ou plusieurs cases ci-dessous :

<input type="checkbox"/> Catastrophe naturelle	<input type="checkbox"/> Coups et blessures volontaires
<input type="checkbox"/> Catastrophe technologique	<input type="checkbox"/> Coups et blessures involontaires
<input type="checkbox"/> Catastrophe aérienne, maritime ou ferroviaire	<input type="checkbox"/> Tentative d'homicide
<input type="checkbox"/> Accident de la voie publique	<input type="checkbox"/> Agression sexuelle
<input type="checkbox"/> Attentat	<input checked="" type="checkbox"/> Viol
<input type="checkbox"/> Explosion de gaz	<input type="checkbox"/> Racket
<input type="checkbox"/> Accident domestique	<input type="checkbox"/> Conflit armé
<input type="checkbox"/> Frise d'otage ou séquestration	<input type="checkbox"/> Tortures
<input type="checkbox"/> Hold-up ou vol à main armée	<input type="checkbox"/> Autres

\* ITT = Interruption Temporaire de Travail

<sup>2</sup> IPP = Incapacité Permanente Partielle

Le Centre  
de Psychologie  
Appliquée

Copyright © 2006 par les Editions du Centre de Psychologie Appliquée  
25, rue de la Harpe - 75005 PARIS CEDEX 20 - France - Tous droits réservés.

Renseignements généraux concernant la période antérieure à l'événement :

*Situation familiale*

Marié(e) ou en concubinage  Divorcé(e) ou séparé(e)  Célibataire  Veuf/Veuve

Nombre d'enfants (préciser leur âge) : \_\_\_\_\_

---

*Situation professionnelle*

Étudiant(e)  *ÉLÈVE*  *Classe 1ère*

Salarié(e) : plein temps  temps partiel

Sans emploi : homme ou femme au foyer  chômage  congé parental   
en stage formation  congé maladie  retraité(e)

---

*État de santé*

Avez-vous des problèmes de santé : Non  Oui  lesquels : *Problèmes* *TRUX* *cardiologiques*

Suiviez-vous un traitement médical : Non  Oui  de quelle nature : \_\_\_\_\_

---

Avez-vous déjà consulté un psychologue, un psychiatre ou un psychothérapeute :  Non  Oui

Avez-vous suivi une psychothérapie : Non  Oui  sous quelle forme : \_\_\_\_\_  
Date : \_\_\_\_\_ Durée : \_\_\_\_\_

---

Avez-vous vécu d'autres événements qui vous ont profondément marqué(e) :

Non  Oui  Nature : *Décès de mon père en 2005*  
Date : \_\_\_\_\_

Renseignements concernant la période postérieure à l'événement :

Avez-vous consulté un psychologue, un psychiatre ou un psychothérapeute :  Non  Oui

Suivi d'une psychothérapie : Non  Oui  Sous quelle forme : \_\_\_\_\_  
Date de la première séance : \_\_\_\_\_  
Nombre de consultations (à ce jour) : \_\_\_\_\_

Traitement médical : Non  Oui  Lequel : \_\_\_\_\_  
Durée : \_\_\_\_\_

## PREMIERE PARTIE

Vous devez répondre à toutes les questions. Vous pouvez revenir en arrière, passer une question si vous avez du mal à y répondre sur le moment mais il faudra y revenir par la suite. Le temps de passation n'est pas limité.

Pour toutes les questions suivantes, utiliser l'échelle ci-dessous et cocher la case correspondante.

Intensité (ou fréquence) de la manifestation			
0	1	2	3
----- ----- -----			
nulle	faible	forte	très forte

### Pendant l'événement

Nous allons aborder ce que vous avez ressenti pendant le déroulement de l'événement.

		0	1	2	3
A1	Avez-vous ressenti de la frayeur ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A2	Avez-vous ressenti de l'angoisse ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A3	Avez-vous eu le sentiment d'être dans un état second ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
A4	Avez-vous eu des manifestations physiques comme, par exemple, des tremblements, des sueurs, une augmentation de la tension, des nausées ou une accélération des battements du cœur ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A5	Avez-vous eu l'impression d'être paralysé(e), incapable de réactions adaptées ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
A6	Avez-vous eu la conviction que vous alliez mourir et/ou d'assister à un spectacle insoutenable ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
A7	Vous êtes-vous senti seul(e), abandonné(e) par les autres ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
A8	Vous êtes-vous senti impuissant(e) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Total A		<b>19</b>			

### Depuis l'événement

Nous allons maintenant aborder ce que vous ressentiez actuellement.

		0	1	2	3
B1	Est-ce que des souvenirs ou des images reproduisant l'événement s'imposent à vous durant la journée ou la soirée ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B2	Revivez-vous l'événement dans des rêves ou des cauchemars ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B3	Est-il difficile pour vous de parler de l'événement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
B4	Ressentez-vous de l'angoisse lorsque vous repensez à ces événements ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Total B		<b>8</b>			

		0	1	2	3
C1	Depuis l'événement, avez-vous plus de difficultés d'endormissement qu'auparavant ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C2	Faites-vous davantage de cauchemars ou de rêves terrifiants (au contenu sans rapport direct avec l'événement) ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C3	Avez-vous plus de réveils nocturnes ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C4	Avez-vous l'impression de ne pas dormir du tout ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C5	Êtes-vous fatigué(e) au réveil ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Total C		<b>6</b>			

**Intensité (ou fréquence) de la manifestation**

0                      1                      2                      3  
 |-----|-----|-----|  
 nulle                  faible                  forte                  très forte

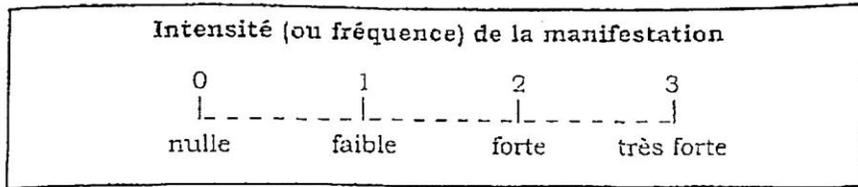
		0	1	2	3
D1	Etes-vous devenu anxieux(se), tendu(e) depuis l'événement ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D2	Avez-vous des crises d'angoisse ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D3	Craignez-vous de vous rendre sur des lieux en rapport avec l'événement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D4	Vous sentez-vous en état d'insécurité ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D5	Évitez-vous des lieux, des situations ou des spectacles (TV, cinéma) qui évoquent l'événement ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Total D		4			

		0	1	2	3
E1	Vous sentez-vous plus vigilant(e), plus attentif(ve) aux bruits qu'auparavant, vous font-ils plus sursauter ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
E2	Vous estimez-vous plus méfiant(e) qu'auparavant ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E3	Etes-vous plus irritable que vous ne l'étiez avant ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E4	Avez-vous plus de mal à vous maîtriser (crise de nerfs, etc.) ou avez-vous davantage tendance à fuir une situation insupportable ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E5	Vous sentez-vous plus agressif(ve) ou craignez-vous de ne plus contrôler votre agressivité depuis l'événement ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E6	Avez-vous eu des comportements agressifs depuis l'événement ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Total E		7			

		0	1	2	3
F1	Lorsque que vous y repensez ou que vous êtes dans des situations qui vous rappellent l'événement, avez-vous des réactions physiques telles que, par exemple, maux de tête, nausées, palpitations, tremblements, sueurs, respiration difficile ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F2	Avez-vous observé des variations de votre poids ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
F3	Avez-vous constaté une détérioration de votre état physique général ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F4	Depuis l'événement, avez-vous des problèmes de santé dont la cause a été difficile à identifier ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F5	Avez-vous augmenté la consommation de certaines substances (café, cigarettes, alcool, médicaments, nourriture, etc.) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Total F		11			

*problèmes gynécologiques non identifiés*

		0	1	2	3
G1	Avez-vous plus de difficultés à vous concentrer qu'auparavant ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G2	Avez-vous plus de "trous de mémoire" qu'auparavant ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G3	Avez-vous des difficultés à vous rappeler l'événement ou certains éléments de l'événement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Total G		5			



	0	1	2	3
H1	Avez-vous perdu de l'intérêt pour des choses qui étaient importantes pour vous avant l'événement ?			
H2	Manquez-vous d'énergie et d'enthousiasme depuis l'événement ?			
H3	Avez-vous des impressions de lassitude, de fatigue, d'épuisement ?			
H4	Êtes-vous d'humeur triste et/ou avez-vous des crises de larmes ?			
H5	Avez-vous l'impression que la vie ne vaut pas la peine d'être vécue, voire des idées suicidaires ?			
H6	Eprenez-vous des difficultés dans vos relations affectives et/ou sexuelles ?			
H7	Depuis l'événement votre avenir vous a-t-il paru ruiné ?			
H8	Avez-vous tendance à vous isoler ou à refuser les contacts ?			
<b>Total H</b>				<b>17</b>

	0	1	2	3
I1	Vous arrive-t-il de penser que vous êtes responsable de la façon dont les événements se sont déroulés ou que vous auriez pu agir autrement pour en éviter certaines conséquences ?			
I2	Vous sentez-vous coupable de ce que vous avez pensé ou fait durant l'événement, et/ou d'avoir survécu alors que d'autres ont disparu ?			
I3	Vous sentez-vous humilié(e) par ce qui s'est passé ?			
I4	Depuis l'événement vous sentez-vous dévalorisé(e) ?			
I5	Resentez-vous depuis l'événement de la colère violente ou de la haine ?			
I6	Avez-vous changé votre façon de voir la vie, de vous voir vous-même ou de voir les autres ?			
I7	Pensez-vous que vous n'êtes plus comme avant ?			
<b>Total I</b>				<b>9</b>

	oui	non
J1	Poursuivez-vous votre activité scolaire ou professionnelle ?	
J2	Avez-vous l'impression que vos performances scolaires ou professionnelles sont équivalentes à avant ?	
J3	Continuez-vous à rencontrer vos amis avec la même fréquence ?	
J4	Avez-vous rompu des relations avec des proches (conjoint, enfant, parent, etc.) depuis l'événement ?	
J5	Vous sentez-vous incompris(e) par les autres ?	
J6	Vous sentez-vous abandonné(e) par les autres ?	
J7	Avez-vous trouvé un soutien auprès de vos proches ?	
J8	Recherchez-vous davantage la compagnie ou la présence d'autrui ?	
J9	Pratiquez-vous autant de loisirs qu'auparavant ?	
J10	Y trouvez-vous le même plaisir qu'auparavant ?	
J11	Avez-vous l'impression d'être moins concerné(e) par les événements qui touchent votre entourage ?	
<b>Total J</b>		<b>7</b>

## DEUXIEME PARTIE

Vous venez de terminer le bilan de ce que vous vivez aujourd'hui. Or, depuis l'événement, il est possible qu'il y ait eu une évolution : certains troubles ont disparu alors que d'autres durent encore.

En utilisant les échelles ci-dessous, préciser le délai d'apparition des troubles décrits, ainsi que leur durée :

### Délai d'apparition des troubles depuis l'événement

- 0 : Pas concerné
- 1 : Le jour même de l'événement
- 2 : Entre 24 heures et 3 jours
- 3 : Entre 4 jours et 1 semaine
- 4 : Entre 1 semaine et 1 mois
- 5 : Entre 1 et 3 mois
- 6 : Entre 3 et 6 mois
- 7 : Entre 6 mois et un an
- 8 : Plus d'un an

### Durée des troubles

- 0 : Pas concerné
- 1 : Immédiatement après l'événement
- 2 : Moins d'une semaine
- 3 : De 1 semaine à 1 mois
- 4 : De 1 à 3 mois
- 5 : De 3 à 6 mois
- 6 : De 6 mois à un an
- 7 : Plus d'un an
- 8 : Trouble toujours présent à ce jour

Troubles	Délai d'apparition	Durée
1 - L'impression de revivre l'événement, les souvenirs et les images de l'événement qui reviennent.	3	8
2 - Les troubles du sommeil : difficultés d'endormissement, cauchemars, réveils nocturnes et/ou nuits blanches.	2	8
3 - L'anxiété et/ou les crises d'angoisse, l'état d'insécurité.	2	8
4 - La crainte de retourner sur les lieux de l'événement ou des lieux similaires.	4	8
5 - L'agressivité, l'irritabilité et/ou la perte de contrôle.	4	6
6 - La vigilance, l'hypersensibilité aux bruits et/ou la méfiance.	8	8
7 - Les réactions physiques telles que : sueurs, tremblements, maux de tête, palpitations, nausées, etc.	6	8
8 - Les problèmes de santé : perte d'appétit, boulimie, aggravation de l'état physique.	/	/
9 - L'augmentation de la consommation de certaines substances (café, cigarettes, alcool, nourriture, etc.).	8	8
10 - Les difficultés de concentration et/ou de mémoire.	8	8
11 - Le désintérêt général, la perte d'énergie et d'enthousiasme, la tristesse, la lassitude et/ou les envies de suicide.	4	8
12 - La tendance à s'isoler.	4	8
13 - Les sentiments de culpabilité et/ou de honte.	4	8

## Résultats au TRAUMAQ

### Cotation des échelles de la première partie

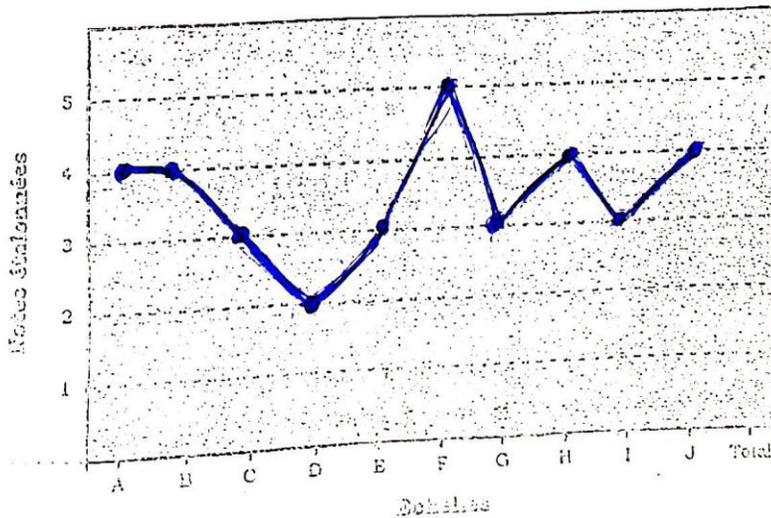
Les notes brutes des échelles A à I correspondent à la somme des points attribués aux items.

Pour l'échelle J, les réponses NON sont cotées 1 point et les réponses OUI sont cotées 0 point, à l'exception des items 4, 5, 6 et 11 pour lesquels la réponse OUI est cotée 1 point et la réponse NON est cotée 0 point.

### Conversion des notes brutes en notes étalonnées

Echelles	Notes brutes	Notes étalonnées				
		1	2	3	4	5
A	19	<input type="checkbox"/> 0-6	<input type="checkbox"/> 7-12	<input type="checkbox"/> 13-18	<input checked="" type="checkbox"/> 19-23	<input type="checkbox"/> 24
B	8	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1-4	<input type="checkbox"/> 5-7	<input checked="" type="checkbox"/> 8-9	<input type="checkbox"/> 10 et +
C	6	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1-3	<input checked="" type="checkbox"/> 4-9	<input type="checkbox"/> 10-13	<input type="checkbox"/> 14 et +
D	4	<input type="checkbox"/> 0	<input checked="" type="checkbox"/> 1-4	<input type="checkbox"/> 5-9	<input type="checkbox"/> 10-13	<input type="checkbox"/> 14 et +
E	7	<input type="checkbox"/> 0-1	<input type="checkbox"/> 2-4	<input checked="" type="checkbox"/> 5-9	<input type="checkbox"/> 10-14	<input type="checkbox"/> 15 et +
F	11	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1-3	<input type="checkbox"/> 4-6	<input type="checkbox"/> 7-9	<input checked="" type="checkbox"/> 10 et +
G	5	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1-2	<input checked="" type="checkbox"/> 3-5	<input type="checkbox"/> 6-7	<input type="checkbox"/> 8 et +
H	17	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1-3	<input type="checkbox"/> 4-11	<input checked="" type="checkbox"/> 12-17	<input type="checkbox"/> 18 et +
I	9	<input type="checkbox"/> 0-1	<input type="checkbox"/> 2-5	<input checked="" type="checkbox"/> 6-9	<input type="checkbox"/> 10-16	<input type="checkbox"/> 17 et +
J	7	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2-5	<input checked="" type="checkbox"/> 6-7	<input type="checkbox"/> 8 et +
Total:	93	<input type="checkbox"/> 0-23	<input type="checkbox"/> 24-54	<input type="checkbox"/> 55-89	<input checked="" type="checkbox"/> 90-114	<input type="checkbox"/> 115 et +

### Profil



*Traumatisme*

# Traumaq chez Delna

nexe n° 2

5702

## Questionnaire d'évaluation du traumatisme

# Traumaq

Questionnaire d'évaluation du traumatisme

Carole Darniani  
Maria Pereira-Fradin

- Passation individuelle   
Collective   
Victime directe de l'évènement   
Témoïn

Nom : \_\_\_\_\_  
Prénom : \_\_\_\_\_  
 F  M Age : 19 ans  
Date de passation : 18/05/2023  
Lieu de passation : MESSA

### Informations concernant l'évènement :

Evènement individuel  Collectif  Nature\* : \_\_\_\_\_  
Lieu (domicile, voie publique, etc.) : Domicile  
Date : 2015  
Durée : 1 fois  
Blessures physiques :  Non  Oui Description : Traces de blessures sur le  
Sequelles actuelles : pas  
Avez-vous bénéficié de l'intervention de la Cellule d'Urgence Médico-Psychologique sur les lieux ?  
 Non  Oui  
ITT  Non  Oui Nombre de jours : \_\_\_\_\_ Arrêt de travail  Non  Oui Durée : \_\_\_\_\_  
IPP  Non  Oui Pourcentage : \_\_\_\_\_

### \* Nature de l'évènement

En fonction de la réponse recueillie, cocher une ou plusieurs cases ci-dessous :

<input type="checkbox"/> Catastrophe naturelle	<input type="checkbox"/> Coups et blessures volontaires
<input type="checkbox"/> Catastrophe technologique	<input type="checkbox"/> Coups et blessures involontaires
<input type="checkbox"/> Catastrophe aérienne, maritime ou ferroviaire	<input type="checkbox"/> Tentative d'homicide
<input type="checkbox"/> Accident de la voie publique	<input type="checkbox"/> Agression sexuelle
<input type="checkbox"/> Attentat	<input checked="" type="checkbox"/> Viol
<input type="checkbox"/> Explosion de gaz	<input type="checkbox"/> Racket
<input type="checkbox"/> Accident domestique	<input type="checkbox"/> Conflit armé
<input type="checkbox"/> Prise d'otage ou séquestration	<input type="checkbox"/> Tortures
<input type="checkbox"/> Hold-up ou vol à main armée	<input type="checkbox"/> Autres

ITT = Interruption Temporaire de Travail

IPP = Incapacité Permanente Partielle

Le Centre  
de Psychologie

Copyright © 2005 par les Editions du Centre de Psychologie Appliquée  
25, rue de la Plaine - 75930 PARIS CEDEX 20 - France - Tous droits réservés

Renseignements généraux concernant la période antérieure à l'événement :

Situation familiale

Marié(e) ou en concubinage  Divorcé(e) ou séparé(e)  Célibataire  Veuf/Veuve

Nombre d'enfants (préciser leur âge) : \_\_\_\_\_

Situation professionnelle

Étudiant(e)  L1 LMF

Salarié(e) : plein temps  temps partiel

Sans emploi : homme ou femme au foyer  chômage  congé parental   
en stage formation  congé maladie  retraité(e)

État de santé

Avez-vous des problèmes de santé : Non  Oui  lesquels : \_\_\_\_\_

Suiviez-vous un traitement médical : Non  Oui  de quelle nature : \_\_\_\_\_

Avez-vous déjà consulté un psychologue, un psychiatre ou un psychothérapeute :  Non  Oui

Avez-vous suivi une psychothérapie : Non  Oui  sous quelle forme : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_ Durée : \_\_\_\_\_

Avez-vous vécu d'autres événements qui vous ont profondément marqué(e) :

Non  Oui

Nature : Découverte de mon penchant homosexuel  
Date : Décembre 2022

Renseignements concernant la période postérieure à l'événement :

Avez-vous consulté un psychologue, un psychiatre ou un psychothérapeute :  Non  Oui

Suivi d'une psychothérapie : Non  Oui  Sous quelle forme : \_\_\_\_\_

Date de la première séance : \_\_\_\_\_

Nombre de consultations (à ce jour) : \_\_\_\_\_

Traitement médical : Non  Oui  Lequel : \_\_\_\_\_

Durée : \_\_\_\_\_

## PREMIERE PARTIE

Vous devez répondre à toutes les questions. Vous pouvez revenir en arrière, passer une question si vous avez du mal à y répondre sur le moment mais il faudra y revenir par la suite. Le temps de passation n'est pas limité.

Pour toutes les questions suivantes, utiliser l'échelle ci-dessous et cocher la case correspondante.

Intensité (ou fréquence) de la manifestation			
0	1	2	3
----- ----- -----			
nulle	faible	forte	très forte

### Pendant l'événement

Nous allons aborder ce que vous avez ressenti pendant le déroulement de l'événement.

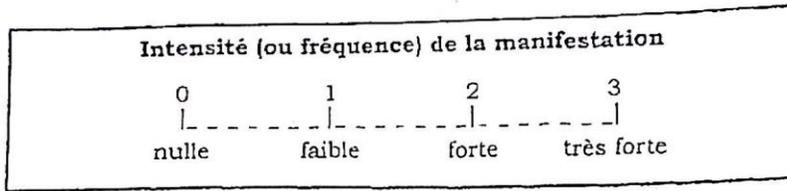
		0	1	2	3
A1	Avez-vous ressenti de la frayeur ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
A2	Avez-vous ressenti de l'angoisse ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
A3	Avez-vous eu le sentiment d'être dans un état second ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A4	Avez-vous eu des manifestations physiques comme, par exemple, des tremblements, des suees, une augmentation de la tension, des nausées ou une accélération des battements du cœur ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
A5	Avez-vous eu l'impression d'être paralysé(e), incapable de réactions adaptées ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
A6	Avez-vous eu la conviction que vous alliez mourir et/ou d'assister à un spectacle insoutenable ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
A7	Vous êtes-vous senti seul(e), abandonné(e) par les autres ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
A8	Vous êtes-vous senti impuissant(e) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Total A					20

### Depuis l'événement

Nous allons maintenant aborder ce que vous ressentez actuellement.

		0	1	2	3
B1	Est-ce que des souvenirs ou des images reproduisant l'événement s'imposent à vous durant la journée ou la soirée ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
B2	Revivez-vous l'événement dans des rêves ou des cauchemars ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
B3	Est-il difficile pour vous de parler de l'événement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
B4	Ressentez-vous de l'angoisse lorsque vous repensez à ces événements ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Total B					12

		0	1	2	3
C1	Depuis l'événement, avez-vous plus de difficultés d'endormissement qu'auparavant ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
C2	Faites-vous davantage de cauchemars ou de rêves terrifiants (au contenu sans rapport direct avec l'événement) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C3	Avez-vous plus de réveils nocturnes ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
C4	Avez-vous l'impression de ne pas dormir du tout ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
C5	Etes-vous fatigué(e) au réveil ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Total C					14



		0	1	2	3
D1	Etes-vous devenu anxieux(se), tendu(e) depuis l'événement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
D2	Avez-vous des crises d'angoisse ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D3	Craignez-vous de vous rendre sur des lieux en rapport avec l'événement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
D4	Vous sentez-vous en état d'insécurité ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
D5	Évitez-vous des lieux, des situations ou des spectacles (TV, cinéma) qui évoquent l'événement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Total D					12

		0	1	2	3
E1	Vous sentez-vous plus vigilant(e), plus attentif(ve) aux bruits qu'auparavant, vous font-ils plus sursauter ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
E2	Vous estimez-vous plus méfiant(e) qu'auparavant ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
E3	Etes-vous plus irritable que vous ne l'étiez avant ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
E4	Avez-vous plus de mal à vous maîtriser (crise de nerfs, etc.) ou avez-vous davantage tendance à fuir une situation insupportable ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
E5	Vous sentez-vous plus agressif(ve) ou craignez-vous de ne plus contrôler votre agressivité depuis l'événement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
E6	Avez-vous eu des comportements agressifs depuis l'événement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Total E					18

		0	1	2	3
F1	Lorsque que vous y repensez ou que vous êtes dans des situations qui vous rappellent l'événement, avez-vous des réactions physiques telles que, par exemple, maux de tête, nausées, palpitations, tremblements, sueurs, respiration difficile ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
F2	Avez-vous observé des variations de votre poids ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F3	Avez-vous constaté une détérioration de votre état physique général ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F4	Depuis l'événement, avez-vous des problèmes de santé dont la cause a été difficile à identifier ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
F5	Avez-vous augmenté la consommation de certaines substances (café, cigarettes, alcool, médicaments, nourriture, etc.) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Total F					10

*concerns  
santé*

		0	1	2	3
G1	Avez-vous plus de difficultés à vous concentrer qu'auparavant ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
G2	Avez-vous plus de "trous de mémoire" qu'auparavant ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
G3	Avez-vous des difficultés à vous rappeler l'événement ou certains éléments de l'événement ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Total G					7

**Intensité (ou fréquence) de la manifestation**

0                      1                      2                      3  
 |                      |                      |                      |  
 -----  
 nulle                  faible                  forte                  très forte

		0	1	2	3
H1	Avez-vous perdu de l'intérêt pour des choses qui étaient importantes pour vous avant l'événement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
H2	Manquez-vous d'énergie et d'enthousiasme depuis l'événement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
H3	Avez-vous des impressions de lassitude, de fatigue, d'épuisement ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H4	Etes-vous d'humeur triste et/ou avez-vous des crises de larmes ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
H5	Avez-vous l'impression que la vie ne vaut pas la peine d'être vécue, voire des idées suicidaires ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
H6	Eprouvez-vous des difficultés dans vos relations affectives et/ou sexuelles ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
H7	Depuis l'événement votre avenir vous a-t-il paru ruiné ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
H8	Avez-vous tendance à vous isoler ou à refuser les contacts ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Total H					21

		0	1	2	3
I1	Vous arrive-t-il de penser que vous êtes responsable de la façon dont les événements se sont déroulés ou que vous auriez pu agir autrement pour en éviter certaines conséquences ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
I2	Vous sentez-vous coupable de ce que vous avez pensé ou fait durant l'événement, et/ou d'avoir survécu alors que d'autres ont disparu ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
I3	Vous sentez-vous humilié(e) par ce qui s'est passé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
I4	Depuis l'événement vous sentez-vous dévalorisé(e) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I5	Ressentez-vous depuis l'événement de la colère violente ou de la haine ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
I6	Avez-vous changé votre façon de voir la vie, de vous voir vous-même ou de voir les autres ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
I7	Pensez-vous que vous n'êtes plus comme avant ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Total I					20

J1	Poursuivez-vous votre activité scolaire ou professionnelle ?	<input checked="" type="radio"/> oui	<input type="radio"/> non
J2	Avez-vous l'impression que vos performances scolaires ou professionnelles sont équivalentes à avant ?	<input type="radio"/> oui	<input checked="" type="radio"/> non
J3	Continuez-vous à rencontrer vos amis avec la même fréquence ?	<input checked="" type="radio"/> oui	<input type="radio"/> non
J4	Avez-vous rompu des relations avec des proches (conjoint, enfant, parent, etc.) depuis l'événement ?	<input checked="" type="radio"/> oui	<input type="radio"/> non
J5	Vous sentez-vous incompris(e) par les autres ?	<input checked="" type="radio"/> oui	<input type="radio"/> non
J6	Vous sentez-vous abandonné(e) par les autres ?	<input type="radio"/> oui	<input checked="" type="radio"/> non
J7	Avez-vous trouvé un soutien auprès de vos proches ?	<input checked="" type="radio"/> oui	<input type="radio"/> non
J8	Recherchez-vous davantage la compagnie ou la présence d'autrui ?	<input type="radio"/> oui	<input checked="" type="radio"/> non
J9	Pratiquez-vous autant de loisirs qu'auparavant ?	<input type="radio"/> oui	<input checked="" type="radio"/> non
J10	Y trouvez-vous le même plaisir qu'auparavant ?	<input checked="" type="radio"/> oui	<input type="radio"/> non
J11	Avez-vous l'impression d'être moins concerné(e) par les événements qui touchent votre entourage ?	<input checked="" type="radio"/> oui	<input type="radio"/> non
Total J		9	

## DEUXIEME PARTIE

Vous venez de terminer le bilan de ce que vous vivez aujourd'hui. Or, depuis l'événement, il est possible qu'il y ait eu une évolution : certains troubles ont disparu alors que d'autres durent encore.

En utilisant les échelles ci-dessous, préciser le délai d'apparition des troubles décrits, ainsi que leur durée :

### Délai d'apparition des troubles depuis l'événement

- 0 : Pas concerné
- 1 : Le jour même de l'événement
- 2 : Entre 24 heures et 3 jours
- 3 : Entre 4 jours et 1 semaine
- 4 : Entre 1 semaine et 1 mois
- 5 : Entre 1 et 3 mois
- 6 : Entre 3 et 6 mois
- 7 : Entre 6 mois et un an
- 8 : Plus d'un an

### Durée des troubles

- 0 : Pas concerné
- 1 : Immédiatement après l'événement
- 2 : Moins d'une semaine
- 3 : De 1 semaine à 1 mois
- 4 : De 1 à 3 mois
- 5 : De 3 à 6 mois
- 6 : De 6 mois à un an
- 7 : Plus d'un an
- 8 : Trouble toujours présent à ce jour

Troubles	Délai d'apparition	Durée
1 - L'impression de revivre l'événement, les souvenirs et les images de l'événement qui reviennent.	1	8
2 - Les troubles du sommeil : difficultés d'endormissement, cauchemars, réveils nocturnes et/ou nuits blanches.	1	8
3 - L'anxiété et/ou les crises d'angoisse, l'état d'insécurité.	1	8
4 - La crainte de retourner sur les lieux de l'événement ou des lieux similaires.	1	8
5 - L'agressivité, l'irritabilité et/ou la perte de contrôle.	1	8
6 - La vigilance, l'hypersensibilité aux bruits et/ou la méfiance.	1	8
7 - Les réactions physiques telles que : sueurs, tremblements, maux de tête, palpitations, nausées, etc.	1	1
8 - Les problèmes de santé : perte d'appétit, boulimie, aggravation de l'état physique.	1	8
9 - L'augmentation de la consommation de certaines substances (café, cigarettes, alcool, nourriture, etc.).	7	8
10 - Les difficultés de concentration et/ou de mémoire.	2	8
11 - Le désintérêt général, la perte d'énergie et d'enthousiasme, la tristesse, la lassitude et/ou les envies de suicide.	2	8
12 - La tendance à s'isoler.	1	8
13 - Les sentiments de culpabilité et/ou de honte.	1	8

## Résultats au TRAUMAQ

### Notation des échelles de la première partie

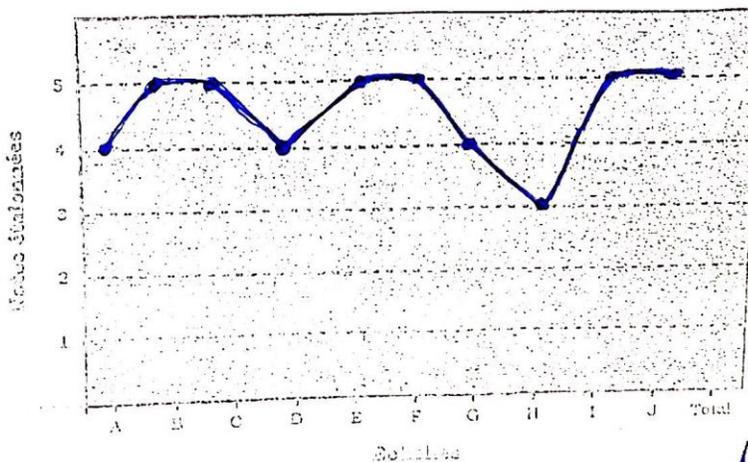
Les notes brutes des échelles A à I correspondent à la somme des points attribués aux items.

Pour l'échelle J, les réponses NON sont cotées 1 point et les réponses OUI sont cotées 0 point, à l'exception des items 4, 5, 6 et 11 pour lesquels la réponse OUI est cotée 1 point et la réponse NON est cotée 0 point.

### Conversion des notes brutes en notes étalonnées

Échelles	Notes brutes	Notes étalonnées				
		1	2	3	4	5
A	20	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		0-6	7-12	13-18	19-23	24
B	12	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
		0	1-4	5-7	8-9	10 et +
C	14	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
		0	1-3	4-9	10-13	14 et +
D	12	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		0	1-4	5-9	10-13	14 et +
E	18	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
		0-1	2-4	5-9	10-14	15 et +
F	10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
		0	1-3	4-6	7-9	10 et +
G	7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		0	1-2	3-5	6-7	8 et +
H	21	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		0	1-3	4-11	12-17	18 et +
I	20	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
		0-1	2-5	6-9	10-16	17 et +
J	9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
		0	1	2-5	6-7	8 et +
Total	143	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
		0-23	24-54	55-89	90-114	115 et +

### Profil



Traumatisme très fort

## ANNEXE 5 : Contenu des entretiens

### Entretien avec Dalia

Cet entretien se déroule dans les locaux du centre social de Yaoundé II Messa le Mercredi 17 Mai 2023 aux environs de 11h.

**Etudiant** : vous nous avez dit que cet évènement est survenu depuis l'âge de 14 ans. Pouvez-vous me dire comment vous sentez-vous de nos jours ?

**Dalia** : en fait...euh bon, j'essaye de surmonter donc ...je ne sais pas. J'ai toujours cette peur en moi lorsque je suis peut-être prêt d'un homme. Et... donc subitement j'ai peur. C'est un peu ça.

**Etudiant** : Selon vous qu'est-ce qui expliquerait cette peur ?

**Dalia** : euh je me dis que je suis encore traumatisée, que je ne suis pas encore vraiment remise même comme beaucoup d'années se sont écoulées mais, ça ne va vraiment pas. J'ai l'impression que je ne suis pas encore remise de ce truc là, ce qui s'est passé.

**Etudiant** : je vois, lorsque vous dites ça ne va toujours pas. Qu'est-ce qui ne va pas exactement ?

**Dalia** : euh... en fait, Quand je dis que ça ne va pas ça n'est pas que je subis encore. C'est Juste que, quand je reste il y a des choses qui font que je me rappelle. Parfois je fais des rêves... puis je reviens encore à cet instant-là [se frotte les mains]

**Etudiant** : les rêves dont vous parlez sont-ils récurrents ?

**Dalia** : hmmm [inspire profondément en s'adossant sur la chaise] pas très souvent, peut-être même une fois par mois ou peut-être une fois après deux mois, ou bien lorsque je vois la personne en question parce qu'il est toujours là. Il y a les jours où je le vois, et quand je le vois... ça me revient.

**Etudiant** : ... En dehors des périodes où vous faites les cauchemars, comment est votre sommeil ?

**Dalia** : hmm je dors bien

**Etudiant** :...

**Dalia** : bon ... j'ai beaucoup l'habitude de me coucher autour de minuit à 6h, euh donc 6 h de temps parce que c'est je dois être debout pour me préparer à l'école. C'est fatigant.

**Etudiant** : ok, si je comprends bien, vous dormez généralement aux environs de minuit pour vous réveiller à 6h.

**Dalia** : humm [secoue la tête de haute en bas]

**Etudiant** : Que pensez-vous de cet évènement maintenant ?

**Dalia** : ça m'a changé

**Etudiant** : essayez de m'en dire plus.

**Dalia** : Parce qu'avant ça moi j'avais d'autres rêves puis je ...donc hmm... je m'imaginai quand j'étais plus jeune je me disais que bon ...je vais décider d'arriver peut-être au mariage étant vierge et tout. Mais lorsque ça s'est produit, maintenant je me dis que ahh !! ça ne sert même plus à rien. Mon rêve est déjà brisé comme ça, et après je me dis que tous les hommes peuvent être ah... ça arrive même parfois que je dis que bon moi je n'ai même plus envie de me marier parce que si je me marie, et que peut être mon mari puisse aussi me faire la même chose du coup j'ai peur. Donc ce que je pensais avant, ça n'est plus la même chose que je pense maintenant. Il y a aussi mon corps, parce qu'avant ça, j'avais moins de poids. C'est après ça que j'ai pris plus le poids. Moi-même je ne comprends pas parce que comment ça se fait... qu'est-ce qui peut faire en sorte que je prenne du poids parce que, après je me suis développée plus vite or que j'étais... je n'avais pas le corps mais après cette situation je me suis développée très vite jusqu'à je fais déjà plus que mon âge, je parais plus grande c'est pour ça que moi-même j'ai toujours commencé à vraiment détester mon corps jusqu'à présent. Et je me dis toujours que tout ça c'est à cause de lui, c'est à cause de lui.

**Etudiant** : Cela pourrait-il être dû à autre chose ?

**Dalia** : Non ce n'est pas ça, parce qu'avant je mangeais beaucoup, je mangeais bien mais je ne mange même plus assez parce que j'ai peur de prendre du poids. Je me retrouve parfois entrain de faire le régime et même là j'ai l'impression de toujours augmenter c'est pourquoi j'ai abandonné tout ça.

**Etudiant** : Je crois, d'après ce que vous avez dit, c'est dans cette situation que vous avez eu à perdre votre virginité.

**Dalia** : humm [secoue la tête de haute en bas]

**Etudiant :** Ok, vous avez aussi dit que vous avez peur. Qu'est-ce que vous faites généralement quand vous la ressentez ?

**Dalia :** Bon...il y a les fois où je reste comme ça je me dis peut-être que tout ça... peut être que je... parce que, il y a les hommes qui me font un peu la cour. Je reste peut-être que... tsuipp !. Je me décide que bon, je vais un peu essayer...je vais causer avec cette personne pour voir si la situation peut être peut changer, pour voir si je peux guérir de mes blessures parce que, parfois je me dis que si c'est un homme qui m'a mis dans cette situation, c'est aussi un homme qui peut me ressortir. Donc du coup, j'ai envie d'essayer, mais lorsque j'arrive, après ... je ne sais pas ce qui me prend, du coup j'abandonne.

**Etudiant :** Je vois. Cela est-il en rapport avec le fait que vous pensiez que tous les Hommes sont pareils comme vous avez dit tout à l'heure en parlant de ce que vous pensez ?

**Dalia :** oui

**Etudiant :** qu'est-ce qui vous fait penser de la sorte ?

**Dalia :** tsuip ! bon, ce qui me fait penser ça c'est que, après ça, j'ai quand même eu encore quelques tentatives. Et ça ne s'est pas produit mais on a encore voulu même plusieurs fois, je n'y arrivais pas. Mon cœur me dit que ah ! c'est comme ça alors ma vie... C'est comme ça que les hommes sont... c'est un peu ça, c'est ça qui fait que je pense comme ça [s'exprime d'un ton bas, en tremblant]

**Etudiant :** vis-à-vis de cette situation, comment vous comportez vous lorsque vous êtes dans un environnement où vous êtes avec des hommes ?

**Dalia :** lorsque je suis peut-être à l'école, je prends tout à la légère. Je suis toujours simple mais je peux causer. On peut causer, on rit, mais après si peut-être on me touche un genre, ça me met mal à l'aise.

**Etudiant :** Ok, parlant de votre nuit, vous nous avez dit qu'il vous arrive souvent de faire de cauchemars. Qu'en est-il de vos journées ?

**Dalia :** généralement en journée, je suis plus exposée, donc c'est du genre je suis plus entourée des garçons, donc ça peut toujours m'arriver que je me sente mal à l'aise. Je peux me sentir mal à l'aise

face à un Homme, mais ce qui est là c'est que j'essaye de ne pas montrer ma faiblesse, donc je vais rester ferme face à ça mais c'est après que je vais me morfondre et culpabiliser et tout.

**Etudiant :** pouvez-vous me dire pourquoi vous culpabilisez ?

**Dalia :** Je ne sais pas, parce que si c'est que face à un homme je me sens mal à l'aise, je ne vais pas lui dire que je me sens mal à l'aise ou bien parce que...je n'ai pas l'habitude de raconter mon histoire à quelqu'un, donc du coup je vais inventer une histoire juste pour se débarrasser de la personne. Après quand je rentre la peur s'installe à nouveau et je me renferme.

**Etudiant :** Ok, Vous arrive-t-il d'avoir d'autres soucis ?

**Dalia :** Humm il m'arrive parfois d'avoir des oublis, très souvent même, j'oublie mais après je me rappelle, après ça revient, je peux oublier maintenant après peut être trois jours ce que j'avais oublié me revient donc je n'oublie pas définitivement. A part ça, pas grand-chose. Je suis mal à l'aise quand je fais des cauchemars ou alors peut être comme je vous ai expliqué quand je suis entouré d'hommes ou qu'un homme peut me toucher et puis ... Mais à part ça, je ne peux pas rester subitement j'ai mal parce que je suis toujours entourée ou et j'essaye déjà de parler un peu. Mais c'est différent parce que, après ce qui s'était passé, les années à suivre, ça m'arrivait de ne même plus parler aux gens. Donc je ne parlais plus, je ne voulais même plus aller à l'école. C'est tout ça qui a fait que je passe trois ans au quartier je ne fréquentais pas. Je ne parlais pas, c'est après que j'ai connu l'association, Qu'elles m'ont appris à m'exprimer un peu, à dialoguer. Il faut quand même dialoguer parce que rester toujours seule dans mon coin, ça attire l'attention et ce n'est pas vraiment bien. Du coup, j'essaye de rester là où il y a les gens, chercher à rire pour que ... que ça me fasse oublier les soucis.

**Etudiant :** Que pouvez-vous me dire de cette période où vous ne partiez plus à l'école ?

**Dalia :** Je ne partais plus parce que j'avais peur, j'avais honte. J'avais peur parce que j'avais l'impression en restant comme ça que tout le monde connaît mon histoire. J'avais peur que les autres filles aussi mal parlent de moi et me rejettent. J'avais tellement peur que, je peux marcher comme ça et puis, une autre personne aussi vient refaire la même chose et tout. Du coup j'ai décidé que je... que je ne veux plus partir à l'école, parce qu'à cet instant là j'avais l'impression qu'il a brisé tout, que tout était fini pour moi. Je n'avais plus la tête à rien. Je ne voulais plus rien faire.

**Etudiant :** je vois. Vous arrive-t-il de consommer les substances psychoactives comme l'alcool, le tabac etc.

**Dalia :** oui, c'est quand ça revient, je me sens un peu mal à l'aise ça arrive que je consomme l'alcool. A part l'alcool, il n'y a plus rien, mais je consomme quand même l'alcool.

**Etudiant :** est-ce à dire que vous consommez seulement quand ça vous revient en tête ?

**Dalia :** Non, quand ça me revient je peux consommer tellement, mais quand c'est dans les occasions je peux même boire une ou deux bières et puis ça va. Mais lorsque ça me revient, je bois même si c'est même combien même si c'est 6-7 et puis je veux surtout essayer d'oublier même. Mais au final, parfois j'ai l'impression quand je bois, je n'oublie pas ça revient même encore plus... ça me fait même peur

**Etudiant :** ok ! Quelle est la perception que vous avez de votre culture et vos traditions ?

**Dalia :** Là-bas chez nous, c'est un peu compliqué du genre, quand, on va même peut être te dire... bon je ne sais pas trop. Bon je vois souvent mes aînés faire cela, parce qu'ils ont des problèmes, puis ils partent peut-être verser de l'eau sur les crânes et tout. Moi je n'ai pas encore eu à faire cela, mais je regarde seulement. Je ne connais pas. Moi je suis chrétienne et je ne veux pas trop me focaliser sur les traditions.

**Etudiant :** ok. Merci de votre participation.

## Entretien avec Delna

Cet entretien se déroule dans les locaux du centre social de Yaoundé II Messa le Jeudi 18 Mai 2023 aux environs de 11h.

**Etudiant :** Merci d'avoir accepté de participer à notre étude. Vous nous avez fait part de l'expérience d'un abus sexuel donc vous avez été victime. Pourriez-vous nous dire comment vous vivez cet évènement maintenant ?

**Delna :** hmm ! bon, je sais que je vais dire quoi ? c'est vrai que c'est arrivé quand j'avais encore 12 ans, mais c'est surtout depuis 2 ans que ça a commencé à plus me déranger. J'ai aussi commencé à faire les rêves bizarres aussi. J'essaye comme je peux de vivre avec ça mais ce n'est pas facile de passer à autre chose.

**Etudiant :** je vois. Comment est-ce que ça vous dérange exactement ?

**Delna :** bon ça me dérange avec beaucoup de choses. Je vais dire ça comment même ? je me sens d'abord sale.

**Etudiant :** Ces malaises vous arrivent-ils constamment ?

**Delna :** ces derniers temps ça m'arrive beaucoup, donc oui. C'est même à cause de tout ça que j'étais venue ici.

**Etudiant :** je vois. Que faites-vous lorsque vous vous sentez mal de la sorte ?

**Delna :** que je fais même quoi de bon ? souvent quand je suis dans la chambre, je reste couchée comme ça, je pleure bien même, c'est comme si ma part de vie c'est seulement vivre les problèmes. D'autrefois quand je pense à ça j'essaye d'être forte mentalement. Je me dis que ça doit passer un jour. Je mange beaucoup ces derniers temps.

**Etudiant :** si je comprends bien, lorsque vous vous sentez souvent mal, vos réactions varient entre se coucher et manger.

**Delna :** C'est généralement ça. Que je vais faire quoi d'autre ?

**Etudiant :** quel type de boisson consommez-vous alors ?

**Delna :** un peu de tout.

**Etudiant** : un peu de tout, c'est-à-dire...

**Delna** : bon, quand je mange je bois plus de l'eau ou le jus, mais si je suis avec mes amies en dehors des cours, je bois parfois la bière comme beaucoup d'étudiantes. C'est l'année passée que j'ai même commencé à consommer de l'alcool.

**Etudiant** : pour ce qui est de votre alimentation, vous avez dit beaucoup manger dernièrement. Pouvez-vous nous en dire plus ?

**Delna** : Oui j'ai beaucoup l'appétit même, sauf quand on a une série de cours sur la journée, c'est là où j'oublie parfois. Ce que je fais plus c'est grignoter, je m'arrange à toujours avoir un truc à grignoter dans mon sac, quand je passe toute la journée à la maison alors c'est plus fort que moi parce que je mange bien plus, jusqu'à je me purge souvent pour me libérer.

**Etudiant** : ok. Vous aviez dit que vous dormez parfois quand vous ne vous sentez pas bien, et aussi que vous faites des rêves bizarres. Qu'entendez-vous par rêves bizarres exactement ?

**Delna** : euh !! je dois aussi parler de ça ? en fait, je n'ai pas dit que je dors quand je ne vais pas bien, j'ai dit que je préfère me coucher. On peut être couchée sans dormir noh ?

**Etudiant** : ...

**Delna** : C'est vraiment embarrassant de parler de ça, les rêves bizarres, c'est vraiment les rêves bizarres. Il y a des rêves où je couche avec les femmes. Et quand ça m'arrive parfois, j'ai eu à me faire plaisir souvent après ces rêves-là [d'un ton très bas]. Pourtant ce sont les hommes qui m'attirent dans la réalité, mais avec ce qui s'est passé j'ai vraiment très peur des Hommes mais ça n'est pas pour autant que je vais sortir avec les femmes. C'est tout ça que je ne comprends pas avec ces rêves, c'est même un cauchemar.

**Etudiant** : je vois, ces cauchemars troublent votre sommeil

**Delna** : oui, parce que, en dehors de ça je ne dors pas d'abord tôt, je ne dors pas avant au moins minuit voire une heure. J'ai vraiment du mal à dormir normalement. Parce que vers 22-23h j'ai déjà tout fini de faire, tous les travaux mais pour trouver le sommeil sans rien prendre ce n'est pas facile c'est pourquoi je prends souvent les somnifères pour bien dormir. Mais parfois ça me dérange parce que je dois être debout tôt à 6h.

**Etudiant :** OK, avez-vous toujours eu un sommeil difficile ?

**Delna :** Non... Je dormais bien avant que ça n'arrive, parfois même en journée. C'est quand c'est arrivé que tout a changé, j'ai commencé à ne plus bien dormir normalement jusqu'à présent le sommeil ne me réussit pas vraiment. J'avais toujours peur que la porte ne soit pas fermée. Et tout le temps je partais vérifier que la porte est fermée. Je rêvais encore de ça et je paniquais à chaque fois. J'avais peur qu'ils reviennent et je ne pouvais le dire à personne. Après Ça allait déjà mieux quand je suis repartie habiter avec ma mère l'année d'après, mais depuis que les autres rêves ci ont commencé, je n'arrive plus. Je pensais que ce qui était arrivé allait rester derrière moi, mais maintenant je me dis que c'est sûrement ça qui me fait faire les rêves ci parce que lorsque je cherchais sur le net à chaque fois, j'ai compris que les traumatismes-là ne partent pas comme ça si facilement.

**Etudiant :** Qu'en est-il de vos journées ?

**Delna :** pour ce qui est de mes journées il n'y a plus trop vraiment de souci comme avant. C'est quand ça venait d'arriver que j'avais peur tout le temps même en journée comme si je revivais ça. Je crois que ça diminue au fil du temps ou alors j'essaye de m'habituer progressivement même si je me perds déjà encore à repenser à ça ces derniers temps.

**Etudiant :** Je vois, y a-t-il d'autres problèmes que vous rencontrez ?

**Delna :** énormément, il y a les douleurs inexplicables que j'ai souvent, la fatigue, je n'ai vraiment envie de rien faire de bon ces derniers temps, je me sens constamment mal. Je me sens vraiment sale et souillée. Comme si on a seulement détruit ma vie. Parfois, J'ai l'impression que tous mes efforts ne servent à rien, et je ne peux pas revenir en arrière pour changer ça.

**Etudiant :** Ok, vous avez dit vous sentir sale, pourquoi ?

**Delna :** Je n'arrive pas à expliquer, je trouve que c'est vraiment sale tout ça.

**Etudiant :** je vois, vous avez parlé des douleurs inexplicables pouvez-vous m'en dire plus ?

**Delna :** C'est les problèmes de femmes, des douleurs dans le bas ventre. Ça finit et ça recommence après certaines périodes.

**Etudiant :** comment est-ce que vous voyez maintenant ce qui s'est passé ?

**Delna :** c'est la méchanceté, c'est le mauvais cœur. Il y a quoi à voir là si ce n'est pas ça ? [au seuil des larmes] l'homme est mauvais. Je ne peux plus encore vraiment faire confiance à un garçon. Mais la vie continue, C'est vrai que ce n'est pas facile parce que j'ai toujours des malaises mais pas comme c'était souvent avant. En plus j'apprends déjà à me socialiser, à ne pas paniquer pour rien. Je cherche à avoir une relation stable et à contrôler ma peur d'être touchée.

**Etudiant :** Ok, vous disiez éviter de paniquer, Qu'est-ce qui vous fait paniquer ?

**Delna :** Ce qui me fait paniquer le plus souvent, c'est quand je suis avec beaucoup d'Hommes ça me fait paniquer beaucoup. C'est pour ça que j'évite souvent.

**Etudiant :** Si je comprends bien vous n'arrivez pas à vous sentir à l'aise en présence de garçon.

**Delna :** Oui c'est surtout quand il est proche. Tant que chacun gère ses choses il n'y a pas de problème. C'est vrai que je ne suis pas d'abord facile mais je deviens très colérique quand un garçon veut se rapprocher de moi mais en réalité c'est que j'ai peur et ça me dérange même avec mon petit ami.

**Etudiant :** Pas facile c'est-à-dire ?

**Delna :** Mes copines disent que je suis agressive avec les gens et que je me fâche trop, que je suis nerveuse et impulsive. Moi je ne me rends pas souvent trop compte. [Sourire]. Je ne peux pas rester et commencer à parler mal aux gens pour rien même si je réagis parfois excessivement.

**Etudiant :** D'accord, Avez-vous toujours été comme ça avant ?

**Delna :** Non, mais quand on grandit on change aussi. Mes copines commencent déjà à s'habituer, elles savent que je suis comme ça.

**Etudiant :** Est-ce qu'il y a une manière de gérer le problème que vous avez dans votre culture ?

**Delna :** Je ne comprends pas.

**Etudiant :** Savez-vous s'il y a chez-vous une manière de traiter cette souffrance sur le plan traditionnel ?

**Delna :** A vrai dire, je ne sais pas vraiment plus que je ne connais pas grand-chose de nos traditions.

**Etudiant :** ok. Merci de l'intérêt et de votre contribution portée à notre étude.

## **ANNEXE 6 : Critères diagnostiques du trouble stress post traumatique**

A. Une exposition à la mort effective ou à une menace de mort, à une blessure grave ou à des violences sexuelles d'une (ou de plusieurs) des façons suivantes :

1. En étant directement exposé à un ou à plusieurs événements traumatiques. 2. En étant témoin direct d'un ou de plusieurs événements traumatiques survenus à d'autres personnes. 3. En apprenant qu'un ou plusieurs événements traumatiques sont arrivés à un membre de la famille proche ou à un ami proche. Dans les cas de mort effective ou de menace de mort d'un membre de la famille ou d'un ami, le ou les événements doivent avoir été violents ou accidentels. 4. En étant exposé de manière répétée ou extrême aux caractéristiques aversives du ou des événements traumatiques (p. ex. intervenants de première ligne rassemblant des restes humains, policiers exposés à plusieurs reprises à des faits explicites d'abus sexuels d'enfants).

B. Présence d'un (ou de plusieurs) des symptômes envahissants suivants associés à un ou plusieurs événements traumatiques et ayant débuté après la survenue du ou des événements traumatiques en cause :

1. Souvenirs répétitifs, involontaires et envahissants du ou des événements traumatiques provoquant un sentiment de détresse. 2. Rêves répétitifs provoquant un sentiment de détresse dans lesquels le contenu et/ ou l'affect du rêve sont liés à l'événement/aux événements traumatiques.

3. Réactions dissociatives (p. ex. flashbacks [scènes rétrospectives]) au cours desquelles le sujet se sent ou agit comme si le ou les événements traumatiques allaient se reproduire. (De telles réactions peuvent survenir sur un continuum, l'expression la plus extrême étant une abolition complète de la conscience de l'environnement.). 4. Sentiment intense ou prolongé de détresse psychique lors de l'exposition à des indices internes ou externes évoquant ou ressemblant à un aspect du ou des événements traumatiques en cause. 5. Réactions physiologiques marquées lors de l'exposition à des indices internes ou externes pouvant évoquer ou ressembler à un aspect du ou des événements traumatiques.

C. Évitement persistant des stimuli associés à un ou plusieurs événements traumatiques, débutant après la survenue du ou des événements traumatiques, comme en témoigne la présence de l'une ou des deux manifestations suivantes :

1. Évitement ou efforts pour éviter les souvenirs, pensées ou sentiments concernant ou étroitement associés à un ou plusieurs événements traumatiques et provoquant un sentiment de détresse. 2. Évitement ou efforts pour éviter les rappels externes (personnes, endroits, conversations, activités, objets, situations) qui réveillent des souvenirs des pensées ou des sentiments associés à un ou plusieurs événements traumatiques et provoquant un sentiment de détresse.

D. Altérations négatives des cognitions et de l'humeur associées à un ou plusieurs événements traumatiques, débutant ou s'aggravant après la survenue du ou des événements traumatiques, comme en témoignent deux (ou plus) des éléments suivants :

1. Incapacité de se rappeler un aspect important du ou des événements traumatiques (typiquement en raison de l'amnésie dissociative et non pas à cause d'autres facteurs comme un traumatisme crânien, l'alcool ou des drogues). 2. Croyances ou attentes négatives persistantes et exagérées concernant soi-même, d'autres personnes ou le monde (p. ex. : « je suis mauvais », « on ne peut faire confiance à personne », « le monde entier est dangereux », « mon système nerveux est complètement détruit pour toujours »). 3. Distorsions cognitives persistantes à propos de la cause ou des conséquences d'un ou de plusieurs événements traumatiques qui poussent le sujet à se blâmer ou à blâmer d'autres personnes. 4. État émotionnel négatif persistant (p. ex. crainte, horreur, colère, culpabilité ou honte). 5. Réduction nette de l'intérêt pour des activités importantes ou bien réduction de la participation à ces mêmes activités. 6. Sentiment de détachement d'autrui ou bien de devenir étranger par rapport aux autres. 7. Incapacité persistante d'éprouver des émotions positives (p. ex. incapacité d'éprouver bonheur, satisfaction ou sentiments affectueux).

E. Altérations marquées de l'éveil et de la réactivité associés à un ou plusieurs événements traumatiques, débutant ou s'aggravant après la survenue du ou des événements traumatiques, comme en témoignent deux (ou plus) des éléments suivants :

1. Comportement irritable ou accès de colère (avec peu ou pas de provocation) qui s'exprime typiquement par une agressivité verbale ou physique envers des personnes ou des objets. 2. Comportement irréfléchi ou autodestructeur. 3. Hypervigilance. 4. Réaction de sursaut exagérée. 5. Problèmes de concentration. 6. Perturbation du sommeil (p. ex. difficulté d'endormissement ou sommeil interrompu ou agité).

F. La perturbation (symptômes des critères B, C, D et E) dure plus d'un mois.

G. La perturbation entraîne une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

H. La perturbation n'est pas imputable aux effets physiologiques d'une substance (p. ex. médicament, alcool) ou à une autre affection médicale.

## TABLE DES MATIERES

SOMMAIRE .....	i
DEDICACE.....	ii
REMERCIEMENTS .....	iii
LISTE DES TABLEAUX.....	iv
LISTE DES SIGLES, ABBREVIATIONS ET ACRONYMES.....	v
LISTE DES ANNEXES .....	vii
RESUME.....	vii
ABSTRACT .....	ix
INTRODUCTION GENERALE.....	1
PARTIE I : CADRE THEORIQUE ET DE REFERENCE.....	5
CHAPITRE 1 : PROBLEMATIQUE DE L'ETUDE .....	6
1.1- CONTEXTE ET JUSTIFICATION .....	6
1.2- FORMULATION ET POSITION DU PROBLEME.....	10
1.2.1- Question de recherche .....	13
1.2.2- hypothèses .....	13
1.2.3- Objectifs.....	14
1.3- DELIMITATION DE L'ETUDE .....	14
1.3.1- Délimitation spatiale.....	14
1.3.2- Délimitation théorique.....	15
1.4- Intérêt de l'étude .....	16
CHAPITRE 2 : LE PROCESSUS DE MENTALISATION.....	17
2.1- DEFINITION.....	17
2.2- ORIGINES DU CONCEPT ET REALITES CLINIQUES PROCHES .....	18
2.2.1- Origines du concept.....	18
2.2.2- Réalités cliniques proches .....	19
2.2.2.1- La psychosomatique.....	19
2.2.2.2- Le traumatisme psychique .....	20
2.2.2.3- L'automatisme mental .....	21
2.2.2.4- La symbolisation .....	22
2.2.2.5- L'hystérie de conversion.....	23

2.3-	THEORISATIONS SUR LA MENTALISATION .....	24
2.3.1-	Ecole de paris .....	24
2.3.1.1-	Marty et Fain.....	24
2.3.1.2-	Debray.....	28
2.3.1.3-	Christophe Dejours et la subversion libidinale .....	29
2.3.2-	Perspectives anglo-saxonnes .....	30
2.3.2.1-	Appréhension globale de la mentalisation .....	30
2.3.2.2-	Nouvelles perspectives québécoises sur la mentalisation .....	35
2.3.3-	Approche africaine .....	38
2.3.3.1-	Mayi (2017) .....	39
2.3.3.2-	Sow (1977).....	42
CHAPITRE 3 : ABUS SEXUELS ET PROBLEMATIQUE DES TRAUMATISMES PSYCHIQUES .....		46
3.1-	APPROCHES EN DEFINITION.....	46
3.1.1-	Perspectives OMS (2012) sur l'Abus sexuel et la violence sexuelle .....	46
3.1.2-	Perspectives psychologiques et relationnelles .....	47
3.1.3-	Perspectives gynécologiques.....	48
3.2-	ABUS SEXUELS ET PERSPECTIVES PSYCHOTRAUMATIQUES .....	49
3.2.1-	Causes des abus sexuels et psychotraumatisme .....	50
3.2.2-	Abus sexuels et processus de révélation.....	50
3.2.3-	La dynamique traumatisante des abus sexuels et leurs conséquences.....	51
3.3-	PRISE EN CHARGE DES PERSONNES SEXUELLEMENT ABUSEES .....	53
3.3.1-	Perspectives générales .....	53
3.3.2-	La prise en charge des adultes victimes d'agressions sexuelles .....	54
3.3.3-	La prise en charge des enfants victimes d'agressions sexuelles.....	55
3.3.4-	Abus sexuels et résilience.....	56
3.3.4.1-	Les facteurs de résiliences chez les personnes sexuellement abusées .....	56
3.3.4.2-	Cas de résilience chez des femmes violées .....	57
3.4-	CULTURE ET ABUS SEXUELS .....	57
3.4.1-	Perspectives dégagées par Mbassa .....	58

3.4.2- Abus sexuels et conflits armés en Afrique .....	59
3.4.3- Le viol et la signalisation des abus sexuels au Cameroun.....	60
3.4.4- Abus sexuel et gouvernance politique et sociale au Cameroun.....	61
3.4.4.1- Traditions communautaires et abus sexuels.....	61
3.4.4.2- Appui institutionnel aux jeunes filles sexuellement abusées .....	62
3.5- LES TRAUMATIQUES PSYCHIQUES.....	64
3.5.1- Origine et réalités cliniques proches .....	64
3.5.1.1- Origine .....	64
3.5.1.2- Réalités cliniques proches.....	65
3.5.2- Critères diagnostiques et typologie .....	70
3.5.2.1- Critères diagnostiques .....	70
3.5.2.2- Typologie .....	70
3.5.3- Quelques approches théoriques.....	71
3.5.3.1- Approche psychanalytique.....	71
3.5.3.2- Approche phénoménologique .....	74
3.5.3.3- Approche cognitive et comportementale .....	75
3.5.4- Prise en charge immédiate et post immédiate .....	77
3.5.4.1- Défusing psychologique.....	77
3.5.4.2- Débriefing psychologique .....	78
PARTIE II : CADRE METHODOLOGIQUE ET OPERATOIRE .....	80
CHAPITRE 4 : METHODOLOGIE .....	81
4.1- PRECISION DE LA QUESTION DE RECHERCHE .....	81
4.1.1- Hypothèses de l'étude.....	81
4.1.1.1- Hypothèse générale.....	81
4.1.1.2- Hypothèses de recherche.....	85
4.2- METHODE DE RECHERCHE : <i>La méthode clinique</i> .....	85
4.3- POPULATION DE L'ETUDE.....	85
4.3.1- Critères de sélection des participantes.....	86
4.3.1.1- Critères d'inclusion.....	86

4.3.1.2- Critères d'exclusion .....	86
4.3.2- Technique de recrutement des participants .....	86
4.3.3- Caractéristiques des participantes.....	87
4.4- OUTILS DE COLLECTE DE DONNEES .....	88
4.4.1- Guide d'entretien .....	89
4.4.2- Cadre de l'entretien .....	89
4.4.3- Déroulement des entretiens .....	90
4.4.4- Présentation du Traumaq .....	91
4.4.5- Passation du Traumaq.....	92
4.4.6- Utilisation du traumaq : Justification.....	92
4.5- TECHNIQUE D'ANALYSE DES RESULTATS .....	92
4.5.1. Grille d'analyse des entretiens .....	94
4.5.2. Grille d'analyse du Traumaq .....	94
CHAPITRE 5 : PRESENTATION ET ANALYSE DES DONNEES.....	95
5.1- PRESENTATION DES PARTICIPANTES .....	95
5.1.1- Dalia.....	95
5.1.2- Delna.....	96
5.2- ANALYSE DES VERBATIMS DES PARTICIPANTES .....	97
5.2.1- Analyse des verbatims de Dalia.....	98
5.2.1.1-Modes de mentalisation .....	98
5.2.1.2- Stratégie de mentalisation .....	99
5.2.1.3- Travail de mentalisation.....	100
5.2.1.4- Conséquences psychotraumatiques.....	102
5.2.1.5- Troubles non spécifiques au TSPT .....	104
5.2.2- Analyse des verbatims chez Delna .....	105
5.2.2.1-Modes de mentalisation .....	105
5.2.2.2-Stratégie de mentalisation .....	106
5.2.2.3- Travail de mentalisation.....	107
5.2.2.4- Conséquences psychotraumatiques.....	109
5.2.2.5- Troubles non spécifiques au TSPT .....	110

CHAPITRE 6 : INTERPRETATION DES RESULTATS .....	112
6.1- SYNTHESE DES RESULTATS .....	112
6.1.1- Rappel des données théoriques.....	112
6.1.2- Rappel des données empiriques.....	114
6.2- INTERPRETATION DES RESULTATS.....	117
6.2.1- Des modes de mentalisation à la réduction du trouble de stress post traumatique.....	118
6.2.2- De la Stratégie de mentalisation à la réduction du trouble de stress post traumatique .....	118
6.2.3- Du travail de mentalisation à la réduction du trouble de stress post traumatique .....	119
6.3- DISCUSSION .....	120
CONCLUSION GENERALE .....	123
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES .....	126
ANNEXES .....	134
TABLE DES MATIERES .....	165